

”

HEMŞİRE VE EBELİK ALANINDA ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR

EDİTÖR

DOÇ. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM DUMAN

Mart 2024

”

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Mart 2024

ISBN • 978-625-6319-02-8

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.serüvenyayınevi.com

e-mail: serüvenyayınevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

HEMŞİRE VE EBELİK ALANINDA ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR

Mart 2024

Editör

DOÇ. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM DUMAN

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE MAHREMİYET SÜRECİ

Sıddıka ERSOY, Sinan TOPUZ, Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ..... 1

BÖLÜM 2

YAŞLI BİREYLERDE GELENEKSEL TAMAMLAYICI TIP (GETAT)
UYGULAMALARI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ*

Eda ERSARI ŞEN, Gönül GÖKÇAY..... 15

BÖLÜM 3

JİNEKOLOJİK KANSER TEDAVİSİNDE OLUŞAN SEMPTOMLARIN
KONTROLÜNDE YENİ BİR YÖNTEM: SANAL GERÇEKLIK GÖZLÜĞÜ

Beyza ÖNDER, Gökçe Banu ACAR GÜL 41

BÖLÜM 4

TOPLUM RUH SAĞLIĞINDA STİGMATİZASYON, AYRIMCILIK VE
ÖNLEME GİRİŞİMLERİ

Cesur BAŞAR..... 53

BÖLÜM 5

HEMŞİRE GÖZÜYLE GELENEKSEL VEYA TAMAMLAYICI TIP'IN
KULLANILMASININ İNCELENMESİ

Özdem NURLUÖZ, Duygu OKTAY 71

BÖLÜM 6

SAĞLIKTA İNOVASYON, TEKNOLOJİK GELİŞMELER VE HALK
SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Elif Seda UĞURLU, Gönül GÖKÇAY, Ayşe ÇEVİRME..... 93

BÖLÜM 7

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMI KALİTESİ

Sevde Begüm ÇAKIR, Melek ARDAHAN 111

BÖLÜM 8

DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GEBELİK DÖNEMİNDE
ÖNEMİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Fatmagül EMİR, Gökçe Banu ACAR GÜL..... 133

BÖLÜM 9

KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU

Nur ÜREDİ, Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ, Esin ÇEBER TURFAN..... 155

BÖLÜM 10

ENTERAL BESLENMEDE KARIN MASAJININ ETKİLERİ

Sıddıka ERSOY, Fatma ÖZCAN, Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ 171

BÖLÜM 11

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AŞI REDDİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE
TUTUMLARI

Zeynep ŞİRİN, Yılmaz ALTUNER 193

BÖLÜM 1

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE MAHREMİYET SÜRECİ

Sıddıka ERSOY¹

Sinan TOPUZ²

Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ³



1 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Çünür/ Isparta, siddikaersoy@sdu.edu.tr / ORCID İD: 0000-0001-8094-8042

2 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Çünür/ Isparta, sinaantopuzz@gmail.com / ORCID İD: 0000-0002-8187-7079

3 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Çünür/ Isparta, sukranozkahraman@sdu.edu.tr / ORCID İD: 0000-0001-7286-6477

Giriş

Bütün dünyada küreselleşme ve çağdaşlaşma değişiminin neticesinde geleneklerine bağlı toplulukların çağdaş kitlelere evrilmesi ile bireyler, içinde bulunduğu toplumun bir mensubu olmaktan ziyade, tek başına önem gösteren canlılar olarak kabul görmeye başlamıştır. Bu sebepten son zamanlarda çok sık bir şekilde kişisel hürriyet ve hak dile getirilmeye başlamıştır. Yaşanılan olaylarla birlikte mahremiyet hakkı öncelikle kişilik haklarının içerisinde kabul görmesine rağmen, devam eden süreçte bu haklardan ayrılarak kendine özgü bir hak olarak değer görmüştür. Mahremiyet hakkı şimdilerde de, hukuksal anlamda, yasalar ve milletlerarası anlaşmalarla kabul görmeye başlamıştır. “Mahremiyet” durumu insan veya insanların olduğu bütün koşullarda insana ait esas ihtiyaçlardan bir tanesidir (Yüksel, 2003, Aslan vd., 2019; Yüksel, 2003).

Mahremiyet ve Gizlilik

Mahremiyet çoğu bilim alanının alakadar olmasıyla beraber karma bir kavram şeklinde ön plana çıkmaktadır. Mahremiyet kavramının karışık ve değişken anlatımları mevcuttur ve bu sebeple farklı tanımlamalar tavsiye edilmiştir. Bu durumun sebebi, toplumların kuralları, gelenekleri, inanç şekilleri, kişilerin toplum içindeki mevcut durumlarının açıklanması ve tespit edilmesinin etkin olmasıdır (Moskop vd., 2005; Tajdari vd., 2022). Mahremiyet 1890 yılında Warren ve Brandeis tarafından ‘kendi başına bırakılma’ şeklinde tanımlanmıştır (Warren ve Brandeis, 1890). 1948 yılında ise Birleşmiş Milletler Genel Kurulu yayınladığı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde mahremiyeti temel bir insan hakkı olarak tanımlanmıştır (Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948). Türk Dil Kurumu’nun (TDK) tanımına göre “mahremiyet” Arapça kökenden gelen mahrem sözcüğü, gizli kalan, açık bir şekilde anlatılmayan veya belirtilmeyen anlamına gelmektedir. Terminolojik açıdan “gizli kalan, herhangi bir durumun (mahrem) saklı tutumu veya özel yanı” anlamını ifade etmektedir (Diler, 2014; TDK, 2017). Mahremiyet ifadesi ayrıca bireylerin, bir başkasının his, fikirleri, verileri, fiziki özelliklerinin ve kişisel bağlantılarına karışılmasının kısıtlandırılmasıdır (Bahar vd., 2022). Diğer bir tanımlamada mahremiyet “kişilerin, kümelerin ya da kuruluşların bireylere ait verilerin hangi zamanda, ne şekilde ve hangi ölçütlerde başkalarıyla paylaşılabilirliğini, kendilerince sınırlama hakkı” şeklinde tanımlanmıştır (Kılınç, 2012). Mahremiyet ve gizlilik kelimeleri iç içe kullanılmakta olup kişinin belirlediği çizgide şahsına özel durumların korunarak diğer kişi ve kişilerce paylaşılmamasını sağlamaktır (Leino-Kilpi vd., 2001). Başlıca kişisel hakkı oluşturan mahremiyet hasta için son derece önem arz eder. Hastanın mahremiyetine dikkat edilmesi hastanın kendisini emniyet içinde sezinlemesine imkan verdiği gibi, tedavi kapsamını da ivmelendirmektedir (Aslan vd., 2019). Mahremiyeti muhafaza edici hareketler, hastanın, kendisi ve diğer bireylerin de mahremiyetine hitaben bulundurduğu şuuru

işaret etmektedir. Bu nedenle mahremiyet anlayışı ve aklı, karşılıklı koşul içinde olan yaklaşımlar ve eylemlerdir (Tabata ve Hirotsune, 2014).

Mahremiyet genellikle fiziki bir anlam kapsamında değerlendirilse de, başka durumları da kapsamaktadır. Bu konu üzerinde profesyonelliği bulunan Belsey ve Chadwick bütünlüğünden fazla uzaklaşmadan fiziki, zihni/bağlantısal ve veri mahremiyeti şeklinde çeşitli kapsamlarda tanımlamışlardır. Vücudun fiziki ve göz ile bağlantısı olmayacak durumda yaşamını devam ettirebileceği ortam fiziki veya bedeni mahremiyet şeklinde ele alınırken, bireylerin sözlü ya da ruhsal bir karışma olmaksızın, bireylerin hislerini, isteklerini, fikirlerini sürdürebileceği ve taleplerine bağlı olarak kayıt altına alınabileceği ortam ise ruhsal veya bağlantısal mahremiyet olduğunu göstermektedir (Bahar vd., 2022). Ek olarak diğer bir mahremiyet durumu ise, dini inanç ve değerlerin gerekliliği olan ibadetlerin yapılmasına dair imkanlar ile birlikte maneviyat kapsamında olan dini-manevi mahremiyettir (Tajdari vd., 2022). Mahremiyetin bir başka durumu olan veri mahremiyeti, bireyin kişisel verilerinin şahsının iznini kapsayan hukuki şartlar dışında bir başka şahıslar tarafından ifşa edilmemesinin gerekliliği olarak dile getirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane Seti, 2023). Hasta hakları tüzüğünde esas olarak hastanın mahremiyetine saygılı olunmasının gerekliliği açıklanmaktadır. Bu husus Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) madde 21'de hasta mahremiyeti olarak işlenmiştir (Hasta Hakları Mevzuatı, 2023). Bu nedenden dolayı tüm sağlık çalışanlarının, mahremiyet kavramının başlıca bir insan hakkı olması ve bununla birlikte hasta hakkı olması sebebiyle, mahremiyet anlayışı içerisinde olması bir gerekliliktir (Öztürk vd., 2019). Elektronik hasta kayıtlarının (EHR), emniyeti ve gizliliğine dair yapılmış olan sistemli bir araştırmada, hastaların verilerinin mahremiyetini korumaya ve başka şahısların ulaşmamasının kontrolünü sağlamak üzere politikalar oluşturulmasına odaklanıldı. Bu hususta, sadece hasta ile direkt muhatap olan sağlık profesyonellerinin hastanın verilerine ulaşabilmesi için onay verildi (Fernandez-Aleman vd., 2013). İran'da yapılmış olan bir araştırmanın neticesine göre hastalar, sağlık verilerinin sadece tedavi ve bakım amaçlı kullanılmasıyla birlikte verilerinin, başka şahıs veya kurumların erişebilmesini kendi onayları dahilindeki zaman ve şartlar içerisinde olmasını istiyorlardı (Hasan Tehrani vd., 2018).

Hasta Mahremiyeti

Hasta mahremiyetini yalnızca tanı, tedavi ve bakımına ait bilgileri değil, aynı zamanda içinde bulunduğu fiziksel, sosyal ve ruhsal durumlarını kendisinin istediği sınırlar içerisinde oluşturduğu özel alanı da kapsamaktadır (Akar vd., 2019; Gündüz ve Altıntaş, 2019; Leino-Kilpi v., 2001). Hemşirelik yaklaşımlarında hastaların fiziki, sosyal ve ruhsal bilgilerine saygı duymayı gerektiren, Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Türk Hemşireler Derneği'nin (THD) belirlediği önem arz eden etik bir ilkedir mahremiyet (Le-

ino-Kilpi ve ark., 2001; Özata ve Özer, 2017; Olğun ve Türk, 2023). ICN'in yayınladığı bilgilere göre, hemşirelerin hastaların mahremiyetinin gizli kalmasını, hastaların bireysel verilerini biriktirmesi, yararlanması, erişebilmesi, aktarması, saklanması ve beyan etmesi hukuki yükümlülükleri arasında olduğunu açıklamıştır. THD tarafından yayınlanan "Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar" adlı yayında; hastanın fiziki, psikolojik ve toplumsal mahremiyetinin muhafaza edilmesi, hastanın yahut ailesine ait verilerin hukuki mecburiyet ya da müsaadesi olmaksızın hemşireler tarafından açıklanmaması ve gizli kalmasının gerekliliğini vurgulanmıştır (Olğun ve Türk, 2023).

Türkiye'de yapılmış olan bir incelemenin neticesinde, fiziki mahremiyete özen göstermenin esasen hastanın bedenselliğine ihtimam göstermiş olduğu belirtilmiştir. Hastalar fikir ve hislerini dile getiremeye bile hasta bedeni kıymetli ve hürmet gösterilmelidir (Öztürk vd., 2014). Hastaların mahremiyetinde ihtimamın çeşitli durumlardan oluşmasına karşın yapılmış olan araştırmalarda, hastanın fiziki mahremiyetine dikkat edilirken, hususi hayatı ve şahsi verilerine dair mahremiyetine yeteri kadar özen gösterilmediği vurgulanmıştır (Kim vd., 2017; Öztürk vd., 2014). Teknolojinin ilerlemesi, bilgisayar veya diğer cihazlarda verilerin saklanması ve tıp alanındaki incelemelerde olan gelişmeler hastaların mahremiyetlerine yeterli özenin gösterilememesine sebebiyet vermektedir (Nayeri ve Aghajani, 2010).

Profesyonellik gerektiren iş güçlerinde nüfusun dirliğini sağlayabilmek, mesleğe gereken itina'yı gösterebilmek, üst seviyede eğitim alabilmeyi, paydaş görüş ve değerleri taşımayı gerektirir. Bu sebeplerden dolayı bütün meslekler ahlaki bilimle iç içedir (Bahar vd., 2022). Başlıca ahlak kuralları arasında gelen mahremiyet ve sırrı muhafaza etme, ebelik ve hemşirelik faaliyetlerine ışık tutmaktadır. Faaliyet sahalarında hastalar ile direkt olarak muhatap olan mesleklerin başında gelen ebe ve hemşireler, hastaların mahremiyetinin muhafaza edilmesinde son derece önem arz etmektedirler. Sağlık bakım sahalarında meydana gelen değişiklikler, sosyal mecra kullanımındaki artış ve negatif etkilerine dikkat edildiğinde bireylerin mahremiyet alanlarının muhafaza edilmesi günümüzde oldukça zordur. Hasta bakımlarında ebe ve hemşirelerin ahlaki açıdan hasta mahremiyetini muhafaza etmeleri bir gerekliliktir ve bu sebepten her iki meslek dalının da hassasiyet içerisinde olması gerekmektedir. Yoksa bu durumun neticesi olarak hem hukuksal hem de bireysel kavgaların meydana gelmemesi ve hastaların bakımlarının negatif etkilenme görülmemesi kaçınılmazdır (Aktan vd., 2019; Kim, 2012; Öztürk vd., 2014).

Hastalar ve çeşitli sağlık profesyonelleri arasında hasta mahremiyetinin seviyesine dair anlayışlarını kıyaslamak için yapılmış olan araştırmalarda, genellikle önemli ayrımlar olduğu tespit edilmiştir. Hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri hastaların mahremiyetine önem vermelerine karşın hastaların yaklaşım ve memnuniyeti kapsamında tutarlılık seviyesi oldukça azdır (Nayeri ve Aghajani, 2010; Akyüz ve Erdemir, 2013). Kanada'da

yapılmış olan kalitatif bir araştırmanın neticesinde, hastaların hasta mahremiyeti hakkındaki bilgi düzeyinin çok düşük olduğu tespit edilmiştir. Nüfus yapısına bağlı ayrımlar, şahsiyet ve kültürel farklılıklar hastaların mahremiyet durumuna olan yaklaşımlarında etki eden unsurlardır (Shen vd., 2019). Hastaların hastanede tedavi aldıkları süre boyunca mahremiyet tecrübelerini incelemek için yapılmış olan bir araştırmanın neticesinde, ilkin kadın hastalar olmak üzere bütün hastaların mahremiyetine çok önem verildiği açıklandı. Ancak hastalar, çalışanların bu hususta daha fazla özen göstermesi beklentisi içinde olduğu vurgulandı. Bu beklenti, özel oda istedikleri anlamında değildi. Beklentileri kişisel, toplumsal ve kültürel farklılıklarına özen gösterilmesi üzerinedir (Whitehead ve Wheeler, 2008).

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Mahremiyeti

Sağlık bakım hizmetlerinde son derece önem arz eden alanlardan birisi de yoğun bakım üniteleridir. Yoğun bakım üniteleri, hayati risk taşıyan sağlık sıkıntılarının, akut/kronik rahatsızlıkların tedavi, takip, izlemi ve acil müdahaleler için geliştirilmiş, üst düzey teknolojik cihazlarla oluşturulmuş spesifik alanlardır (Işık vd., 2022). Yoğun bakım ünitesinde tedavi alan hastaların hayati risk taşıyan rahatsızlıklarının bulunması, çok yoğun bir şekilde hemşirelik bakımının verilmesi, üst düzey teknolojik cihazların kullanılması ve değişkenlik gösteren hastaların durumları sebebiyle bu alanlarda çalışan hemşireler etik ve ahlaksal sorunlarla çok fazla karşı karşıya kalabilmektedirler (Jamshidian vd., 2019). Yoğun bakım ünitelerinde çoğunlukla hastaların yatışı, tıbbi imkanların adaletli uygulanması, klinik inceleme, doğru bilgiyi paylaşma ve mahremiyet hususlarında etik noktası tartışma konusu olmaktadır (Aybar ve Kılıç, 2020; Işık vd., 2022).

Yoğun bakım üniteleri, çok fazla etik hükmün verilmesi gereken hareketli, girift ve stres düzeyinin yüksek olduğu tedavi ve bakım birimleri olarak tanımlanmaktadır. Bu birimlerde, mevcut bir seviyede uzmanlık ve yetenekleri bulunan sağlık profesyonelleri, hayati risk taşıyan hastalara üst düzey sağlık ve bakım hizmeti verebilmek için takım olarak beraber çalışmaktadırlar (Alimohammadi vd., 2018; Tajdari vd., 2022). Yoğun bakım ünitelerinde hastaların mahremiyetlerine etki eden etkenler içinde hastanın klinik mahiyetinin kritik olması, yoğun bakım ünitelerinin fiziki inşası, sağlık profesyonellerinin yaklaşımları (Latour ve Albarran, 2012; Fernandes ve Moreira, 2013), dini değerleri, insan ilişkileri, yönetsel tasarrufları ile birlikte iş güçleri arasındaki tutumlarını tesis eden kültürel oluşumlar bulunur (Baillie, 2009). Yoğun bakım ünitelerinde hastalar tedavi gördüğü süre boyunca hastalığın gidişatı, yoğun bakım ünitesinin ortamına bağlı çok fazla zaruri etkenin yanında hastaların çoğunlukla bilinç durumunun olmaması sebebiyle bireyin haysiyetinin muhafaza edilmesi ve saygının gösterilmesi gereken birimlerdenidir. Yoğun bakım ünitelerinin düzeni çoğunlukla arena sistemden oluşmaktadır. Bu sistem hemşirelere hastaları sürekli olarak izlem ve gözlem imkanı verirken,

bir yandan da hastanın mahremiyetini muhafaza etmeyi de oldukça güçleştirmektedir (Bloomer ve Al-Mutair, 2013). Mobilize olamayan hastaların ve arena sistem düzeninde olan birimlerde, hastaların mahremiyetinin korunup sürdürülebilmesi yalnızca hasta merkezli değildir. Hemşirelerin de mahremiyet anlayışlarında değişiklik göstermesi önem arz eden bir husustur (Timmins vd., 2018).

Mahremiyet durumu yoğun bakım ünitelerindeki hastalar açısından farklı bir ayrıcalık ve ehemmiyet oluşturmaktadır. Bunun sebebi yoğun bakım ünitelerindeki hastaların çoğunlukla bilinç durumunun ventilatör kullanımının gerekliliği nedeniyle çok uzun süreler kapalı olmasına bağlı olarak zaman-mekan kavramlarından uzak olunmasından kaynaklanır. Ek olarak yoğun bakım üniteleri hastaların diyalog, karar alabilme ve mahremiyetini muhafaza edebilme yetilerini de negatif olarak etkilemektedir. Buna bağlı olarak bireysel mahremiyetinin çizgilerini belirleyemeyen hastalarda mahremiyetin korunması bütün sağlık profesyonellerinin sorumlulukları arasındadır. Bu sebepten, yoğun bakım ünitelerinde mahremiyetin muhafaza edilmesi noktasında gerekli alanın gösterilmemesi sonucu ortaya çıkan sonuçlar ciddi etik problemlerini oluşturmaktadır (Leino Kilpi vd., 2001; Karabey vd., 2023). Timmins vd., (2018) yapmış olduğu araştırmada, kültür bazlı ayrımlar olmasına karşın yoğun bakım ünitelerinde hastaların mahremiyetleri hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri için önem arz eden bir husustu. Bilhassa hemşireler toplumun bu durumunun savunucularıdır. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi, vefat ya da sonrasında hasta ve yakınlarına mahremiyet şartlarının sunulmasının hemşireler açısından son derece sıkıntılı bir durum olmasının halen devam etmekte olduğu belirtilmiştir. Hasta yakınları dar ve karma salonlarda birlikte beklerken ya son derece sınırlı ya da tamamen mahremiyet hakkından yoksundur. Halbuki, bireysel bilgi alma ve vefat sonrası alınacak kararlarda beraber hareket etmeyi talep ederler. Bununla beraber çoğu hastanın vefatı ya da sonrasında alınacak kararlar diğer hasta ve yakınlarının şahit olduğu bir ortamda meydana gelmektedir. Bu durum hem mahremiyet açısından hem de vefat durumunda gösterilmesi gereken ihtimam için sorun teşkil etmektedir. Bu araştırmanın neticeleri, hastane koşullarının çoğunlukla saygıdan yoksun olarak ele alındığını ve yoğun bakım ünitelerinde tedavi alan hasta ve yakınları için toplumsal değerlerin dışında bir tecrübe olduğunu göstermiştir. Bu araştırmada şerefli bir vefat, sağlık kurumlarında öncelikli bir tutum olarak ele alınmıştır (Timmins vd., 2018).

Su vd., (2018) yapmış olduğu çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin yaşam umudu az olan hastaların haysiyetine gerekli saygıyı göstermediğini belirtmiştir (Su vd., 2018). Bir diğer araştırmada, negatif davranışların ve hasta bakımında uygulanması gereken kararlara riayet edilmemesinin tedavi alan hastanın haysiyetine zarar verdiği gösterilmiştir (Nyholm ve Koskinen, 2017). Moen ve Naden (2015) yapmış

olduğu çalışmada ise, çaresiz, bakıma muhtaç, afazi durumu olan hastalara insani tutum dışında davranış gösterilmesi, hastaların haysiyetinin zedelenmesine katkı sağlamaktadır (Moen ve Nâden, 2015). Hastaların yanında 24 saat boyunca kesintisiz olan yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin hastaların mahremiyeti hususundaki tavır ve eylemleri son derece önem arz edip, hastaların mahremiyet hakkına son derece ihtimam göstermeyi gerektiren bir husustur (Heikkinen vd., 2006; Danbury ve Waldmann, 2006; Mersin ve Bayrak Kahraman, 2019). Buna rağmen, son zamanlarda sağlık hizmetlerinin uygulanmasında, hastaların mahremiyetini korumak oldukça zordur. Çünkü sağlık hizmetlerinde kalite göz önüne alındığında, fiziki, toplumsal, ruhsal ve enformasyonel mahremiyet çeşitlerine ihtimam göstermek gereklidir. Hastaların, fiziki mahremiyetinde tüm bedeni, toplumsal mahremiyetinde toplumsal bağlarının kontrolü, ruhsal mahremiyetinde kognitif ve emosyonel durumlarının yönetimi, enformasyonel mahremiyetinde ise şahsi verilerini yönetme hakkı mevcuttur (Öztürk vd., 2014). Fakat teknolojik ilerlemeler şahsi gizlilik ve verilerin depolanması hususunda yüksek riskleri de beraberinde getirmektedir (Özata ve Özer, 2017). Buna bağlı olarak sağlık kurumlarında hastaların mahremiyetinde ihlal mevzularını meydana getirebilmektedir. Bu sebepten ülkemiz içerisinde T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında mahremiyet kapsamında gereken önlemlerin sağlanması hususu üstünde durulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane Seti, 2023). Yapılmış olan bir incelemede, hastaların yoğun bakım ünitelerinde tedavi alırken ortamda olup bitenlerin idrakinde oldukları söylenmiş, bilhassa yoğun bakım ünitelerine dair acı tecrübeleri bulunan hastaların fiziki ve psikolojik açıdan negatif etkilenmiş oldukları tespit edilmiştir (Hintistan vd., 2009). Bu hususta yapılmış olan diğer araştırmalarda da yoğun bakımlarda hastaların fark ettiği mekansal etkenler içerisinde “mahremiyetin yokluğu” sıralamanın başlarında gelmektedir (Zaybak ve Çevik, 2015; Yaman Aktaş vd., 2015).

Tajdari vd., (2022) yapmış olduğu çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastalar için, mahremiyet durumlarından fiziki mahremiyetin en önemlilerinden biri olduğunu dile getirmişlerdir. Buna ek olarak, girift, hayati risk taşıyan klinik mahiyeti, hastanın bilinçlilik durumu ile birlikte bakıma ihtiyaç düzeyi, cinsiyet durumu, çalışan sağlık profesyonelinin sayı ve yetkinliği, mekansal etkenler, süreklilik gösteren yoğun bakım tedavi/bakım yöntemleri gibi birçok kişi ve mekansal etkenler fiziki mahremiyete etki edebilmektedir. Aynı çalışmada, hastalarla birebir veya sağlık profesyonelleri arasında, hastaların verilerine dair istişare edilirken ses düzeyinin iyi ayarlanamaması veri mahremiyetinin istemsiz bir şekilde ifşa olmasının en önemli sebebi olduğu vurgulanmaktadır (Tajdari vd., 2022).

Ülkemiz kapsamında hasta mahremiyetine dair hemşireler ile birlikte yapılan uygulamalarda (Özçelik, 2014; Aktan vd., 2019; Candan ve Bilgili,

2018) bu husus için önerilen hemşirelerin içgörülerinin artırılmasıdır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerle birlikte yapılmış kısıtlı sayıdaki incelemede ise, yoğun bakım ünitelerinde, hastaların mahremiyetine gösterilen ihtimamın artırılması gereken bir husus olduğu belirtilmiştir (Karabey vd., 2023). Enternasyonal incelemelerde de mahremiyet durumu sağlık profesyonellerince uygulanan sağlık hizmetlerinin bütün safhalarında önem gösterilmesi gereken bir durum olarak değerlendirilmekte ve hemşirelik bakımı üzerinde önem teşkil ettiği belirtilmektedir (Beach vd., 2017; Geller vd., 2018). Hasta bireylerin mahremiyetine özen gösterilmesi etik ve ahlaki bir zorunluluk içinde bulunmasına rağmen, hastane ortamında ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde yeterince dikkat edilmediği (Olğun ve Türk, 2023; Çınar ve Dağlı, 2021; Kim vd., 2017), ve sonuç olarak hasta mahremiyetinden kaynaklanan noksanlık sebebiyle strese maruz kaldıkları vurgulanmaktadır (Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020; Mollaoğlu vd., 2022; Zaybak ve Çevik, 2016). Yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastaların fiziki şartlar gereği cinsiyet ayrımı olmadan aynı odayı paylaşmaları ya da sadece perde, paravan gibi basit önlemlerin yetersiz olmasından kaynaklanan başka insanlar tarafından gözlenebilir olmak ve hastalara uygulanan tıbbi girişimlere şahit olmak fiziksel mahremiyetin korunamamasına sebep olan durumlar olarak gösterilmektedir (Mollaoğlu vd., 2022; Tunçay ve Uçar, 2010; Yılmaz ve Celik, 2022; Zaybak ve Çevik, 2016).

Yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların mahremiyetini ihlal eden sebepler içerisinde:

- Çalışan hemşire sayılarında azlık,
- Tedavi gören hasta sayısındaki fazlalık,
- Yoğun bakım ünitelerinin kapılarındaki sisteme bağlı meydana gelen sıkıntılar,

- Olması gereken fiziki şartlardan daha kısıtlı alanlarda sağlık hizmeti sunulmasına benzer kişisel ve kurumla alakalı etkenler olduğu gösterilmektedir (Yılmaz ve Celik, 2022).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların çoğunlukla bilinç durumunun olmaması, ventilatör takibinde ve genel anestezi altında olması sebebiyle hastaların mahremiyetini muhafaza etmek ve sürekliliğini sağlamak bilhassa hemşireler nezdinde tüm sağlık profesyonellerinin son derece önem arz eden sorumlulukları arasındadır (Gencer ve Karakoç Kumsar, 2020; Mersin ve Bayrak Kahraman, 2019; Timmins vd., 2018). Kaynaklarda hemşireler kapsamında hastaların mahremiyetine dair anlama ve davranışlarını araştıran incelemelerin iç hastalıkları, hariciye gibi geneli oluşturan ünitelerle birlikte ameliyathane, acil servis, doğum-kadın hastalıkları, yeni doğan servisi gibi spesifik ünitelerde yapılmış olduğu tespit edilmiştir (Aksoy ve Balcı Ak-

pınar, 2020; Aktan vd., 2019; Arslan ve Demir, 2017; Aslan vd., 2019; Ceylan ve Çetinkaya, 2019).

Aksoy ve Balcı Akpınar'ın (2020), kadın hastalıkları ve doğum servisinde 48 hemşire ve 123 hastayla yapmış olduğu çalışmada, hastalara verilen hemşirelik bakımının oluşturduğu memnuniyet ve hastaların mahremiyetine gösterilen özenin pozitif bir ilişki içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Aktan vd. (2019), 14 çeşitli yetişkin servisinden, en az bir yıl servislerde görev almış 240 hemşire ile yaptığı çalışmada, hasta mahremiyetine verilen önemin görev alınan klinik ve klinik tecrübe yılı, yaş, medeni hal ve cinsiyet açısından kayda değer bir fark bulunamamıştır. Ancak, hemşirelerin eğitimi ile hasta mahremiyetine gösterilen önemin arasında bir fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim seviyelerinin arttıkça hasta mahremiyetine verilen önemin de artmış olduğu tespit edilmiştir.

Arslan ve Demir'in (2017), 7 farklı servisten 6 doktor ve 4 servis sorumlusu ile yapılan çalışmada, katılımcıların hepsinin hasta mahremiyetine dair bilgili olduklarının ve hasta mahremiyetine önem gösterilmesinin bilincinde olup bu şekilde hareket ettikleri saptanmıştır. Aslan vd. (2019), Kocaeli iline bağlı olan bir eğitim araştırma hastanesinde cerrahi servisler ve ameliyathanelerde görev yapan 120 hemşire ile oluşturdukları çalışmada, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta mahremiyet bilinçlerinin yüksek olduğunu dile getirmektedirler. Aynı zamanda, cerrahi servislerde görev alan hemşirelerin kişisel farklılıkları açısından hasta mahremiyetine dair farkındalıkları arasında özel bir fark olmadığı saptanmıştır. Ceylan ve Çetinkaya'nın (2019), pediatri servisinde çalışan 112 hemşire ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin mahremiyete dair bilgi düzeylerinin hasta mahremiyetinin korunmasını etkilediğini tespit etmiş ve hemşirelere hastanelerde düzenli olarak bu konuda eğitim verilmesini önermişlerdir.

Sonuç

İnsanlığın var olmasından günümüze kadar ilerlemekte olan sürecinde insanın toplumdan ayrılarak kendi başına bir önem oluşturması sebebiyle zaman içinde kişisel hak ve hürriyet kavramlarının ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Ortaya çıkan bu kişisel haklar arasında yer alan mahremiyet hakkı günümüzde uluslararası kabul görmüş ve yasalarca güvence altına alınmış bir hak haline gelmiştir. Mahremiyet hakkı sadece fiziki olarak algılansa da, bedensel, ruhsal ve bilgi mahremiyeti olarak kaynaklarda tanımlanmaktadır. Tedavi görmekte olan hastalarla sürekli beraber olan hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin mahremiyete saygı ve özen göstermesinin bir gereklilik olduğunu söyleyebiliriz. Bu kapsamda hasta mahremiyetine özen gösterilmesi etik ve ahlaki açıdan bir zorunluluk oluştursa da bedensel mahremiyete dikkat edilirken ruhsal ve bilgi mahremiyetine yeterince özen gösterilmediği literatürde belirtilmiştir. Özellikle teknolojik gelişmeler

ile hastalara ait verilerin depolanması, kayıt altına alınması sürecinde ve en önemlisi sosyal medya kullanımına bağlı olarak mahremiyetin ihlal edildiği araştırmalarda saptanmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olan hastaların çoğunluğunda bilinçlilik durumunun olmaması, ventilatör takipli olması, bakım hastası olması, yoğun bakım ünitelerinin fiziki yetersizlikleri gibi faktörlere bağlı olarak mahremiyete daha fazla dikkat edilmesi ve korunmasının gerekliliğini dile getirebiliriz.

Teknolojinin gelişmesiyle meydana gelen sistemseller açıkların giderilmesi, hastane fiziki şartlarının düzeltilmesi ya da mahremiyet göz önünde bulundurularak inşa edilmesi ve hemşirelerin eğitim düzeylerinin artırılması hasta mahremiyetini korumak ve geliştirmek için en başta sayabileceğimiz öneriler arasındadır.

KAYNAKÇA

1. Aksoy, M., & Balcı Akpınar, R. (2020). The Relationship Between Patients' Perception Of Nursing Care And Nursing Attitudes Towards Patient Privacy İn Gynecology Clinics. *International Journal Of Scientific Reports*, 6(12).
2. Aktan, G., Eşer, İ., & Kocaçal, E. (2019). Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Koruma Ve Sürdürme Durumları İle Etkileyen Faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 301-305.
3. Akyüz, E., & Erdemir, F. (2013). Surgical Patients' And Nurses' Opinions And Expectations About Privacy İn Care. *Nursing Ethics*, 20(6), 660-671.
4. Alimohammadi, N., Ziaeirad, M., Irajpour, A., & Aminmansour, B. (2018). Clinical Care Needs Of Patients With Severe Traumatic Brain İnjury İn The İntensive Care Unit. *Trauma Monthly*, 23(2).
5. Arslan, E. T., & Demir, H. (2017). Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumu: Nitel Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(4), 191-220.
6. Aslan, F. E., Çınar, F., & Es, M. (2019). Cerrahi Hemşirelerinin Mahremiyet Bilinçlerinin İncelenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 8(3), 95-103.
7. Aybar, D. Ö., & Kılıç, S. P. (2020). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Etik Sorunların Stres Düzeylerine Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 29-35.
8. Bahar, A., Özgürbüz, N., Erdem, D. T., & Dulkara, G. H. (2022). Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinin Hasta Mahremiyeti Bilincine İlişkin Bilgi Ve Tutumlarının İncelenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 118-129.
9. Baillie, L. (2009). Patient Dignity İn An Acute Hospital Setting: A Case Study. *International Journal Of Nursing Studies*, 46(1), 23-37.
10. Beach, M. C., Branyon, E., & Saha, S. (2017). Diverse Patient Perspectives On Respect İn Healthcare: A Qualitative Study. *Patient Education And Counseling*, 100(11), 2076-2080.
11. Bloomer, M. J., & Al-Mutair, A. (2013). Ensuring Cultural Sensitivity For Muslim Patients İn The Australian Icu: Considerations For Care. *Australian Critical Care*, 26(4), 193-196.
12. Candan, M., & Bilgili, N. (2018). Hemşire Ve Ebelerin Hasta Mahremiyetine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 34-43.
13. Ceylan, S. S., & Çetinkaya, B. (2020). Attitudes Towards Gossip And Patient Privacy Among Paediatric Nurses. *Nursing Ethics*, 27(1), 289-300.
14. Çınar, İ. Ö., & Dağlı, F. (2021). Mesleki Uygulama Yapan Öğrencilerin Hasta Mahremiyetine İlişkin Görüşü. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 29(1), 78-85.

15. Danbury, C. M., & Waldmann, C. S. (2006). Ethics And Law İn The İntensive Care Unit. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(4), 589-603.
16. Diler, R. (2014). Mahremiyet Eğitimi Ve Önemi. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-98.
17. Fernandes, M. I., & Moreira, I. M. (2013). Ethical İssues Experienced By İntensive Care Unit Nurses İn Everyday Practice. *Nursing Ethics*, 20(1), 72-82.
18. Fernández-Alemán, J. L., Señor, I. C., Lozoya, P. Á. O., & Toval, A. (2013). Security And Privacy İn Electronic Health Records: A Systematic Literature Review. *Journal Of Biomedical Informatics*, 46(3), 541-562.
19. Geller, G., Schell-Chaple, H., Turner, K., Anderson, W. G., & Beach, M. C. (2018). Measuring Patient Respect İn The İntensive Care Unit: Validation Of The Icu-Respect Instrument. *Journal Of Critical Care*, 46, 63-66.
20. Gencer, A., & Kumsar, A. K. (2020). Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Uyku Kalitesine Etkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 434-443.
21. Gündüz, N., & Altıntaş, S. (2020). Hasta Mahremiyetine Yönelik Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Çalışanları Üzerinde Algılarının Ölçülmesi. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 16(1), 11-30.
22. Hasan Tehrani, T., Seyed Bagher Maddah, S., Fallahi-Khoshknab, M., Ebadı, A., Mohammadi Shahboulaghi, F., & Gillespie, M. (2018). Respecting The Privacy Of Hospitalized Patients: An İntegrative Review. *Nursing Ethics*, 0969733018759832.
23. Heikkinen, A., Wickström, G., & Leino-Kilpi, H. (2006). Understanding Privacy İn Occupational Health Services. *Nursing Ethics*, 13(5), 515-530.
24. Hintistan, S., Nural, N., & Öztürk, H. (2009). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 40-46.
25. Işık, M. T., Özdemir, R. C., & Serinkaya, D. (2022). Ethical Attitudes Of Intensive Care Nurses During Clinical Practice And Affecting Factors. *Indian Journal Of Critical Care Medicine: Peer-Reviewed, Official Publication Of Indian Society Of Critical Care Medicine*, 26(3), 288.
26. Jamshidian, F., Shahriari, M., & Aderyani, M. R. (2019). Effects Of An Ethical Empowerment Program On Critical Care Nurses' Ethical Decision-Making. *Nursing Ethics*, 26(4), 1256-1264.
27. Karabey, G., Kızıltan, B., & Sabancıoğulları, S. (2023). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Gözetme Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 123-132.
28. Kılınç, D. (2012). Anayasal Bir Hak Olarak Kişisel Verilerin Korunması. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 61(3), 1089-1172.
29. Kim, K., Han, Y., & Kim, J. S. (2017). Nurses' And Patients' Perceptions Of Privacy Protection Behaviours And İnformation Provision. *Nursing Ethics*, 24(5),

598-611.

30. Latour, J. M., & Albarran, J. W. (2012). Privacy, Dignity And Confidentiality: A Time To Reflect On Practice. *Nursing In Critical Care*, 17(3), 109-111.
31. Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, A., & Arndt, M. (2001). Privacy: A Review Of The Literature. *International Journal Of Nursing Studies*, 38(6), 663-671.
32. Mersin, S., & Kahraman, B. B. (2019). Yoğun Bakım Hastasının Ve Ailesinin Onuruna Saygı Ve Mahremiyet. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(1), 50-56.
33. Moen, E. K., & Nåden, D. (2015). Intensive Care Patients' Perceptions Of How Their Dignity İs Maintained: A Phenomenological Study. *Intensive And Critical Care Nursing*, 31(5), 285-293.
34. Mollaoğlu, M. C., Karabulut, O., Boy, Y., Mollaoğlu, M., & Karadayı, K. (2022). Environmental Stressors Perceived By Patients İn The Surgical Intensive Care Unit. *Turkish Journal Of Intensive Care*, 20(4).
35. Moskop, J. C., Marco, C. A., Larkin, G. L., Geiderman, J. M., & Derse, A. R. (2005). From Hippocrates To HIPAA: Privacy And Confidentiality İn Emergency
36. Nayeri, N. D., & Aghajani, M. (2010). Patients' Privacy And Satisfaction İn The Emergency Department: A Descriptive Analytical Study. *Nursing Ethics*, 17(2), 167-177.
37. Nyholm, L., & Koskinen, C. A. (2017). Understanding And Safeguarding Patient Dignity İn Intensive Care. *Nursing Ethics*, 24(4), 408-418.
38. Olğun, S., & Güleğün, T. Ü. R. K. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Mahremiyetini Koruma Ve Sürdürme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(3), 591-598.
39. Özata, M., & Kubilay, Ö. (2017). Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 81-92.
40. Özçelik, S. K. (2014). The Development Of The Patient Privacy Scale İn Nursing.
41. Öztürk, D., Eyüboğlu, G., & Göçmen Baykara, Z. (2019). Mahremiyet Bilinci Ölçeği: Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law & History*, 27(1).
42. Öztürk, H., Özçelik, S. K., & Bahçecik, N. (2014). Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Özen Gösterme Durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), 19-31.
43. Shen, N., Sequeira, L., Silver, M. P., Carter-Langford, A., Strauss, J., & Wiljer, D. (2019). Patient Privacy Perspectives On Health İnformation Exchange İn A Mental Health Context: Qualitative Study. *JMIR Mental Health*, 6(11), E13306.
44. Su, A., Lief, L., Berlin, D., Cooper, Z., Ouyang, D., Holmes, J., ... & Prigerson,

- H. G. (2018). Beyond Pain: Nurses' Assessment Of Patient Suffering, Dignity, And Dying İn The İntensive Care Unit. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 55(6), 1591-1598.
45. Tabata, N., & Hirotsune, S.A.T.O. (2014). Gizlilik Bilinci Ölçeğinin (Pcs) Geliştirilmesi. *Japon Kişilik Dergisi*, 23(1).
46. Tajdari, S., Irajpour, A., Shahriari, M., & Saghaei, M. (2022). Identifying The Dimensions Of Patient Privacy İn İntensive Care Units: A Qualitative Content Analysis Study. *Journal Of Medical Ethics And History Of Medicine*, 15.
47. Timmins, F., Parissopoulos, S., Plakas, S., Naughton, M. T., De Vries, J. M., & Fouka, G. (2018). Privacy At End Of Life İn Icu: A Review Of The Literature. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2274-2284.
48. Tunçay, B. U. H. G. Y., & Hülya, U. Ç. A. R. (2010). Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 33-46.
49. Türk Dil Kurumu (TDK). Ankara; 2017.
50. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Mevzuatı, (2023)
51. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2023), Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane Seti, Versiyon 5, S.142
52. United Nations (UN), General Assembly Adopted The Universal Declaration Of Human Rights And Enshrined Privacy As A Fundamental Human, 1948
53. Warren, S., & Brandeis, L. (1989). The Right To Privacy. In *Killing The Messenger: 100 Years Of Media Criticism* (Pp. 1-21). Columbia University Press.
54. Whitehead, J., & Wheeler, H. (2008). Patients' Experience Of Privacy And Dignity. Part 2: An Empirical Study. *British Journal Of Nursing*, 17(7), 458-464.
55. Yaman Aktaş, Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., & Özkan, A. S. (2015). Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler.
56. Yeşim, A. K. A. R., Özyurt, E., Erduran, S., Uğurlu, D., & Aydın, İ. (2019). Hasta Mahremiyetinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(1), 18-24.
57. Yılmaz, S. A., & Celik, S. S. (2022). Patient Privacy: A Qualitative Study On The Views And Experiences Of Nurses And Patients. *The Australian Journal Of Advanced Nursing*, 39(2), 12-22.
58. Yüksel, M. (2003). Mahremiyet Hakkı Ve Sosyo-Tarihsel Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi*, 58(01).
59. Zaybak, A., & Çevik, K. (2015). Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta Ve Hemşireler Tarafından Algılanması. *Turkish Journal Of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili Ve Cerrahi Yoğun Bakım Dergisi*.

BÖLÜM 2

YAŞLI BİREYLERDE GELENEKSEL TAMAMLAYICI TIP (GETAT) UYGULAMALARI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ*

Eda ERSARI ŞEN¹

Gönül GÖKÇAY²



* Bu çalışma ilk isimli yazarın Kafkas Üniversitesi Hemşirelik bölümü yüksek lisans seminerinden üretilmiştir.

1 Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Öğretmeni, Milli Eğitim Bakanlığı, Zübeyde Hanım Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Kocaeli, Türkiye ORCID No: 0009-0003-0376-3943

2 Dr. Öğr. Üyesi, Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Kars, Türkiye. gokcaygonul22@gmail.com ORCID No: 0000-0003-0140-8668

1. GİRİŞ

Yaşlanmayla beraber tüm doku, organ ve sistemlerde hücresel düzeyde gerilemeler görülmekte, buna bağlı olarak birçok hastalık ve sorunları tetikleyebilmektedir (Şimşekli Bakırhan 2021). Bunun sonucunda da kronik hastalıklar, hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçların yan etkileri, hastalıkların doğurduğu olumsuz sonuçlarla yeterince baş edememe ve yaşlılık sendromları ortaya çıkmaktadır. Yaşlı bireyler bu durumların etkisini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için çeşitli yollara başvurmaktadır. Bu yollardan biri de GETAT uygulamalarıdır (Kalyoncuo ve Ceyhan 2023). Bu yöntemler sağlıklı yaşlılarda sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalık durumlarında ise semptom yönetimi amacıyla kullanılmaktadır. Ancak yaşlıların kronik hastalıklara sahip olması ve polifarmasi varlığı bu uygulamalarda son derece dikkatle ele alınması gereken bir durumdur (Çelepkolu 2019).

2. YAŞLILIK VE YAŞLANMA

21. yüzyılda bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler toplumdaki demografik değişimleri beraberinde getirmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin artması, anne-bebek ölüm oranının azalması için yapılan çalışmalar, hastalıkların erken dönemde tanı ve tedavisinin yapılması gibi sağlık alanındaki gelişmeler yaşlı nüfusun artmasıyla sonuçlanabilmektedir (Şahinli ve Tarım 2019). Ayrıca kırsaldan kentlere göçün artması, buna bağlı olarak doğum oranlarının azalması ve yaşam standardının yükselmesi ile ölüm hızlarındaki düşüş de yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Önümüzdeki yıllarda da bu artış eğiliminin devam edeceği öngörülmektedir (Gürer ve ark. 2019).

Yaşlılık, insanın yaşamında doğal bir süreç içinde yer alan bir dönemdir. Literatürde farklı yaşlılık tanımları olmakla beraber bireyin bedensel ve ruhsal yönden fonksiyonlarında azalma ve kayıp, dışa bağımlılığın artması, üretkenliğin ve çalışma verimliliğinde azalma olarak tanımlanabilir (Bilgili ve Birimoğlu Okuyan 2021).

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fonksiyon kaybı yaşlı bireyi hastalıklara ve yaralanmalara karşı savunmasız bir hale getirmektedir. Bu durumda yaşlının kronik hastalıklara yakalanmasına, hastalık tedavisi için ilaç kullanımına, yan etkilerle ve birden çok sağlık problemiyle karşılaşmasına ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açmaktadır (Akdemir 2022).

2.1. Yaşlılık Sınıflaması

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık sınırını 65 yaş olarak belirlemiştir. DSÖ'nün kronolojik sınıflamasına göre;

- 0-18 yaş arası: Ergen,
- 18-65 yaş arası: Genç,
- 65-74 yaş arası: Genç (erken) yaşlı,

- 74-84 yaş arası: Orta yaşlı,
- 85 yaş ve üzeri: Çok (ileri) yaşlı olarak kabul edilmektedir (Kalyoncuo ve Tekinsoy Kartın, 2021).

2.2.Dünyadaki Yaşlı Nüfus

Birleşmiş Milletler verilerine göre; toplam dünya nüfus oranının %9.5 'ini yaşlı nüfusu oluşturmaktadır. Dünya'da yaşlı nüfus yoğunluğu Kuzey Amerika, Avrupa ve Asya'nın kuzey ve doğu kesimlerinde yüksek iken; Afrika kıtasında en düşük oranlardadır (Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni 2020).

2.3.Türkiye'deki Yaşlı Nüfus

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları (2022) 'ye göre; toplam nüfusu 84 milyonun üzerine çıkan Türkiye, dünyadaki 195 ülke arasında 18. sırada yer almaktadır. Yaşlı nüfus oranı ise 2008 yılında %6.8 iken 2022 yılında büyük bir artış göstererek %9.9' a yükselmiştir.

Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu iller sırasıyla; Sinop, Kastamonu, Artvin ve Çankırı iken, en düşük olduğu iller ise; Şırnak, Hakkari ve Şanlıurfa' dır (TÜİK, 2022).

3. YAŞLI BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi; bireyin yaşamdan memnun olması, duygu ve düşüncelerini paylaşabilmesi, yaşamı ile ilgili bağımsız kararlar vermesi, kendi seçimlerini yapabilmesidir. Yaşlı bireylerin yaşlılığa bağlı karşılaştıkları risk faktörleri olumsuz sağlık algısına yol açmakta yaşam kalitelerini düşürmektedir (Gökçay ve ark., 2022). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir.

3.1. Fiziksel Sağlık

- Kronik hastalık ve engelliliğe sahip olma
- Polifarmasi
- Günlük (beslenme, banyo, tuvalet ihtiyacı vb.) ve enstrümantal (ev işleri, telefon kullanma, ulaşım aktiviteleri vb.) yaşam aktivitelerini yapabilme durumu
- Yaşlının fiziksel sağlığını algılama durumu olarak sıralanabilir (Bilgili ve Birimoğlu Okuyan 2021).

3.2. Psikolojik Sağlık

- Yaşlının psikolojik durumunu algılama durumu
- Kaygı, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunların varlığı
- Yaşam kalitesi ile ilgili tutumu ve mutluluk düzeyi olarak sıralanabi-

lir (Bilgili ve Birimoğlu Okuyan 2021).

3.3. Sosyodemografik Değişkenler

- Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu vs.

3.4. Sosyal İlişkiler

- Yalnız yaşama durumu,
- Ailesi ile görüşme durumu,
- Yakın arkadaş çevresinin varlığı,
- Herhangi bir dernek, vakıf, birliğe üye olma durumu olarak sıralanabilir (Bilgili ve Birimoğlu Okuyan 2021).

3.5. Çevre

- Yaşanılan evin fiziksel durumu (banyo, mutfak, oda sayısı vs.)
- Hava, su, gürültü gibi çevresel faktörlerin durumu,
- Sağlık ve sosyal hizmetlere erişim
- İletişim ve ulaşımın niteliği olarak sıralanabilir (Yıldırım 2019).

4. GETAT UYGULAMALARI

GETAT uygulamaları eski çağlardan günümüze kadar uzanan ve son yıllarda popüleritesi artan uygulamalardır (Özsürekcı ve ark., 2020). Genel olarak sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinde kullanılan farklı toplumlara özgü bilgi, beceri ve deneyimlere dayanan uygulamalardır (Talhaoğlu 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleneksel tıbbı, fiziksel ve zihinsel hastalıklardan korunmak, bu hastalıkları iyileştirmek, sağlığın korunmasını sağlamak için farklı topluluklara has öğretiler, teoriler ve tecrübeler sonucu ortaya çıkmış pratiklerin tümü olarak tanımlamıştır (DSÖ 2019).

Hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde modern tıp ilkeleri yerine farklı ilkelerin benimsenmesine alternatif tıp; modern tıp reddedilmeden destek amaçlı yapılan uygulamalara ise tamamlayıcı tıp denilmektedir. Ancak son yıllarda yapılan tartışmalar sonucu tıbbın bir alternatifinin olamayacağı sadece tedavide seçenekler olabileceğine karar verilerek ‘geleneksel ve tamamlayıcı tıp’ daha çok ön plana çıkmıştır (Ünal ve Dağdeviren 2019). GETAT uygulamaları toplumların dini inançları, geleneksel yapısı ve hatta bitki örtüsüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Ancak değişmeyen durum toplumların yaygın bir biçimde GETAT uygulamalarını kullanmalarıdır. Bu nedenle GETAT sağlık bakımının önemli bir parçası haline gelmektedir (Bolsoy ve Çiçek Okuyan 2019).

Hemşirelik, bireyi holistik bir şekilde değerlendirip, birey ve ailesi ile terapötik iletişim kuran ve bireylere çok yönlü bakım veren bilim temelli bir meslektir. Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşirelerin rollerinde de değişiklik oluşturmuş, GETAT uygulamalarını da hemşirenin bağımsız rolleri arasında olabileceği belirtilmiştir. Hemşirelerden bu uygulamaların kullanımı ile ilgili bütüncül bir yaklaşım benimseyerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmaları beklenmektedir. Masaj, sıcak ve soğuk uygulama gibi bazı GETAT uygulamaları halihazırda hemşirelerin sıklıkla kullandıkları yöntemlerdendir (Özer ve Ateş 2021).

4.1. GETAT Kullanımının Dünya'daki Durumu

GETAT uygulamaları dünyada gittikçe artan bir sıklıkta kullanılmaktadır. Çin'de %90 oranında modern ve geleneksel tıp bir arada kullanılmakta olup bu sıralamayı Etiyopya %80, Japonya %72 oranı ile takip etmektedir. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin (TAT) yalnız başına kullanılma oranları ise Afrika ülkelerinde %80, Çin'de %70, Kanada'da %70, Fransa'da %49.3, Avustralya'da %48.2, Amerika'da %42.1'dir. Yapılan bir çalışmaya göre tamamlayıcı ve alternatif tedavilerden en sık bitkisel ürünler kullanılırken; masaj, progresif gevşeme egzersizleri, akupunktur, reiki, yoga, beslenme değişiklikleri gibi yöntemler de sıklıkla tercih edilmektedir (Talhaoğlu 2021).

4.2. GETAT Kullanımının Türkiye'deki Durumu

Türkiye'de genel hasta popülasyonunda GETAT kullanım oranının %25.2-86.3 aralığında olduğu bildirilmiştir (Özer ve Ateş 2021). Türkiye'de tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi en çok tercih edenler onkoloji hastaları olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalığı olanlar tarafından en çok uygulanan TAT uygulaması ise; bitkisel tedavidir (Talhaoğlu 2021).

Ülkemizde uygulanan GETAT yöntemlerini düzenlemek amacıyla "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" Sağlık Bakanlığı tarafından Ekim 2014 senesinde yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle fitoterapi, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, müzik terapi, hipnoz, kupa uygulaması, homeopati, ozon uygulaması, sülük tedavisi, osteopati, akupunktur, refleksoloji, kayropraktik, apiterapi olmak üzere toplam on beş tedavi seçeneği kabul görmüştür (T.C. Resmî Gazete, 27 Ekim 2014, sayı: 29158).

4.3. GETAT Uygulamalarının Sınıflandırılması

GETAT uygulamaları Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi [National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH)] tarafından son güncellenen şekliyle 3 kategoride toplanmıştır. Bu kategoriler; doğal ürünler, zihin ve beden uygulamaları ve diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarıdır (Kalyoncuo ve Ceyhan 2023).

4.3.1. Doğal Ürünler

Bu grupta bitkisel ürünler, şifalı bitkiler, vitaminler, mineraller, probiyotikler, prebiyotikler ve özel diyetler yer almaktadır. Bu ürünlerin doğal olması sebebiyle zarar vermeyeceği düşüncesi ile dünyada kullanımı çok sıktır. Kökeni Çin ve Hindistan tıbbına dayanır. Hastalıklarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesini artırma amaçları ile kullanılmaktadır (Talhaoğlu 2021).

4.3.2. Zihin ve Beden Temelli Uygulamalar

Meditasyon, yoga, tai chi, qigong, farkındalık temelli stres azaltma, masaj, karyopraktik, gevşeme teknikleri, akupunktur, osteopati gibi uygulamaları içermektedir (Buro ve ark. 2023). Bu tarz uygulamalarda beden, zihin, ruh ve davranış arasındaki ilişkinin canlı tutularak vücudun kendi kendine iyileştirme mekanizmaları harekete geçirilmeye çalışılır (Kalyoncuo ve Ceyhan 2023).

4.3.3. Diğer Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları

Diğer iki gruba dahil olmayan geleneksel şifacı uygulamaları, geleneksel Çin tıbbı, fonksiyonel tıp uygulamaları, ayurveda, homeopati ve naturopatidir (Talhaoğlu 2021).

4.4. Yaşlı Bireylerde GETAT Kullanımı

Yaşlı nüfusunun artmasıyla beraber bakım ve tedavisi zor, kronik, malign ve hasar bırakan hastalıkların görülmesi, teknolojik gelişmelerin ihtiyaçları tam olarak karşılayamaması, sağlık ekibi üyelerinin yeterince zaman ayıramaması, güncel bakım ve tedavilere duyulan kuşku ve korku gibi nedenler özellikle yaşlı bireylerde GETAT uygulamalarına ilgiyi artırmıştır. Literatür tarandığında yaşlılarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım oranı %54-98 aralığında olduğu gözlenmektedir (Özdil ve ark. 2020). Tamamlayıcı tedavilerin çok sık kullanımının nedenlerinden biri de bireylerin sağlığa hiçbir zararının olmadığı yanlıdır (Özer ve ark. 2020).

4.5. Yaşlı Bireylerin GETAT Uygulamalarını Kullanma Nedenleri

- Sağlığın geliştirilmesi, korunması ve uzun yaşama isteği,
- Bağışıklık sistemini güçlendirme,
- Kronik hastalıklarda görülen belirtileri hafifletmek, kontrol altına almak,
- Kronik hastalıklarda mevcut tedaviyi desteklemek,
- Yaşam kalitesini artırmak,
- Çoklu ilaç kullanımına bağlı gelişebilecek yan etkileri azaltmak,
- Ağrıyı kontrol altına almak,

- Umutsuzluk duygusundan ve anksiyeteden kurtulma şeklinde sıralanabilir (Kalyoncuo ve Ceyhan 2023).

4.6. Yaşlı Bireylerin GETAT Uygulamalarında Bilgi Kaynakları

Yaşlı bireylerin GETAT uygulamalarına doğru karar verilmesinde güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşmaları oldukça önemlidir. Yaşlıların uygulamalar hakkındaki bilgi kaynakları; internet, televizyon, sosyal medya, yakın arkadaş, aile, sağlık personelleri ve aktarlardır (Çelepkolu 2019). Özsürekçi ve ark.'nın (2020) yapmış olduğu çalışmada yaşlılar tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini en sık komşu, akraba ve tanıdıklardan duyduklarını, çok az bir oranda (%9) sağlık personellerinden bilgi ve duyum aldıklarını belirtmişlerdir.

5. YAŞLI BİREYLERDE SIK KULLANILAN GETAT UYGULAMALARI

5.1. Akupunktur

Geleneksel olarak akupunktur, terapötik bir etki elde etmek için vücuttaki akupunktur noktaları adı verilen belirli noktalara ince iğnelerin sokulmasını içerir. Yerleştirmenin ardından, iğneler elle (manuel akupunktur) veya küçük bir elektrik akımının uygulanmasıyla (elektro-akupunktur) uyarılabilir. Yeni bir alternatif olan lazer akupunktur ise, akupunktur noktalarını uyararak için düşük güçlü lazer ışığı kullanılan bir akupunktur şeklidir (Armour ve ark. 2019).

Türkiye’de yayımlanan GETAT Yönetmeliği’ne göre akupunktur; ilgili alanda eğitim almış sertifikalı tabip ve kendi alanında uygulama yapmak üzere dış tabibi tarafından uygulanabilir. Yine aynı yönetmeliğe göre geriatrik hastalara akupunktur tatbik edilir (T.C. Resmî Gazete, 27 Ekim 2014, sayı: 29158).

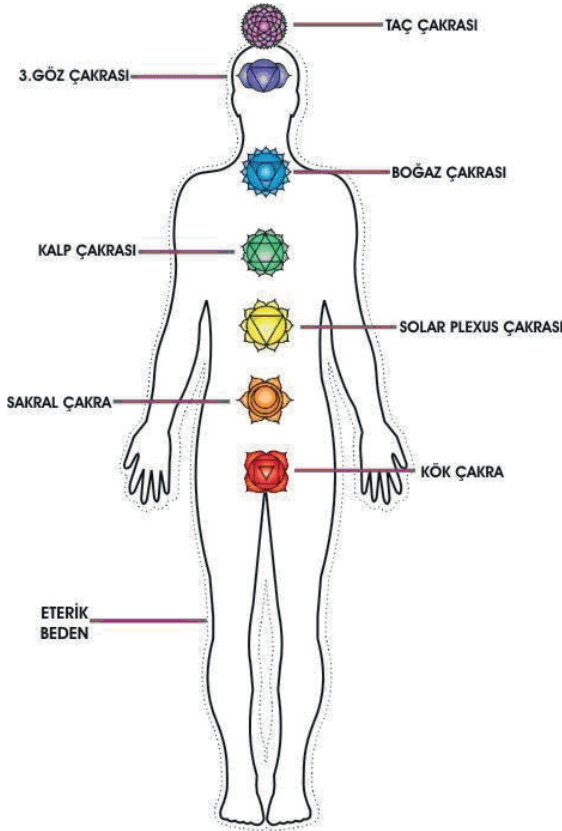
Geriatrik hastalarda eklem ağrıları başta olmak üzere hastalıkların yarattığı ağrı ve diğer semptomların giderilmesinde sıklıkla tercih edilir. Diğer GETAT uygulamalarına göre yan etki gelişme riski daha düşüktür (Çelepkolu 2019). Ancak akupunkturun invaziv girişim olması sebebiyle Hepatit B, Hepatit C ve HIV gibi enfeksiyonların bulaşma riski unutulmamalıdır (Toptan ve ark. 2019).

5.2. Reiki

Reiki, uygulayıcının evrensel enerjisi bir kanal görevi görerek alıcıya aktarmasıdır. Rahat bir şekilde uzanan ya da oturan, tamamen giyinmiş kişiye ortalama 45-75 dakika hafif dokunuşlarla sağlanan bir uygulamadır (Billot ve ark., 2021). Bu tamamlayıcı ve bütünleyici tedavi herkes tarafından kolayca öğrenilip uygulanabilir (Cengiz ve Işık 2020). Kolay öğrenilen bir uygulama olan reikin hastalık semptomlarının yönetiminde hemşireler tarafından kullanımı gün geçtikçe artmaktadır (Anuş Topdemir 2019).

İnsan vücudunda omurga boyunca uzanan, çakra adı verilen, sinir ve endokrin sistem ile bağlantısı olduğu varsayılan enerji merkezleri vardır. Reiki uygulayıcısı bu çakralara elleriyle enerji göndererek çakralardaki tıkanıklık giderilir, kan ve lenf yoluyla enerji dengesi sağlanır (Özsezer Kaymak ve ark. 2022).

Reiki enerji merkezleri olarak ifade edilen çakralara uygulanır. Çakralar şekil 1. de gösterilmiştir (Anuş Topdemir 2019).



Şekil 1. Çakralar

Dört randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir araştırmada reikinin ağrının giderilmesinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Demir Doğan, 2018). Reikin etkileri klasik masajın etkilerine benzetilmekte olup gevşeme, rahatlama, huzur bulma ve pozitif enerji sağlama gibi faydaları bulunmaktadır (Cengiz ve Işık 2020). Reiki uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 1’de yer almaktadır (Erdoğan 2013).

Tablo 1. Reiki Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Erdoğan 2013 Doktora tezi Randomize kontrollü çalışma	30 deney, 30 yalancı reiki, 30 kontrol olmak üzere 90 yaşlı birey örneklemi oluşturdu.	Deney grubuna 8 hafta boyunca haftada bir kez reiki, yalancı reiki grubuna yalancı reiki uygulandı. Kontrol grubuna müdahale yapılmadı.	Müdahale grubunda 8 hafta sonunda yaşam kalitesi puanlarında artış, ağrı ve depresyon puanlarında azalma görülmüştür.	Huzurevinde kalan yaşlılara reiki uygulamak yaşam kalitesinin artmasını sağlar.

5.3. Refleksoloji

Vücuttaki her iç organın bir yansımasının avuç içinde, ayak tabanında ve kulakta olduğu varsayılan (Salahshour ve ark., 2019), bu refleks alanlarına yapılan basınç ile gönderilen stimulusların organlarda cevaba neden olması prensibine dayanır (Ünal ve Dağdeviren, 2019). Normal masaja benzeyen fakat özel bir basınç tekniği ile ovma, sıvazlama, sıkma hareketlerinin refleks alanlarına uygulanması yönüyle masajdan ayrı tutulan destekleyici ve tamamlayıcı bir yöntemdir (Bolsoy ve Çiçek Okuyan 2019). GETAT yönetmeliğine göre, refleksoloji sertifikalı tabip ve tabip gözetiminde sertifikalı sağlık meslek mensubu tarafından uygulanabilir (T.C. Resmî Gazete, 27 Ekim 2014, sayı: 29158).

175 yaşlının katıldığı bir çalışmada osteoartritli yaşlılara uygulanan ayak refleksolojisinin yaşam kalitesini artırdığı ve ağrı üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (Baraka ve ark., 2022). Diyabetli yaşlı erişkinlerle yapılan randomize kontrollü çalışmada 12 hafta ayak refleksolojisi yapılan deney grubunda diyabetik periferik nöropatiyi iyileştirmede fayda sağladığı tespit edilmiştir (Çiçek ve ark., 2021). Postmenapozal kadınlarla yapılan başka bir randomize kontrollü çalışmada 12 seans refleksoloji uygulanan kadınlarda uyku kalitesinde artış ve yorgunlukta azalma gözlenmiştir (Zengin Aydın ve Yiğitalp, 2021). 65 yaş ve üzeri 35 yaşlı kadınla yapılan bir çalışmada haftada üç kez 4 hafta boyunca toplam 12 seans refleksoloji uygulama sonrası uyku kalitesini geliştirdiği, eklem ağrısını azalttığı ve kas gücünü artırdığı sonucuna varılmıştır (Eom ve ark., 2019). Refleksoloji uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 2’de yer almaktadır (Baraka ve ark. 2022).

Tablo 2. Refleksoloji Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: Effect of Foot Reflexology with Pharmacological Treatment on Pain and Quality of Life among Elderly Suffering from Osteoarthritis				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Baraka ve ark. 2022 Tanta Scientific Nursing Journal Randomize Kontrollü Çalışma	Bir hastaneye başvuran osteoartritli yaşlılar arasında 175 yaşlı-örneklemi oluşturmuştur.	Yapılandırılmış Mülakat Takvimi, Batı Ontario ve McMaster (WOMAC) Osteoartrit İndeksi, Yaşam Kalitesi Anketi, O'A'nın farmakolojik tedavisine ilişkin bilgi	Müdahale grubuna farmakolojik tedaviyle birlikte 3 ay boyunca ayak refleksolojisi uygulanmış. Uygulama sonrası WOMAC indeksi azaldı, yaşam kalitesi skoru arttı.	Ayak refleksolojisinin ağrının azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi üzerinde önemli ölçüde dikkate değer bir etkisi olduğu görülmektedir.

5.4. Müzikterapi

Alanında profesyonel olan kişiler tarafından bireylerin bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için klinik ve kanıtla dayalı olarak müziğin kullanılmasıdır. Temporal lob tarafından algılanan müzik, limbik sistem uyarılarak endorfin salınımını artırır ve ağrının şiddetinde azalmaya neden olur (Şimşekoğlu ve Şendir, 2020).

Sağlık Bakanlığı Müzikterapi Sertifikalı Eğitim Programı Standartları'na göre hemşirelerin de bu sertifikayı alması mümkündür (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016). Türkiye'de müzik terapi sertifikalı eğitim programı ile sertifika alan hemşireler, yaşlı bireylerde müzik terapiyi bağımsız olarak uygulayabilmektedirler (Kurap Öcebe ve ark., 2019).

Altan'ın (2011) 31 yaşlı bireyle yaptığı çalışmada 21 gün boyunca her akşam duyabilecekleri düzeyde uşak makamında müzik dinletilmesi sonucu uyku kalitesinde olumlu etkiler belirtilmiştir. Gökalp'in (2015) 60 kanser tanılı yaşlıyla yapmış olduğu çalışmada ise 7 gün boyunca hicaz, neva ve hüseyini makamlarında müzik dinletilmiş, sonucunda ise uyku kalitesinde artış ve anksiyete düzeyinde artış saptanmıştır. Ayrıca yine yapılan randomize kontrollü çalışmalar sonucunda müzik terapi konfor düzeyinde artış (Yaşar, 2014), yalnızlık hissinde azalma (Kurt 2014) gibi olumlu etkiler sağlamaktadır. Endonezya'da yürütülen bir çalışmada ise Keroncong müzik terapisinin demanslı yaşlılarda anksiyeteyi azalttığı sonucuna varılmıştır (Sari ve ark., 2022). Müzikterapi uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 3'de yer almaktadır (Gonzalez-Ojea ve ark. 2022).

Tablo 3. Müzikterapi Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: Can Music Therapy Improve the Quality of Life of Institutionalized Elderly People?				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Gonzalez-Ojea ve ark. 2022 Healthcare Ön test-son test tanımlayıcı ve yorumlayıcı vaka çalışması	Bir huzurevinde kalan 52 yaşının katılımlıyla gerçekleştirilmiştir.	Barthel Ölçeği, Pfeiffer Ölçeği, Beck's Depression Inventory. Haftada iki oturum toplam 16 oturum müzik terapi uygulandı.	Müzik seansları sonrasında yaşam kalitesi puanında artış, depresyon puanında düşüş görülmüştür.	Müzik terapi yaşlılarda sağlığı ve yaşam kalitesini ve depresyonu iyileştirme potansiyeli vardır.

5.5. Sülük Uygulaması

Sülüklerin steril edilerek kullanıldığı uygulamalardır. Sülüklerin ısırıkları yerde tükürüklerinden salınan aktif maddeler antienflamatuar ve analjezik etki sağlar (Şimşekoğlu ve Şendir, 2020). Sertifikalı tabip ve tabip gözetiminde sağlık meslek mensubu uygulayabilir. Yaşlılık döneminde sık görülen osteoartrit, variköz ven hastalıklarında ağrı durumlarında kullanılır (T.C. Resmî Gazete, 27 Ekim 2014, sayı: 29158). 169 yaşlı bireyle yapılan bir çalışmada sülük uygulamasının kullanım oranı %26 bulunmuştur (Özsürekcî ve ark., 2020).

Sülük tedavisinde gelişebilecek enfeksiyon, alerji, kan sulandırıcı kullananlarda kanama gibi komplikasyonlara dikkat edilmelidir (Pourrahimi ve ark., 2020).

5.6. Kupa Uygulaması

Kan dolaşımını artırmak amacıyla sadece bölgesel vakum oluşturmaya kuru kupa; vücudun belirli bölgelerine bölgesel vakum ile birlikte yüzeysel cilt kesikleri oluşturarak kanın alınması ise yaş kupa (hacamat) uygulamasıdır (Şimşekoğlu ve Şendir, 2020). GETAT yönetmeliğine göre kupa uygulamasını sertifikalı tabip, diş tabibi ve tabip gözetiminde sağlık meslek mensubu uygulayabilir (T.C. Resmî Gazete, 27 Ekim 2014, sayı: 29158).

Türkiye'de 169 yaşlı bireyle yapılan bir çalışmada kupa uygulaması kullanımını %42 bulunmuştur (Özsürekcî ve ark., 2020). Yine ülkemizde 286 yaşlı bireyle yapılan başka bir çalışmada kuru kupa uygulaması %21,3, yaş kupa uygulaması %4,2 bulunmuştur (Parlak ve Akgün Şahin 2023).

Yaşlılık döneminde yaşanan bel, boyun ağrıları, artrit, fibromialji gibi ağrılı durumlarda sık kullanılır (Shidhani ve Mahrezi, 2020). İran'da 50 yaşlı

kadın ile yapılan randomize kontrollü çalışmada 8 seans kuru kupa uygulamasından sonra ağrı şiddetinde azalma, günlük aktivitelerde anlamlı ölçüde artış izlenmiştir (Najafy ve ark., 2023). Kupa uygulamasında enfeksiyon riski göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca yaşlılarda derinin incilmesi nedeni ile deri yanıkları görülme ihtimali diğer yaş gruplarına göre daha fazladır (Shidhani ve Mahrezi 2020). Kupa uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 4’de yer almaktadır (Najafy ve ark. 2022).

Tablo 4. Kupa Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: The effect of dry cupping therapy on chronic knee pain and activities of daily living in elderly woman				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Najafy ve ark. 2023 Journal of Gerontology Randomize kontrollü çalışma	25 müdahale, 25 kontrol grubu	Müdahale grubuna 4 hafta boyunca haftada 2 kez kuru hacamat uygulandı.	Kontrol grubuna göre müdahale grubunda kronik ağrının azaldığını ve günlük aktivitelerin anlamlı şekilde arttığını gösterdi.	Günlük yaşam aktivitelerini iyileştirmeye yardımcı olmak ve yaşlılarda yaşam kalitesini artıran bir yöntem olarak önerilmektedir.

5.7. Fitoterapi

Geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçların tıbbi amaçla kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. GETAT yönetmeliğine göre, sadece sertifika sahibi tabip ve diş tabibi fitoterapi tedavi yöntemini kullanabilir (T.C. Resmî Gazete, 27 Ekim 2014, sayı: 29158). Kullanım alanı çok geniş olan fitoterapi sadece hastalıklarda değil sağlığın sürdürülmesinde de sık tercih edilir. Bu tercih sebebi ile yaşlılarda fitoterapi kullanımı oldukça yaygındır (Çelepkolu, 2019). 178 yaşlı ile yapılan bir çalışmada bitkisel ürünlerin kullanım oranı % 65.2 bulunmuştur (Sayın Kasar, 2020).

Fitoterapide kullanılan bitkiye göre değişmekle beraber birçok fayda sağlanırken dikkat edilmesi gereken birçok faktör de bulunmaktadır. Bitkisel ürünlerin doğası gereği veya paketlemeden kaynaklı bileşimlerinde değişimler oluşması, bitkisel ürünlerin yanlış tanımlanması, fazla miktarda seyreltilmesi, doğru etiketleme yapılmaması, etken madde dengesizliği gibi problemler ile karşılaşılabilir (Talhaoglu, 2021). Ayrıca yaşlılıkta görülen multimorbidite ve buna bağlı polifarmasi bitkisel tedavilerde ele alınması gereken önemli durumlardır. Fitoterapi ile ilaç-bitki etkileşimi olabilmektedir (Çelepkolu, 2019).

5.8. Tai Chi

Zihinsel ve fiziksel gevşeme, kontrollü nefes alıp verme ve mental konsantrasyonun ideal postür korunarak yapıldığı egzersizlerdir. Tai chi yöntemi meditasyonu da içerdiği için bedensel ve psikolojik sağlığın birlikte artırılması amaçlanır (Aktepe, 2019).

Tai chi yöntemi yaşlılar üzerinde hafif bilişsel bozuklukta hafifletici etki (Wang ve ark. 2023), düşme riskini azaltma (Mar'ah ve ark. 2022), günlük yaşam aktivitelerinde artış (Nino ve ark. 2022) gibi yararlar sağlar. Tai chi uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 5'de yer almaktadır (Nino ve ark. 2022).

Tablo 5. Tai Chi Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: Functional Capacity of Tai Chi-Practicing Elderly People				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Nino ve ark. 2022 Int. J. Environ. Res. Public Health Kesitsel tanımlayıcı bir biyometrik gözlemsel çalışma	65 yaş ve üzeri 113 katılımcı 3 fiziksel aktivite, 1 sedanter kontrol grubuna ayrıldı.	36'sı formda kalma egzersizi, 27'si Tai chi, 27'si profesyonel tai chi, 23'ü sedanter kontrol grubu olarak belirlendi 4 yıl boyunca gruplarına uygun egzersiz programına alındı.	Sedanter gruba göre fiziksel aktivite gruplarında kol ve bacakların kuvveti, esnekliği ve çevikliği daha iyi değerlere sahip, günlük aktivitelerde artış olduğu gözlenmiştir.	Tai Chi uygulamasıyla yaşlıların esenliği üzerinde olumlu bir etki yaratmıştır.

5.9. Gevşeme Teknikleri

İnsanlarda çeşitli nedenlerle meydana gelen kas gerginliği ağrı ve yorgunluğa sebep olur. Bu olumsuz durumlardan kaçınmak için gevşeme tekniklerinden yararlanmak gerekir (Gökçay, 2022). Gevşeme stres ve gerginlikten zihinsel ve bedensel olarak uzaklaşmayı amaçlayan bir yöntemdir. Gevşeme egzersizleri; pasif, otojenik, bilişsel ve progresif gevşeme egzersizleri olarak sınıflandırılır. Pasif, otojenik ve bilişsel gevşeme egzersizleri kişinin kendi bedenine konsantre olmasıyla gerçekleşir (Aktepe, 2019). Progresif gevşeme egzersizleri ise; her kas grubunun sırasıyla kasılıp gevşetilmesi ile gerçekleştirilen gevşeme egzersizidir (Gökçay ve Çevirme, 2022).

Widiyati ve ark.'nın (2021) 23 yaşlı ile yürüttüğü çalışmada üç hafta boyunca haftada iki kez progresif gevşeme egzersizi sonrasında yapılan ölçümlerde kan basıncında düşüş saptanmıştır. Huzurevinde yapılan başka bir

çalışmada ise yaşlılarda uygulanan progresif gevşeme teknikleri sonrasında uyku kalitesinde artış gözlenmiştir (Trijayanti İdris ve Astarani 2020). Ayrıca kalp atım ve solunum hızında azalma (Gökçay, 2022), yaşam kalitesinde artma, depresyon, anksiyete, yorgunluk, bulantı ve kusmada azalma gibi faydalar da sağlar (Talhaoğlu, 2021). Gevşeme teknikleri uygulanarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 6'de yer almaktadır (Kütmeç Yılmaz 2021).

Tablo 6. Gevşeme Teknikleri Uygulanarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: Effect of progressive muscle relaxation on adaptation to old age and quality of life among older people in a nursing home: A randomized controlled trial				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Kütmeç Yılmaz 2021 Psychogeriatrics Randomize kontrollü çalışma	Örneklem, Türkiye'de bir huzurevinde ikamet eden 45 yaşlıdan (21 müdahale gönüllüsü, 24 kontrol) oluşmaktadır.	Müdahale grubu, 8 hafta boyunca haftada iki kez progresif kas gevşetme seansları alırken, kontrol grubu rutin bakım aldı. Tüm katılımcılar başlangıçta ve 8 hafta sonra Yaşlılar İçin Uyum Zorluğunu Değerlendirme Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili kullanılarak değerlendirildi.	8 hafta sonunda müdahale grubunda Yaşlılar İçin Uyum Zorluğunu Değerlendirme Ölçeği puanlarında anlamlı düzeyde iyileşme ve yaşam kalitesi puanlarında artış gözlenmiştir.	Progresif kas gevşetme egzersizleri huzurevindeki yaşlıların yaşamını uyumunu sağlar ve yaşam kalitesini artırır.

5.10. Akupresür

Akupresür; vücudumuzda içinden yaşam enerjisi akışı olan meridyenler veya kanallar boyunca özel basınç noktaları varlığı teorisine dayanmaktadır (Anuş Topdemir, 2019). Akupresür, akupunkturdan farklı olarak vücudun belirli basınç noktalarına el, parmak ya da ayaklarla basınç uygulanması ve bu yolla tıkalı enerji kanallarının açılmasıdır (Durmuş İskender ve Eren, 2020).

Uluslararası Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'na (Nursing Intervention Classification-NIC) göre tamamlayıcı uygulamalar arasında olan akupresür, eğitim almak koşuluyla hastalara uygulanabilir. Ancak ülkemizde akupresüre yönelik henüz yasal bir düzenleme yapılmamıştır (Karadağ ve Ergin, 2022).

Akupresür noninvaziv ve maliyeti olmayan, ağrı kesici, sedatif ve psikolojik etkileri olan bir uygulamadır (Anuş Topdemir 2019). Aydemir (2018) diz osteoartriti olan 90 bireyle yaptığı deneysel çalışmada akupresürün ağrıyı

azalttığı, yaşam kalitesinde ve fonksiyonel durumunda artış olduğunu belirlemiştir. Ayrıca bulantı kusma (Karadağ ve Ergin, 2022), konstipasyon, doğum ağrısı, doğum ağrısı sırasındaki anksiyete, uyku kalitesi (Durmuş İskender ve Eren 2020) gibi durumlar üzerinde de olumlu etkileri söz konusudur. Akupresür uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 7’de yer almaktadır (Aydemir 2018).

Tablo 7. Akupresür Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: Diz Osteoartriti Olan Bireylere Uygulanan Akupresin Ağrı, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesine Etkisi				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Aydemir 2018 Randomize kontrollü çalışma	45 deney grubu, 45 kontrol grubu	Diz osteoartriti olan yaşlı bireylere 4 hafta boyunca haftada 2 seans olmak üzere toplam 8 seans akupresür uygulanmıştır.	Müdahale grubunda osteoartrit ölçeğinde ortalamanın düştüğü, yaşam kalitesi ölçeğinde ortalamaların yükseldiği gözlenmiştir.	Akupresürün diz osteoartriti olanların ağrısını azalttığı, yaşam kalitesini ve fonksiyonelliği artırdığı sonucuna varılmıştır.

5.11. Aromaterapi

Bitki özlerinden elde edilen esansiyel yağların terapötik amaçla kullanılmasıdır. Aromaterapi; oral yol, cilt üzerine uygulama, elbise ya da bir yere damlatılıp solutulma, aromatik banyolar ve masaj gibi yollarla uygulanabilir (Cengiz ve Işık, 2020). Sayın Kasar ve ark.’nın (2020) 178 yaşlı bireyle yaptığı tanımlayıcı çalışmada aromaterapi kullanımını %4.3 bulunmuştur.

İran’da 60 yaş ve üstü kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada aromaterapi masajı uygulanan yaşlılarda ağrı algısında azalma, uyku ve yaşam kalitesinde artma gözlenmiştir (Alemi ve ark., 2021). 94 yaşlı ile yapılan başka bir randomize çalışmada üç ay boyunca lavanta çayı içirilen yaşlılarda uyku kalitesini iyileştirdiği tespit edilmiştir (Yiğit ve Yalçın, 2022). Aromaterapi uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 8’de yer almaktadır (Alemi ve ark. 2021).

Tablo 8. Aromaterapi Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: The effectiveness of mindfulness training aromatherapy massage on rising psychological health of elderly women with chronic pain. Iranian Journal of Ageing				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Alemi ve ark. 2021 Iranian Journal of Ageing Deneysel bir çalışma	Evreni İran'ın batısında yer alan bir hastaneye başvuran 60 yaş üstü kadınları kapsamaktadır. Kriterlere uyan 30 kadın örnekleme oluşturmaktadır. 30 kadın rastgele ikiye ayrıldı.	Gruplara Kısa Form-McGill Ağrı Anketi-2 (SF-MPQ-2), Pittsburgh Uyku Kalitesi Envanteri (PUKİ) ve DSÖ Yaşam Kalitesi Anketi uygulandı. Müdahale grubuna mindfulness ve aromaterapi masajı uygulandı.	Kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda ağrının yanı sıra yaşam kalitesi ve uyku kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği ve sabit kıldığı belirtilmiştir.	Eşzamanlı farkındalık terapisi ve aromaterapi masajı, kronik ağrısı olan yaşlı kadınlarda ağrı algısını azaltır ve uyku kalitesini ve yaşam kalitesini artırır.

5.12. Yoga

Ruhsal, manevi ve bedensel yönlendirmeleri içeren, bireyi öz farkındalığına ulaştırması amaçlanan bir uygulamadır. Dünyada en eski kişisel gelişim yöntemlerinden olan yoga son yıllarda yaşlılar tarafından da tercih edilmektedir (Aktepe 2019).

Yoganın yaşlılar üzerinde kan basıncını düşürme (Amir ve ark., 2021), bilişsel yeteneği artırma (Joni ve Safitri 2022), uyku kalitesini artırma (Rispa ve ark., 2021) gibi etkileri vardır. Yoga yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 9'de yer almaktadır (Öztürk ve ark. 2023).

Tablo 9. Yoga Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: The effect of laughter yoga on loneliness, psychological resilience, and quality of life in older adults: A pilot randomized controlled trial				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Öztürk ve ark. 2023 Geriatric Nursing Randomize kontrollü çalışma	Evrenini Türkiye’de bir huzurevinde yaşayan 187 yaşlı, örneklemi ise 65 yaşlı yetişkin oluşturmaktadır. Müdahale grubu 32, kontrol grubu 33’tür.	Veriler Kişisel Bilgi Formu, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği, Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Yaşlılar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak Eylül 2022’de toplanmıştır. Müdahale grubu (n=32) dört hafta boyunca haftada iki kez kahkaha yogasına katılmıştır. Kontrol grubuna (n=33) herhangi bir müdahale yapılmadı.	Yaşlıların yaşam kalitesi ve psikolojik sağlamlık testlerinde anlamlı bir fark bulunmuştur.	Sekiz seanslık kahkaha yogası programının yaşlı yetişkinlerde yalnızlığı azalttığı, dayanıklılığı ve yaşam kalitesini artırdığı sonucuna varılmıştır.

5.13. Meditasyon

Meditasyon derin düşünme ve belirli imgeler üzerinde odaklanma ile karakterize genellikle sessiz bir ortamda ve rahat bir pozisyonda yapılan derin ve düzenli solunum ile yoğunlaşmayı sağlayan gevşeme tekniği ve terapisi. Birey belirli bir imgeye (bir kişi, bir kelime, bir resim vs.) odaklanırken süresi birkaç dakikadan 30 dakikaya kadar uzayabilmekte hatta daha da uzun sürebilmektedir (Aktepe 2019).

Meditasyon dikkati başka alanlarda yoğunlaştırarak gevşemeyi sağlar (Talhaoğlu 2021). Yaşlılarda meditasyonun bilişsel performans üzerine etkileri üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasında dikkat, yürütücü işlev, kısa süreli hafıza gibi bilişsel özelliklerde olumlu yönde etkili olduğu belirtilmiştir (Chan ve ark. 2019). İnsanlarda sağlıklı yaşlanma üzerinde de etkili olan meditasyon (Klimecki ve ark. 2019); kronik ağrı, anksiyete ve uykusuzluğu azalttığı, yaşam kalitesini arttığı bilinmektedir (Talhaoğlu 2021). Meditasyon uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 10’de yer almaktadır (Son ve Choi 2018).

Tablo 10. Meditasyon Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: The Effects of Mindfulness Meditation-Based Complex Exercise Program on Motor and Nonmotor Symptoms and Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Son ve Choi 2018 Asian Nursing Research Randomize kontrollü çalışma	Bir üniversite hastanesine başvuran 63 parkinson hastası 33 deney, 30 kontrol grubuna ayrıldı.	Müdahale öncesi ve sonrası Parkinson Hastalığı Uyku Ölçeği, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Parkinson Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Deney grubuna 6 seanstan oluşan 8 haftalık farkındalık meditasyonu yapıldı.	Yaşam kalitesinde, uyku bozukluğunda ve motor semptomlarda puanlarda yükselme saptandı.	Farkındalık meditasyonu Parkinson hastalığı olanlarda yaşam kalitesi ve motor semptomlar üzerinde olumlu etkisi vardır.

5.14. Masaj

Masaj sağlığın geliştirilmesi ve rahatlığın sağlanması amacıyla vücudun yumuşak dokularına manuel ve sistemli manüplasyonlar ile yapılan tamamlayıcı tedavi yöntemlerindedir (Aktepe 2019). Masaj teknikleri kas ve bağ dokunun uyarılması ile gevşemeyi sağlayıp kan dolaşımını artırarak zihinsel ve bedensel rahatlamayı gerçekleştirir. Masaj terapileri tek başına yapılabilir gibi aroma terapi ya da meditasyonla kombine şeklinde de yapılabilir (Cengiz ve Işık 2020).

Faghihi ve ark.'nın 2022'de yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada müdahale grubundaki yaşlılara iki haftada yedi seans karın masajı yapılmış; yaşam kalitesinde artma ve kabızlık üzerine etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Masaj uygulaması yapılarak yaşlı yaşam kalitesini hedef alan literatür bulgusu tablo 11'da yer almaktadır (Faghihi ve ark. 2022).

Tablo 11. Masaj Uygulaması Yapılarak Yaşlı Yaşam Kalitesini Hedef Alan Literatür Bulgusu

Makalenin Adı: Comparison of the effects of abdominal massage and oral administration of sweet almond oil on constipation and quality of life among elderly individuals: A single-blind clinical trial.				
Makale ile İlgili Genel Bilgiler	Evren ve Örneklemi	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Fağhihi ve ark. 2022 Hindawi BioMed Research International Tek kör klinik çalışma	90 yaşlı birey randomize olarak karın masajı grubu, oral yolla tatlı badem yağı kullanan grup ve kontrol grubu olmak üzere 3 gruba ayrıldı.	Karın masajı grubuna 2 haftada 7 seans karın masajı yapıldı. Diğer müdahale grubuna 2 hafta boyunca 7 kez tatlı badem yağı oral yolla verildi.	Kontrol grubuna kıyasla müdahale gruplarının yaşam kalitesi daha yüksek puan alırken, kabızlık ölçeğinde anlamlı bir düşüş gözlenmiştir.	Sonuç olarak karın masajı kabızlığın yönetiminde ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bulunmuştur.

6. YAŞLI BİREYLERDE GETAT KULLANIMINDA HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN GÖREVLERİ

Yaşlanma ile birlikte birçok hastalığın bir arada görülmesi ile düşen yaşam kalitesini artırma isteği ve kronik hastalıklarda semptom yönetimi yaşlıları daha çok tamamlayıcı tıbbi yönlendirmektedir (Kalyoncuo ve Ceyhan 2023). Bu uygulamalar müdahale edilme endişesiyle bazen sağlık personellerinden saklanmaktadır. Yapılan bir çalışmada yaşlıların %97,5' inin kullanılan tamamlayıcı tedavileri sağlık çalışanına bilgi vermediği tespit edilmiştir (Aktepe 2019). Bu nedenle hemşirenin yaşlı bakımında GETAT kullanımının sorgulanması çok önemlidir. Ön yargılı olmadan GETAT kullanımı olup olmadığı sorulmalı, doğru yöntem ve uygulama için Sağlık Bakanlığınca denetlenen ve sertifikalandırılan merkezlere yönlendirilmelidir (Kalyoncuo ve Ceyhan 2023).

Hemşireler yaşlıların kullandığı bu uygulamaları değerlendirmeli, detaylı ve kaliteli bir bakım için tedavi çeşitleri, kullanım alanları, ilaç etkileşimleri, riskleri konusunda bilgi sahibi olmalı ve bilgiler yaşlı bireye aktarılmalıdır. Yaşlıya uygulanan GETAT ile birlikte kendi tedavisine devam edip etmediği de sorgulanmalıdır (Sayın Kasar ve ark. 2020). Ayrıca GETAT yöntemini hangi durumlarda kullandıklarını, yönetime ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin bilinmesi de önem arz etmektedir (Özer ve ark. 2020).

Geriatrik sendromlardan biri olan polifarmasi fitoterapi gibi GETAT uygulamalarıyla beraber yaşamı tehdit edici riskler doğurabilir. O yüzden hemşire ilaç-bitki etkileşimi konusunda bilgi sahibi olmalı, böbrek ve diğer

organ fonksiyonlarının azalması ile fitoterapinin yan etki gösterme ihtimalini unutmaması gerekir (Çelepkolu 2019).

Akupunktur, kupa uygulaması ve sülük tedavisi gibi uygulamalar enfeksiyon riski olan GETAT uygulamalarıdır (Toptan ve ark., 2019). Hemşire enfeksiyon riskine yönelik bakım planlamalıdır, enfeksiyon kontrol önlemleri almalıdır (Özsüreki ve ark. 2020).

Bazı uygulamalar sonucunda yaşlının ifade edeceği bir belirti görülmesi bile tahlil sonuçlarında normal olmayan değerler çıkabilmektedir. Böyle bir durumda hemşire GETAT uygulaması ile ilişki kurabilmeli, erken müdahale için sorgulamalıdır (Kalyoncu ve Ceyhan 2023).

7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı bireyler yaşlılık döneminde görülen hastalıklar, geriatrik sendromlar ve farmakolojik tedaviler ile ortaya çıkan olumsuz durumlardan kaçınmak için çeşitli arayışlara girerler. Azalan yaşam kalitelerini artırabilmek için yöneldikleri bir alan da GETAT uygulamalarıdır. Yapılan bu çalışma ile üzerinde durulan GETAT uygulamalarının yaşlıların yaşam kalitesini artırdığı sonucuna varılmıştır. Hemşireler yaşlıların yaşam kalitesini artırmak için bu uygulamaları bir sertifika eğitimi alarak uygulayabilirler. Hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabileceği bu alanlarda profesyonel olması önemlidir. Her yaşlı birey kendi özelinde değerlendirilerek GETAT uygulamasına karar verilmelidir. Yaşlının kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, kendisinin katılma isteği, gelişebilecek riskler gibi durumlar üzerinde çok yönlü düşünülmelidir.

KAYNAKÇA

- Akdemir, N. (2022). Temel Geriatri ve Hemşirelik Bakımı. Tüed Eğitim Yayınları Ankara.
- Aktepe, M. (2019). Yaşlı Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Belirlenmesi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Alemi, S., Abolmaali Alhosseini, K., Malihialzackerini, S., Khabiri M. (2021). The effectiveness of mindfulness trainingaromatherapy massage on rising psychological health of elderly women with chronic pain. Iranian Journal of Ageing, 16(2):218-232. Doi.org/10.32598/sija.16.2.3058.1
- Altan, N. (2011). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Pasif Müzikoterapinin Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans tezi. İstanbul, Marmara Üniversitesi.
- Amir, M.D., Ahmad, G., Indria, I. (2021). The effect of yoga general therapy on blood pressure for the elderly prolanis gymnastics at selabatu health center sukabumi city. International Conference On Interprofessional Health Collaboration and Community Empowerment, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 82-88, dec.
- Anuş Topdemir E. (2019). Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Akupresür ve Reiki Uygulamasının Hastaların Ağrı ve Konfor Düzeyine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Malatya.
- Armour, M., Smith, CA., Wang, LQ., Naidoo, D., Yang, GY., MacPherson, H., Lee, MS., Hay, P. (2019). Acupuncture for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. J. Clin. Med, 8, 1140. Doi:10.3390/jcm8081140
- Aydemir, T. (2018). Diz Osteoartriti Olan Bireylere Uygulanan Akupresin Ağrı, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Yüksek Lisans tezi, Nevşehir.
- Baraka, S.I., Elshafie, I.F., Al-saadaney, H.M., Elkazeh, E.A., El- Mazayen, S. (2022). Effect of foot reflexology with pharmacological treatment on pain and quality of life among elderly suffering from osteoarthritis. Tanta Scientific Nursing Journal. ISSN 2735 – 5519.
- Billot, M., Daycard, M., Rigoard, P. (2021). Self-Reiki, Considerationof a Potential Option for Managing Chronic Pain during Pandemic COVID-19 Period. Medicina, 57, 867. Doi.org/10.3390
- Buro, A.W., Crowder, S.L., Rozen, E., Stern, M., Carson, T.L. (2023). Lifestyle Interventions with Mind-Body or Stress-Management Practices for Cancer Survivors: A Rapid Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(4), 3355. https://doi.org/10.3390/ijerph20043355
- Bolsoy, N., & Çiçek Okuyan, Y. (2019). Türkiye’de Refleksoloji İle İlgili Yapılmış Deneysel Araştırmaların İncelenmesi: Sistematik Derleme, Life Sciences (NWSALS), 14(2), 48-63. Doi: 10.12739/NWSA.2019.14.2.4B0024.

- Bilgili, N., & Birimoğlu Okuyan, C. (2021). Yaşlı sağlığı. İçinde Erkin Ö, Kalkım A, Göl İ. (eds.). Halk sağlığı hemşireliği. Çukurava Nobel Tıp Kitabevi.
- Cengiz, Z., & Işık, K. (2020). Palyatif Bakımda Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Terapiler. İçinde: Dinç A. (Ed)Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar 3. s. 241. Efe Akademi Yayınevi, İstanbul.
- Chan, J.S.Y., Deng, K., Wu, J., Yan, J.H. (2019). Effects of meditation and mind-body exercises on older adults' cognitive performance: A meta-analysis. *Gerontologist*, Vol. 59, No. 6, e782–e790. Doi:10.1093/geront/gnz022
- Çelepkolu, T. (2019). Geriatriye Tamamlayıcı Tıp. Sevil, Ü., Bayram Değer, V. (eds.) Geriatriye disiplinler arası yaklaşım Güven Plus Grup A.Ş. Yayınları.
- Çiçek, S., Demir, Ş., Yılmaz, D., Yıldız, S. (2021). Effect of reflexology on ankle brachial index, diabetic peripheral neuropathy, and glycemic control in older adults with diabetes: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* Volume 44, August.
- Demir Doğan, M. (2018). The effect of reiki on pain: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. Volume 31, May 2018, Pages 384-387.
- Durmuş İskender, M. & Eren, H. (2020). Türkiye'de ağrıya yönelik akupresür uygulaması ile ilgili yapılmış hemşirelik tezlerinin incelenmesi. *J Tradit Complem Med*, 3(1), 40-46.
- Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2020. https://aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf Erişim tarihi: 17.04.2023
- Eom, M.R., Kim, S.K., Aekim, S., Park, M.H., Namkim, O. (2019). The Effects of Foot Reflexology on Sleep Quality, Pain and Muscle Strength in Community Dwelling Female Elderly. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10 (5), 1080-1085.
- Erdoğan, Z. (2013). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. Doktora tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Faghihi, A., Zohalinezhad, M.E., Kalyani, M.N. (2022). Comparison of the effects of abdominal massage and oral administration of sweet almond oil on constipation and quality of life among elderly individuals: A single-blind clinical trial. *BioMed Research International*, 9. Doi: 10.1155/2022/9661939, Article ID 9661939.
- González-Ojea, M.J., Domínguez-Lloria, S., Pino-Juste, M. (2022). Can Music Therapy Improve the Quality of Life of Institutionalized Elderly People? *Healthcare*, 10, 310. Doi: 10.3390/healthcare10020310
- Gökalp, K. (2015). Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete Ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Gökçay, G. (2022). Eğitim ve Progresif Gevşeme Egzersizleri Temelli Bir Uygulamanın Zihinsel Engelli Bireylerin Bakım Vericilerinin Yaşam Kalitesi, Algıladıkları Stres ve Başa Çıkma Yolları Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Sa-

karya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

- Gökçay, G., & Çevirme, A. (2022). Eğitim ve progresif gevşeme egzersizleri temelli bir uygulamanın zihinsel engelli bireylerin bakım vericilerinin yaşam kalitesi, algıladıkları stres ve başa çıkma yolları üzerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma protokolü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 993-1018, 2022.
- Gökçay, G., Çevirme, A., Ertürk, Ö., Meşe Tunç, A., İncirkuş Küçük, H., Genç Akgün Z. (2022). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin sağlık algısı ve sağlık anksiyetesi bağlamında incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, Kasım Sayı: 45 (Özel Sayı) Yaz Dönemi.
- Gürer, A., Küdür Çırpan, F., Atalan Özlen, N. (2019). Yaşlı Bakım Hizmetleri. *Journal of Health Services and Education*; 3(1): 1-6 ISSN: 2636-8285. [Doi: 10.35333/JOHSE.2019.44](https://doi.org/10.35333/JOHSE.2019.44)
- Joni, Y.N., & Safitri, S. (2022). Efektivitas senam yoga terhadap peningkatkan kemampuan kognitif lansia: the effectiveness of yoga exercise on increasing cognitive ability in the elderly. *Jurnal Nurse*, 3(1), 71-78.
- Kalyoncuo, S., & Ceyhan, Ö. (2022). Yaşlılarda Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Güncel Bir Bakış: Geleneksel Derleme Türkiye Klinikleri J Health Sci., 8(1), 176-182. [Doi: 10.5336/healthsci.2022-90049](https://doi.org/10.5336/healthsci.2022-90049)
- Kalyoncuo, S., & Tekinsoy Kartın, P. (2021). Aktif yaşlanma ve hemşirelik bakımı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 26-32.
- Karadağ, S., & Ergin, Ç. (2022). Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmada akupresür kullanımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 359-364.
- Klimecki, O., Martant, N.L., Lutz, A., Poinsnel, G., Chetelat, G., Colette, F. (2019). The impact of meditation on healthy ageing — the current state of knowledge and a roadmap to future directions. *Current Opinion in Psychology*, 28, 223-228.
- Kurap-Öcebe, D., Kolcu, M., Uzun, K. (2019). Müzik terapi ve yaşlı sağlığı. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 1(2), 112-115.
- Kurt, D. (2014). Müzik Terapinin Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yalnızlık Hissi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans tezi. İstanbul, Marmara Üniversitesi.
- Kütmeç Yılmaz, C. (2021). Effect of progressive muscle relaxation on adaptation to old age and quality of life among older people in a nursing home: A randomized controlled trial. *Psychogeriatrics*, 21(4), 560-570.
- Mar'ah, N.A., Sartika, A., Jannah, E.S.M., Suryani, N., Wahyudi D., Pulungan, R., Permata, R.N., Anwar, S. (2022). The Effect of Tai Chi Exercise on Reduction the Risk of Falls in the Elderly: A Literature Review. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 8(2). [Doi: 10.33755/jkk.v8i2.335](https://doi.org/10.33755/jkk.v8i2.335)
- Najafy, N., Shahboulaghi, F.M., Mohammadi, S., Vahedi, M., Ahmadi, M. (2023). The effect of dry cupping therapy on chronic knee pain and activities of daily living in elderly woman. *Journal of Gerontology*, 7(4), 12-20.

- Niño, A., Villa-Vicente, J.G., Collado, P. (2022). Functional Capacity of Tai Chi-Practicing Elderly People. *Int.J. Environ. Res. Public Health*, 19, 2178. [Doi: 10.3390/ijerph19042178](https://doi.org/10.3390/ijerph19042178)
- Özdil, K., Muz, G., Küçük Öztürk, G. (2020). Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Etkisinin İncelenmesine Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(3), 196-205. [Doi: 10.31125/hunhemsire.834007](https://doi.org/10.31125/hunhemsire.834007)
- Özer, Z., & Ateş, S. (2021). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Gülen Yüzü: Kahkaha Yogası. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 108-116. [Doi: 10.17049/ataunihem.500301](https://doi.org/10.17049/ataunihem.500301)
- Özer, Z., Turan, G.B., Bakir, E. (2020). Comparison of Lower Extremity Muscle Strength and Balance Scores in Physiotherapy Bachelor Students with or Without Benign Hypermobility Syndrome. *J Health Pro Res*, 2(3), 102-112.
- Özsezer Kaymak, G., Ataç, M., Tekir, Ö. (2022). Hemşirelikte tamamlayıcı terapiler: renklerle sanatsal tedavi, çakralar ve reiki. *Jaren*, 8(3), 177-186.
- Özsürekcı, C., İleri, İ., Çalışkan, H., Yıldırım, F., Candemir, B., Çavuşoğlu, Ç., Tuna Doğrul, R., Göker, B. (2020). Kırılganlığın Yaşlı Bireylerde Tamamlayıcı–Alternatif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Görüş, Tutum ve Uygulamalar Üstüne Etkisi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.*, 53(3), 177-182. [Doi: 10.20492/aeahtd.771611](https://doi.org/10.20492/aeahtd.771611)
- Özkaya Sağlam, B., & Küçükgüçlü, Ö. (2021). Yaşlılarda Sarkopeni ve Hemşirelik. *Doğuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 461-470. [Doi: 10.46483/deuhfed.925813](https://doi.org/10.46483/deuhfed.925813)
- Öztürk, F.Ö., Pirinç Bayraktar, E., Tezel, A. (2023). The effect of laughter yoga on loneliness, psychological resilience, and quality of life in older adults: A pilot randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 50, 208-214.
- Parlak, A.G. & Akgün Şahin, Z. (2023). COVID-19 Pandemisinde yaşlı bireylerin kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin belirlenmesi: Tanımlayıcı kesitsel araştırma. *J Tradit Complem Med.*, 6(1), 40-47.
- Pourrahimi, M., Abdi, M., Ghods, R. (2020). Complications of leech therapy. *Avicenna J Phytomed*, 10(3), 222–234.
- Rispa, M., Kusuawaty, I., Hindun, S. (2021). “The Effect of Yoga Exercises on Sleep Quality for The Elderly”, *Journal of Maternal and Child Health Sciences (JMCHS)*, 1(1), 14-19. [Doi: 10.36086/jakia.v1i1.963](https://doi.org/10.36086/jakia.v1i1.963).
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2016). Müzikterapi sağlık alanı sertifikalı eğitim standartları. Erişim tarihi: 08.05.2023 <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/6207/0/muzikterapi-sep-standartlarpdf.pdf>
- Salahshour, V.N., Sajadi, M., Abedi, A., Fournier, A., Saeidi, N. (2019). Reflexology as an adjunctive nursing intervention for management of nausea in hemodialysis patients: A randomized clinical trial *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 36, 29-33.
- Sari, D. K., & Maulana, J. (2022). The Effect of Keroncong Music Therapy on Reducing

Agitation in the Elderly with Dementia. *Journal of Global Research in Public Health*, 7(2), 94-101.

Sayın Kasar, K., Ünal, E., Çapacı, S., Kürtmeç Yılmaz, C., Duru Aşiret, G. (2020). Yaşlı Bireylerin Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(3), 271-277. [Doi: 10.31125/hunhemsire.834195](https://doi.org/10.31125/hunhemsire.834195)

Shidhani, A., & Mahrezi, A. (2020). The role of cupping therapy in pain management: A literature review. *Pain Management*, September 25th, [Doi: 10.5772/intechopen.93851](https://doi.org/10.5772/intechopen.93851)

Son, H.G., & Choi, E.O. (2018). The effects of mindfulness meditation-based complex exercise program on motor and nonmotor symptoms and quality of life in patients with parkinson's disease. *Asian Nursing Research*, 12 (2), 145-153.

Şahinli, S., & Tarım, M. (2019). Yaşlı sağlık hizmetleri: Türkiye-Norveç karşılaştırmalı analiz. *Journal of Social Research and Management*, 1, 13-27.

Şimşekli Bakırhan, D. (2021). Yaşlı bakımında temel ilkeler. Yardımcıel, F. (ed.) *Disiplinler arası yaklaşımlarla yaşlı bakımın temelleri. Eğiten Matbaacılık*.

Şimşekoğlu, N., & Şendir, M. (2020). Diyabetik nöropatik ağrı yönetiminde tamamlayıcı sağlık uygulamaları. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 12 (2).

Talhaoğlu, D. (2021). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 3 (1). [Doi: 10.53445/batd.945893](https://doi.org/10.53445/batd.945893)

T.C. Resmi Gazete, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. (27.10.2014), Resmi Gazete Sayı No: 29158. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027.pdf> Erişim tarihi: 01.05.2023

Toptan, H., Kaya, T., Altındış, S. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamalarında Enfeksiyon Kontrol Önlemleri, Hijyen ve Çalışan/Hasta Güvenliği, *J Biotechnol and Strategic Health Res*, 3(Özel Sayı), 168-172. [Doi: bshr.622368](https://doi.org/10.26668/bshr.622368)

İdris, D. N. T., & Astarani, K. (2019). Therapy of effective progressive muscle relaxation to reduce insomnia in elderly. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(2), 165-171.

Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022 <https://data.tuik.gov.tr> Erişim tarihi: 17.04.2023

Ünal, M., & Dağdeviren, H.N. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. *Euras J Fam Med*, 8(1), 1-9. [Doi: 10.33880/ejfm.2019080101](https://doi.org/10.33880/ejfm.2019080101)

Wang, X., Si, K., Gu, W., & Wang, X. (2023). Mitigating effects and mechanisms of Tai Chi on mild cognitive impairment in the elderly. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 1028822.

Wijayati, S., Jauhar, M., Widiyati, S., & Faikha, S. D. (2021). Combination Of Autogenic And Progressive Muscle Relaxation To Reduce Blood Pressure Among Elderly With Hypertension In A Nursing Home. *Annals of Tropical Medicine*

and Public Health, 7(3), 8-14.

World Health Organization. (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019.

Yaşar, E. (2014). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Müziğin Konfor ve Anksiyeteye Etkisi. Yüksek Lisans tezi. İzmir, Ege Üniversitesi.

Yıldırım, D. (2019). Yaşlılıkta sağlığı etkileyen faktörler. Bölüktaş, R.P. (ed.) Temel Gerontoloji. İstanbul Üniversitesi.

Yiğit, E., & Yalçın, Ş. (2022). Impact of Lavender Herbal Tea on Sleep Quality in Elderly Patients with Poor Sleep Quality: A Randomized Study. International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research, 3(3), 184-189.

Zengin Aydın, L., Yiğitalp, G. (2021). The effect of reflexology on sleep quality and fatigue in postmenopausal women: A randomized control trial. European Journal of Integrative Medicine, 43, 10128.

BÖLÜM 3

JİNEKOLOJİK KANSER TEDAVİSİNDE OLUŞAN SEMPTOMLARIN KONTROLÜNDE YENİ BİR YÖNTEM: SANAL GERÇEKLİK GÖZLÜĞÜ

*Beyza ÖNDER¹
Gökçe Banu ACAR GÜL²*



1 Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği
Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Çankırı, Türkiye, bezzondr@gmail.com,
<https://orcid.org/0009-0006-9664-0118>

2 Dr. Öğr. Üyesi, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Çankırı,
Türkiye, gokcebanuacar@karatekin.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-2811-1821>

GİRİŞ

Kanser, bulunduğu hücre DNA'sında oluşan mutasyonlar ve kontrolsüz büyümeler sonucunda meydana gelen, yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip önemli bir halk sağlığı sorunudur (Atlı, 2019). Sadece 2020-2040 yılları arasında tahmini 28,4 milyon yeni vakaya ulaşacağı öngörülmektedir (Sung vd., 2021). Bu artışın en çok gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeleri tehdit ettiği düşünülmektedir (World Cancer Report, 2020). Dünya geneline ve ülkemize bakıldığında kanser kaynaklı ölümler ikinci sırada yer almaktadır ayrıca her 6 kişiden birinin ölüm nedeni kanserdir. Dünya'da karşılaşılan her 10 kanserden 3'ü jinekolojik kökenli kanserler olup dünya çapında her yıl yaklaşık 1,3 milyon kadın jinekolojik kanser tanısı almaktadır. Bunların 450 bin kadarı ölümlerle sonuçlanmaktadır (Cancer Key Facts, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2024 yılı verilerine göre jinekolojik kanserler arasında serviks kanseri %14,1, endometrium kanseri %8,4, over kanseri ise %6,7 oranında görülmektedir (WHO, 2024). Ülkemiz kadınlarında tanılan kanserlerin %11,2'si jinekolojik kökenlidir (Gültekin vd., 2017). Jinekolojik kökenli kanserler içerisinde en sık rastlanan türler uterus kanseri (%11,1), over kanseri (%6,5) ve serviks kanseri (%4,2) olarak sıralanmıştır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018). Son 5 yıla bakıldığında kanser tanısı alan hastaların sağ kalım oranları giderek yükselmiş, %67'ye varan oranlara ulaşmıştır. Gelişmiş tedavi yöntemleri ve bu yöntemlerin gün geçtikçe ulaşılabilir hale gelmesi bu yükselişin sebebi olarak gösterilmektedir (Bekmezci vd., 2022).

Tedavi yöntemlerine erişimin sağlanmasıyla beraber uzun süreli tedavi süreçlerini ve semptomları yönetebilmek oldukça karmaşık hale gelmiştir. Hastalar, gelişmiş tedavi yöntemleri kullanıldığında bu tedavi yöntemlerinin, ilaca bağımlılık, ilaç toksisitesi, ilaca duyarlılık, anemi, enfeksiyon riski gibi olumsuz yönleriyle karşılaşabilmekte (Bekmezci vd., 2022), bir yandan da kanserin uzun süreli yan etkileri olan ağrı, bulantı, kusma, cinsel işlev bozuklukları, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve bilişsel işlev bozukluğu gibi fiziksel ve psikolojik semptomları ile mücadele etmektedirler (Cheung vd., 2017). Bu semptomların yaşam kalitesini yüksek oranda etkilediği görülmektedir (Janelsins vd., 2017).

Hastaların kemoterapi sırasında ki semptomlarını daha iyi yönetebilmek, oluşabilecek semptomları daha iyi kontrol altına alıp yaşam kalitelerini iyileştirebilmek için kanıta dayalı yeni uygulamalar geliştirmek oldukça önem arz etmektedir (Chow vd., 2021; Gör ve Gönülay, 2020). Bu yüzden gelişen teknolojinin getirmiş olduğu yenilikler her alanı etkilediği gibi sağlık alanını da etkilemiştir. Yenilikler kanser hastalıklarında semptom yönetiminde invazif olmayan yaklaşımlar sunmaktadır (Chirico vd., 2016). Semptom yönetiminde yeni bir yöntem olarak karşımıza çıkan sanal gerçeklik gözlüğü, gerçek yansımali animasyon yapabilen kurgu ve gerçeğin birleştirilmesidir. 360 derece görüş açısı sağlayan sanal bir yapının içerisinde oluşturulan yapay

dünyanın yansımasıdır (Bekmezci vd., 2022). Geliştirilen bu teknoloji sayesinde ise hastaların tedavi sırasında kendilerini güvende hissettikleri bir ortam içerisinde olma imkanı sunarak oluşabilecek semptomları kontrol altına almak amaçlanmaktadır (Zeng vd., 2019).

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE TEDAVİ SÜRECİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ

Tedavi sürecinin belirlenmesi hastalığın seyrine, tipine, kişinin yaşına, cinsiyetine, kronik hastalıkların varlığına, tedavisindeki yöntem (kök hücre ve kemik iliği nakli, antikor tedavisi vb.), gelişen komplikasyonların boyutuna göre değişkenlik göstermektedir. Tedavi süreci cerrahi ve medikal (kemoterapi, hormonal ve radyoterapi) kombinasyonlarla yapılmaktadır. Kimi hastalar için tedavi sürecinde biri yeterli olurken kimisinde birkaç tedavi yöntemi birlikte kullanılabilir. Dolayısıyla jinekolojik kanserlerde tedavi süreçlerinin ve semptomlarının getirileri karmaşık bir yapıda karşımıza çıkmaktadır. Jinekolojik kanser tedavisi gören kadınların kişiliğini, sosyal çevresiyle uyumu, cinsel kimliği ve cinselliğini son derece etkileyen bir durum haline gelmektedir (Globocan, 2018; Yao ve Wang, 2022). Hastaların çoğunda bulantı, kusma, uyku problemleri görülmekle beraber cinsel ilgi ve istek azlığı, beden imajı ve imgesinde azalma, psikolojik değişiklikler (depresyon, içe kapanma vb.), etkisiz baş etme ile cerrahi olarak üreme organlarının çıkarılması ve bazı durumlarda doğurganlığın kaybolmasıyla birlikte birçok semptom göze çarpmaktadır (Izycki vd., 2016; Cowan vd., 2016). Tanı ve tedavi sürecinde kadınların yaşam standardını artırmak hemşireler içinde rol ve sorumlulukları içermektedir (Okumuş vd., 2015). Yaşam standardını etkileyen en önemli bileşenlerden biri olan duygu durum bozuklukları hastaların iyileşme sürecini olumsuz etkilemekte ve hastanede yatış süresini artırmaktadır (Beikmoradi vd., 2015). Buna bağlı olarak semptom ve komplikasyonlara maruziyetin artması söz konusu olduğundan hemşireler hastaların özellikle duygu durum değişikliklerine karşı duyarlı olmalı ve bakım sürecinde güncelliklerini korumalıdır. Bu nedenle hemşireler tedavi sürecindeki hastanın her aşamasında yanında olmalı, destek sağlamalı, bütüncül bir bakım verebilmek için güncel durum ve yaklaşımları da yakından takip etmelidir. Tedavi sürecinde gelişebilecek semptomları bilmeli ve izlemelidir. Tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunları tanıyabilmeli ve çözüme kavuşturabilmelidir (Özdağ ve İnkaya, 2021). Tedavi sürecinde oluşabilecek ağrı, bulantı, kusma, uyku problemleri, anksiyete, korku, depresyon gibi semptomlara yönelik farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri bilmeli ve müdahale etmelidir. Kullanılan farmakolojik yöntemlerin olumsuz yönleri arasında ilaca bağımlılık, ilaç toksisitesi, ilaca duyarlılık sayılabilir. Bu gibi durumların önüne geçebilmek için non-farmakolojik yöntemlerin komplikasyonları ortadan kaldıracak şekilde düşünülmektedir (Mohammad ve Ahmad, 2019). Jinekolojik kanser tedavisi gören kadınların tedavi sürecini güçlendirmek, yaşam kalitesini yükseltmek

ve yaşam süresini uzatmak için yeni ve güncel stratejileri geliştirmek önem arz etmektedir (Gör ve Gönülay, 2017; Göl, 2017). Bu anlamda dikkat dağıtıcı (distraksiyon) uygulamalar yapmak son derece önemlidir. Son dönemde klinik ortamda da uygulamaya geçirilen sanal gerçeklik uygulamasının, oluşan semptomların önüne geçmesinde yeni bir non-farmakolojik yöntem olacağı düşünülmektedir (Zeng vd., 2019). Teknolojinin gelişmesiyle birlikte geliştirilen sanal gerçeklik uygulaması hastaların tedaviye uyumunu olumlu yönde güçlendirmiş ve tedaviye katılım oranını pozitif yönde etkilediği görülmüştür (Melillo vd., 2022). Tedavide sanal gerçeklik uygulamaları sonucunda hastaların iyi ve güzel duygulara odaklanmaları sağlanmıştır. Bu durum sonucunda ise tedavi süreçleri olumlu yönde gelişmiştir (Chirico vd., 2016). Gelişmekte olan Sanal Gerçeklik Gözlüğü uygulaması ile hayal kurma yeteneğini güçlendirme, istediği zaman istediği ortamda olabilme, keyif aldığı videoları izleyebilme ile akupunktur ve acupressure, hipnoz , yoga gibi destek veren uygulamalar sayesinde oluşan semptomların gerilediği belirtilmektedir (Mandinet vd., 2022; Melillo vd., 2022).

SEMPTOM YÖNETİMİNDE SANAL GERÇEKLİK KULLANIMI

Sanal gerçeklik birçok alana ışık olmuş, son 20 yıldır ise sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarında kullanılmaya başlanmıştır. Bu alanlardan biri olarak kansere bağlı gelişen semptom yönetimi dikkati çekmekte, semptom yönetiminde yeni non-farmakolojik girişimlerin gelişmesinin temelini oluşturmaktadır (Chirico vd., 2020; Zeng vd., 2019). Yapılan çalışmalar incelendiğinde kemoterapötik ajanların infüzyonu sırasında oluşan komplikasyonların önüne geçmek için uygulanan sanal gerçeklik teknolojisinin hastaların dikkatini başka yöne çekme yöntemi ile oluşan semptomları %86 oranında azalttığı bildirilmiştir (Chirico vd., 2020). Sanal gerçeklik teknolojisinin görme, duyma, dokunma, koklama gibi duyularını uyarak dikkati güçlü bir şekilde dağıttığı ve başka yöne çevirdiği bildirilmiştir (Austin vd., 2019; Chirico vd., 2020). Bu sayede hastanın farklı bir dünyadaymış hissine kapılarak bulunduğu ortamdaki kendini bağımsızlaştırdığı, negatif duygularında gerileme olduğu görülmüştür (Austin vd., 2019).

Jinekolojik kanser sürecinde semptomları yönetmek için baş etme yöntemlerini etkin bir şekilde bilmek ve kullanmak gerekmektedir. Hastanın dikkatini başka yöne çekme etkili hemşirelik girişimlerinden birisi olup semptomların kontrol altına alınabilmesinde güçlü bir yöntemdir (Youngjun vd., 2017). Son teknolojik yeniliklerden biri olan sanal gerçekliğin, yarattığı terapötik ortam sayesinde dikkati başka yöne çektiği vurgulanmıştır (Yianakopoulou vd., 2015). Hastalar sanal gerçeklik gözlüğünü takarak baş hareketleri ile kontrol ederken kulaklık ve gözlük yardımıyla gerçek dünyadan apayrı, sanal bir ortamın içinde bulunmaktadır (Yılmaz ve Kaya, 2021). Sanal gerçeklikte görselliğin yanı sıra bu duruma eşlik eden sesler, hayal ürünü bir ortam var ederek semptomların gerilemesine büyük bir katkıda bulunmuş-

tur. Bu durum hastaların tüm kavram ve algılarını ekarte edip kendilerini yeni bir ortamdaymış hissiyle baş başa bırakmaktadır (Persky ve Lewis, 2019). Başa takılan kulaklık ve gözlük dışardan gelen tüm uyarılara ve seslere karşı yalıtım özelliği gösterdiği için hastalar kendilerini dışarıdan soyutlamış hissetmektedirler. Normalde duyması ve algılaması gereken semptomları sanal gerçeklik gözlük ve kulaklığı sayesinde minimal düzeye indirmiştir (Melillo vd., 2022; Persky ve Lewis, 2019). Chirico ve arkadaşlarının meme kanseri hastalarının kemoterapi sırasında anksiyete ve duygularını pozitif yönde geliştirmek adına kontrol grubuyla yapmış olduğu sanal gerçeklik ve müzik terapisi çalışma örneğinde sanal gerçekliğin kaygıyı belirgin şekilde hafiflettiği ve ruh halinde pozitif etki yaratmış olduğunu saptamışlardır (Chirico vd., 2020). Çin'in Pekin şehrinde kemoterapi sırasında oluşan anksiyete, depresyon ve kansere bağlı yorgunluk hissini yaşayan 50 over kanser hastası kadın üzerinde yapılan bir haftalık sanal gerçeklik uygulaması farkındalık eğitimi sonucunda anlamlı derecede bu semptomların iyileştiği tespit edilmiştir (Mao vd., 2023). Yapılan birden fazla sanal gerçeklik çalışmasında kemoterapi esnasında oluşan yorgunluk, kaygı bozukluğu, korku, ağrı ve depresyon gibi bulgular değerlendirilmiş, hastaların isteği üzerine çeşitli alanlarda videolar oynatılmıştır (ör. yemyeşil bir ormanda yürüme, deniz kenarında gezinti ve suyun derinliklerine dalıp denizin mavisıyla buluşma). Tedavi esnasında oluşan kaygı bozukluğu, depresyon, ağrı, senkop gibi bulguların sanal gerçeklik ile anlamlı derecede azaldığı tespit edilmiştir. Yapmış oldukları farklı bir çalışmada ilk kemoterapi küründe sanal gerçeklik kullanan hastaların ikinci kemoterapilerini alırken kontrol grubuna kıyasla daha az kaygı duydukları gözlenmiştir. Kişisel değerlendirmeye alınan hastaların çoğu sanal gerçeklik gözlüğünü keyifli olarak nitelendirerek tekrarını istediklerini bildirmişlerdir (Wolitzky vd., 2020; Atzori vd., 2018). Ürdün'de 80 meme kanseri hasta üzerinde yapılan randomize bir çalışmada sanal gerçeklik uygulamasının opioid türevi analjeziklerden daha etkili olduğu belirtilmiştir (Bani ve Ahmad, 2019). Menekli ve arkadaşları, 139 katılımcı ile yapmış olduğu randomize türdeki çalışmasında, port kateter implantasyonu esnasında kullanılan sanal gerçeklik gözlüğünün hastalar üzerinde oluşan ağrı, kaygı bozukluğu, kan basınçları, solunum hız ve derinliğinin azaltılmasında, kalbin yavaşlamasında ve SpO2 (kan oksijen doygunluğu) değerinin önemli derecede arttığı rapor halinde bildirilmiştir (Menekli vd., 2022).

Yapılan mevcut araştırmaların daha çok ağrılı işlemlerde (örn. invazif girişimler) duyuşal ve bilişsel değişimleri değerlendirmek üzere olduğu görülmektedir (Navarra V. vd., 2021 ; Feyzioğlu Ö. vd., 2020). Jinekolojik kanserli hastaların ağrı düzeyleri üzerine çalışılan son teknoloji sanal gerçeklik uygulamasının etkileri olumlu yönde rapor edilmiş olsada (Zeng vd., 2019; Bani ve Ahmad, 2019), jinekolojik kanserli hastaların komplikasyon ve semptom yönetiminde bu yöntemin bağdaştırıldığı sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu

nedenle daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Arden vd., 2020).

Sanal gerçeklik uygulamasının pozitif sonuçları, sağlık alanında uygulanabilen yeni teknolojilerin ilerlemesi ve pratiğine imkan verilerek kansere bağlı gelişen semptomların yönetilmesinde yeni non-farmakolojik tutumlar geliştirilmesine temel oluşturmuştur (Zeng vd., 2019).

HEMŞİRELİK BAKIMINDA SANAL GERÇEKLİĞİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

Sanal gerçeklik, sağlık alanında çalışan personele yeni tekniklerin uygulama aşamasında yardımcı olan, tedavi prosedürlerini ve sürdürülebilir yaşam faaliyetlerini (örn. semptomların hafifletilmesi veya giderilmesi vb.) desteklemeye yarayan yapay bir dünyanın yansımasıdır (Barteit vd., 2021; Siani ve Marley, 2021). Sanal gerçeklik deneyimi deneyimlemiş tıp ve hemşirelik alanında görev yapan katılımcıların çoğu, sanal gerçekliğin motive edici olduğunu; kaygı, depresyon ve stresi azalttığı konusunda pozitif geri bildirimlerde bulunmuşlardır (Barteit vd., 2021; Plotzky vd., 2021). Bu bağlamda hemşireler, hastaların tedavideki deneyimlerini iyileştirmek ve azaltmak adına sanal gerçeklik uygulamasını klinik uygulamaya dahil edip, hastalar için destekleyici bir terapötik ortam sunulmasına katkıda bulunabilir (Ganry vd., 2018; Wilson ve Scorsone, 2021). Böylece hastaların ilgi alanını yakalayarak, kısa veya uzun süreli semptomları hafifletmeye, aynı zamanda tedavi sürecine katılması için olumlu yönde motivasyonunu sağlamaya yardımcı olabilir (Geraets vd., 2019; Winter vd., 2021). Sanal gerçeklik umut verici bir yöntem gibi görülmekte uygulama esnasında ya da araştırmalar sırasındaki karşılaşılan gerçekler, beklenilenden farklı olabilir. Bazı hastalar sanal gerçekliğe ilgi, istek duyarken bazı hastalar şüpheyle yaklaşabilir veya kullanmayı reddedebilir (Spiegel vd., 2019). Bu nedenle sanal gerçeklik kullanımı kişinin ilgisine, kişilik özelliğine bağlı değişkenlik gösterebilir (Mosadeghi vd., 2016). Ayrıca uygulama esnasında bazı hastalarda baş ağrısı, gözlerde yorgunluk ve hassasiyet, mide bulantısı veya baş dönmesi gibi komplikasyonlar gözlenebilir. Bu durumda uygulamaya ara verilip hasta dinlenmeye alınmalıdır (Teskereci vd., 2020). Sanal gerçekliğin sağlık alanında etkin kullanılabilmesi; sanal gerçeklik uygulamasını hastalara tanıtabilmesi ve eğitebilmesi için hemşirelerin bu teknolojiye aşina olmaları gerekmektedir. Bu sebeple sanal gerçeklik gibi dijital sağlık teknolojilerinin kullanılabilmek adına bu konuda onları destekleyen etkin bir ortamın oluşturulması gerekmektedir (Buchanan vd., 2021). Sanal gerçeklik kullanımı esnasında hemşire, uygulamayı doğru ve etkin kullanmasının yanı sıra yalnızca semptomları yönetirken değil, müdahale konusunda da pratik olmalıdır. Hemşirelerin sanal gerçeklik uygulaması esnasında hastaların cihazları kullanırken cihazdan kaynaklanan fiziksel bir sorunun olup olmadığını değerlendirmesi gerekmektedir. Hemşire, oluşabilecek herhangi bir ayrı semptoma karşı önceden hazırlıklı olup bu durumu yönetebilmelidir (Birkhead vd., 2019). Uygulamaların hastalar için tatmin

edici bir sonuç verip vermediği gözlemlenmeli ve değerlendirilmelidir. Tüm hastaların sanal gerçeklik tabanlı tedavi ve semptom yönetimine eşit bir şekilde erişim sağlaması için özen gösterilmelidir.

SONUÇ

Jinekolojik kanserlerin tedavisine bağlı olarak oluşan semptomları yönetmek için geliştirilen sanal gerçeklik uygulaması, yapılan araştırmalar neticesinde kişilerin baş etme yeteneklerini, tedavideki uyum süreçlerini, yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir. Aynı zamanda kemoterapi sırasında oluşan kaygı, stres, yorgunluk, depresyon ve ağrı gibi semptomlar üzerinde faydalı yönde etkisi olduğu bildirilmiştir. Hastaların sanal gerçeklik uygulamasına olumlu baktıkları görülmektedir. Ancak jinekolojik kanser hastalarının semptom yönetimi için yapılan sanal gerçeklik uygulaması ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu derlemede jinekoloji alanında görev yapan sağlık personelinin yeni literatür ve teknolojiyi yakından takip ederek sanal gerçeklik uygulaması konusunda bilinçli olması gerektiğine değinilmiş, daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmüştür.

KAYNAKÇA

- Arden-Close, E., Mitchell, F., Davies, G., Bell, L., Fogg, C., Tarrant, R., ... ve Yeoh, CC (2020). Tekrarlayan yumurtalık kanserinde farkındalık temelli müdahaleler: karma yöntemli bir fizibilite çalışması. *Bütünleştirici kanser tedavileri*, 19, 1534735420908341.
- Austin, P., Lovell, M., & Siddall, P. (2019). The efficacy of virtual reality for persistent cancer pain: a call for research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(4), e11-e14.
- Atzori B, Hoffman HG, Vagnoli L, Patterson DR, Alhalabi W, Messeri A, et al. Virtual reality analgesia during venipuncture in pediatric patients with onco-hematological diseases. *Front Psychol*. 2018.
- Bani Mohammad E, Ahmad M. Virtual reality as a distraction technique for pain and anxiety among patients with breast cancer: A randomized control trial. *Palliat Supportive Care*. 2019.
- Barteit S, Lanfermann L, Bärnighausen T, Neuhann F, Beiersmann C. Augmented, Mixed, and Virtual Reality-Based Head-Mounted Devices for Medical Education: Systematic Review. *JMIR Serious Games* 2021 Jul 08;9(3):e29080
- Bekmezci E. ve Meram H. E. (2022). Jinekolojik Kanserlerde ERAS Protokolü Çerçevesinde Güncel Hemsirelik Yaklaşımı. *Journal of Nursology*, 25(2), 106-110.
- Beikmoradi A, Najafi F, Roshanaei G, Esmaeil ZP, Khatibian M, Ahmadi A. Acupressure and anxiety in cancer patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2015.
- Birkhead B, Khalil C, Liu X, Conovitz S, Rizzo A, Danovitch I, et al. Recommendations for Methodology of Virtual Reality Clinical Trials in Health Care by an International Working Group: Iterative Study. *JMIR Ment Health* 2019 Jan 31;6(1):e11973.
- Buchanan C, Howitt ML, Wilson R, Booth RG, Risling T, Bamford M. Predicted Influences of Artificial Intelligence on Nursing Education: Scoping Review. *JMIR Nurs* 2021;4(1):e23933.
- Cancer Key Facts, WHO Updated 03 Şubat 2022 <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>. (Erişim Tarihi: 5, Ocak, 2024).
- Cheung YT, Shwe M, Tan YP, Fan G, Ng R, Chan A. Cognitive changes in multiethnic Asian breast cancer patients: a focus group study. *Ann Oncol*. 2012;23:2547-2552. Crossref. PubMed. ISI.
- Chirico A, Maiorano P, Indovina P, Milanese C, Giordano GG, Alivernini F, et al. Virtual reality and music therapy as distraction interventions to alleviate anxiety and improve mood states in breast cancer patients during chemotherapy. *J Cell Physiol*. 2020.
- Chirico A, Lucidi F, De Laurentiis M, Milanese C, Napoli A, Giordano A. Virtual reality in health system: beyond entertainment. A mini-review on the efficacy of VR during cancer treatment. *J Cell Physiol*. 2016.

- Chow H, Hon J, Chua W, Chuan A. Effect of virtual reality therapy in reducing pain and anxiety for cancer-related medical procedures: a systematic narrative review. *J Pain Symptom Manage*. 2021.
- Cowan, R. A., Suidan, R. S., Andikyan, V., Rezk, Y. A., Einstein, M. H., Chang, K., ... & Chi, D. S. (2016). Electronic patient-reported outcomes from home in patients recovering from major gynecologic cancer surgery: A prospective study measuring symptoms and health-related quality of life. *Gynecologic oncology*, *143*(2), 362-366.
- Dünya'da Jinekolojik kanser türlerinin sıralaması nedir? (b.t.). World Health Organization. <https://gco.iarc.who.int/en>.
- Feyzioğlu Ö, Dinçer S, Akan A, Algun ZC. Is Xbox 360 kinectbased virtual reality training as effective as standard physiotherapy in patients undergoing breast cancer surgery? *Support Care Cancer*. 2020.
- Ganry L, Hersant B, Sidahmed-Mezi M, Dhonneur G, Meningaud J. Using virtual reality to control preoperative anxiety in ambulatory surgery patients: A pilot study in maxillofacial and plastic surgery. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2018 Sep;119(4):257-261.
- Geraets CN, Veling W, Witlox M, Staring AB, Matthijssen SJ, Cath D. Virtual reality-based cognitive behavioural therapy for patients with generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behav Cogn Psychother* 2019 Nov;47(6):745-750.
- Globocan. (2018). Cancer Data. Retrieved from <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>. ERİŞİM TARİHİ: 2 OCAK 2024.
- Göl ND, Aşilar RH. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. *GÜSB*. 2017; 6(1): 29-39.
- Gör A, Gönülay Z. Alternatif tedavi yöntemleri içerisinde kullanılan görsel sanatların kemoterapi alan hastaların kaygı düzeylerine etkisi. *AUJAD*. 2020.
- Gültekin M, Dündar S, Küçükyıldız I, ve ark. Survival of gynecological cancers in Turkey: where are we at? *J Gynecol Oncol*. 2017;28(6): e85.
- Izycki D, Wozniak K, Izycka, N. Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Prz Menopauzalny*. 2016.
- Janelins MC, Heckler CE, Peppone LJ et al. Cognitive complaints in survivors of breast cancer after chemotherapy compared with age-matched controls: an analysis from a nationwide, multicenter, prospective longitudinal study. *J Clin Oncol*. 2017;35:506-514. Crossref. PubMed.
- Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancerrelated pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2019.
- Mao, Wenjuan, Wenduo Chen, and Yanbo Wang. "Effect of virtual reality-based mindfulness training model on anxiety, depression, and cancer-related fati-

gue in ovarian cancer patients during chemotherapy.” *Technology and Health Care Preprint* (2023): 1-14.

Melillo, A., Chirico, A., De Pietro, G., Gallo, L., Caggianese, G., Barone, D., ... ve Giordano, A. (2022). Kanserden kurtulanlar için sanal gerçeklik rehabilitasyon sistemleri: literatürün anlatsal bir incelemesi. *Kanserler*, 14 (13), 3163.

Menekli, T., Yaprak, B., & Doğan, R. (2022). The effect of virtual reality distraction intervention on pain, anxiety, and vital signs of oncology patients undergoing port catheter implantation: a randomized controlled study. *Pain Management Nursing*.

Mohammad EB, Ahmad M. Virtual reality as a distraction technique for pain and anxiety among patients with breast cancer: a randomized control trial. *Palliat Support Care*. 2019.

Mosadeghi S, Reid MW, Martinez B, Rosen BT, Spiegel BMR. Feasibility of an Immersive Virtual Reality Intervention for Hospitalized Patients: An Observational Cohort Study. *JMIR Ment Health* 2016 Jun 27;3(2):e28

Navarra-Ventura G, Gomà G, de Haro C, et al. Virtual reality-based early neurocognitive stimulation in critically ill patients: a pilot randomized clinical trial. *J Pers Med*. 2021.

Okumuş H, Çiçek Ö, Tokat MA. Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg*. 2015.

Özdağ s, İnkaya B. Kanser hastalarının ağrı ve kaygı yönetiminde sanal gerçeklik teknolojisi kullanımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Derg*. 2021.

Persky S, Lewis MA. (2019). Advancing science and practice using immersive virtual reality: what behavioral medicine has to offer. *Trans Behavioral Med*. 2019.

Plotzky C, Lindwedel U, Sorber M, Loessl B, König P, Kunze C, et al. Virtual reality simulations in nurse education: A systematic mapping review. *Nurse Educ Today* 2021 Jun;101:104868.

Siani A, Marley SA. Impact of the recreational use of virtual reality on physical and mental wellbeing during the Covid-19 lockdown. *Health Technol (Berl)* 2021;11(2):425-435

Spiegel B, Fuller G, Lopez M, Dupuy T, Noah B, Howard A, et al. Virtual reality for management of pain in hospitalized patients: A randomized comparative effectiveness trial. *PLoS One* 2019;14(8):e0219115

Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.L.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; Jemal, A.; Bray, F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J. Clin.* 2021, 71, 209–249.

Teskereci, G., Öncel, S., & Arslan, Ü. Ö. (2020). Meslek edindirme kurslarındaki kadınların jinekolojik kanserler açısından risk faktörlerine ve erken uyarı belirtilerine göre değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(4), 229-238.

Türkiye’de en sık rastlanılan jinekolojik kanser türleri nedir? (b.t.). Sağlık Bakanlığı

Türkiye Kanser İstatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf.

- Yao S, Wang M. The impact of VR-CALM intervention based on VR on psychological distress and symptom management in breast cancer survivors. *Hindawi J Onco*. 2022.
- Yılmaz Koçak M, Kaya H. Akut ve kronik ağrı yönetiminde sanal gerçeklik uygulaması. *Selçuk Sağ. Derg*. 2021.
- Yiannakopoulou E, Nikiteas N, Perrea D, et al. Virtual reality simulators and training in laparoscopic surgery. *Int J Surg*. 2015.
- Youngjun, K., Hannah, K., Yong, O.K. (2017). virtual reality and augmented reality in plastic surgery: a review. *Arch Plast Surg*.
- Zeng Y, Zhang J, Cheng ASK, Cheng H, Wefel JS. Meta-analysis of the efficacy of virtual reality-based interventions in cancer-related symptom management. *Integr Cancer Ther*. 2019.
- Wilson K, Scorsone G. The Use of Virtual Reality Technologies to Reduce Anxiety and Improve Experience in Chemotherapy Patients During Treatment. *Front. Virtual Real* 2021 Jun 30;2:1-8.
- Winter C, Kern F, Gall D, Latoschik ME, Pauli P, Käthner I. Immersive virtual reality during gait rehabilitation increases walking speed and motivation: a usability evaluation with healthy participants and patients with multiple sclerosis and stroke. *J Neuroeng Rehabil* 2021.
- Wolitzky K, Fivush R, Zimand E, Hodges L, Rothbaum BO. Effectiveness of virtual reality distraction during a painful medical procedure in pediatric oncology patients. *Psychol Heal*. 2005; 2020
- World Cancer Report. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. Published by the International Agency for Research on Cancer, Lyon, France 2020.

BÖLÜM 4

TOPLUM RUH SAĞLIĞINDA STİGMATİZASYON, AYRIMCILIK VE ÖNLEME GİRİŞİMLERİ

Cesur BAŞAR¹



1. Stigma, Stigmatizasyon ve Ayrımcılık Kavramları

1.1. Stigma (Damga)/Stigmatizasyon (Damgalama):

Damgalanma tanımlanması zor bir kavramdır. Tarihsel olarak stigma, “utanç veya itibarsızlaştırma işareti” anlamına gelen Yunanca stigmata kelimesinden gelir; bir leke veya tanımlayıcı bir işaret veya özellik” (Merriam-Webster Dictionary, 1990, s. 506). Damgalama, akıl hastalığına gönderme olarak kullanıldığında, duyguları, tutumları ve davranışları içeren çok yönlü bir yapıdır (Penn & Martin, 1998). Damganın yapısı ve nasıl yapı sökülümüne uğratılabileceği ve tanımlanabileceği hakkında birkaç güncel teori vardır. Bu teoriler, sosyal kimlik, kendini damgalama ve yapısal damgalamayı içerir.

Sosyal kimlik teorisi, insanların farklı veya beğenilmeyen birini yargılamak veya etiketlemek için sosyal yapıları nasıl kullandıklarını ele alır. Toplumlar veya toplum içindeki büyük gruplar, insanları sosyal normlara uyup uymadıklarını belirlemek için değerlendirir. Sosyal kimlik, ilk kez Goffman (1963) tarafından yazılan bir kavramdır. Damgalanmış insanların toplum nazarında beğenilmediklerinde veya itibarsızlaştıklarında nasıl sanal bir sosyal kimlik oluşturduklarını ve daha sonra dışlandıklarını tartıştı. Bu, akıl hastalığı olan kişiler için geçerlidir çünkü tarihsel olarak akıl hastalığı bir karakter veya ahlaki kusur olarak görülmüştür. Bozulmuş kolektif kimlik terimi de Goffman tarafından damgalanmış ve bir bütün olarak kimliği sorgulanan insanları tanımlamak için türetilmiştir. Damgalanmayan bireyler de toplum tarafından yargılanmaktadır. Akıl hastalığı olan insanlar genellikle davranışlarına göre değerlendirilir, ancak bu onların bütün varlığını yansıtmaz. Kolektif kimliğinin bozulmasıyla, damgalanmış kişi, başkalarının zihninde bütün ve normal bir insandan, kusurlu, küçümsenen bir insana indirgenir. Crawford ve Brown (2002), damgalamanın, gerçek bir sosyal kimliğin toplumsal olarak tanımlanmış ideal bir kimlik karşısında yetersiz kalması durumunda ortaya çıktığı konusunda hemfikirdir.

İkinci damgalama teorisi, kendini damgalamadır. Kendini damgalama, insanların kendilerini yargıladıkları bir iç değerlendirme sürecidir. Bu yargı, toplumsal normlardan alınan mesajların bir sonucu olabilir, ancak nihai olarak, kendisine yönelik yargıyı yaratan bireydir. Bu yargı, bir kişinin kendisine başkalarının bir kişiye ve çevresine empoze ettiği beklentilere uymadığını veya bunları karşılayacak kadar yaşamak için yeterince iyi olmadığını söylediği için benlik saygısını azaltır (Blankertz, 2001). Öz-yeterlik, kişinin performans gösterebileceğine olan inancı üzerinde bir etkiye sahiptir ve sonuç olarak, öz-yeterlik zayıf olduğunda kişinin geleceğine olan güveni büyük ölçüde azalır (Blankertz, 2001). Bireyler kendilerini insanlıktan çıkaran bir kimliği içselleştirebilirler. Bireyler, kimlikleriyle ilgili sosyal normlara uygun yaşamadıklarında, aşağılık, kendinden nefret ve utanç duyguları yaşarlar (Lenhardt, 2004). Corrigan (2002) kendini damgalamayı, benlik saygısını

azaltan ve kişinin bağımsız yaşayıp yaşayamayacağına, bir işe sahip olup olmayacağına, geçimini sağlayıp sağlayamayacağına ve bir hayat arkadaşı bulup bulamayacağına dair kendinden şüphe duymasına neden olan kişisel bir utanç olarak tanımlamıştır.

Yapısal damgalama, Goffman'ın (1963) şımarık kolektif kimliğine benzer, çünkü toplumsal normlara dayalı bir kişinin dışsal bir değerlendirmesidir. Bu teori, bir kültürdeki damgalama sürecine ve damgalamanın bir sistem olarak nasıl çalıştığına daha derinlemesine bakar. Yapısal damgalama teorisi, akıl hastalığı olan insanlar için yaratılan somut engelleri tasvir eder. Johnstone'a (2001) göre, tüm eyaletlerin üçte biri ruh sağlığı teşhisi konan kişilerin seçmeli görevlerde bulunma veya jüri üyeliği yapma haklarını kısıtlamakta ve tüm eyaletlerin yarısı ruh sağlığı teşhisi konan kişilerin çocuk velayeti haklarını kısıtlamaktadır. Yapısal damgalama, akıl hastalığı olan kişilerin "normal" olarak kabul edilen insanların doğal kabul ettiği şeylere sahip olma haklarını inkar etmeye çalışan bir süreci tanımlar. Akıl hastalığı olan kişiler, öznelerarası dünyada işlevlerini veya yer duygusunu bulmakta zorluk çekebilirler (Johnstone, 2001). Başkalarıyla empatik ve destekleyici ilişkiler, mutluluk, katılımcı vatandaşlık ve iç huzuru bulma çabalarında da zorlanabilirler.

1.2.Damgalanma Süreci: Corrigan'a (2004) göre yapısal damgalama bir süreçtir. Süreç, (a) bir kişinin akıl hastalığına sahip olduğuna dair ipuçlarının tanınmasını, (b) klişelerin etkinleştirilmesini ve (c) o kişiye karşı önyargı veya ayrımcılığı içerir.

1.3.İpuçları: Bir ipucu, bir kişi hakkında farklı bir şeyin olduğunu fark etmeye yönelik sosyal bilişsel bir süreçtir. Bir işaret birkaç şekilde olabilir. İşaret, fiziksel veya gözlemlenebilir bir şey olabilir; örneğin, psikiyatrik bir semptom, sosyal becerilerde bir eksiklik veya fiziksel görünümdeki bir farklılık. Bir etiket veya psikiyatrik teşhis, spesifik olmayan bir etiket de dahil olmak üzere bir ipucu olarak da çalışabilir. Çoğu durumda, bir kişinin fiziksel değil zihinsel yönünü içerdiği sürece teşhisin ne olduğu önemli değildir; teşhisin kendisi bir ipucu görevi görür (Corrigan, 2004). Diğer araştırmalar, bazı psikiyatrik tanıların diğerlerinden daha güçlü bir ipucu olarak çalıştığını göstermektedir. Örneğin, psikotik tanıları, duygudurum bozuklukları tanılarına göre daha fazla damgalamaya sahiptir (Granello & Wheaton, 2001). Bunun, duygudurum bozukluklarının kültürümüzde daha yaygın ve kabul edilebilir olmasından mı, yoksa psikotik belirtilerden genellikle korkulması ve kabul edilebilir davranış normlarından daha uzak olmasından mı kaynaklandığı açık değildir.

1.4.Stereotipler(Klişeler): Bir kişiye, bir bireyde farklı bir şey olduğu ipucu verildikten sonra, o kişinin düşünce sürecinde stereotipler harekete geçer. Stereotipler, bir sosyal grubun çoğu üyesi tarafından öğrenilen bilgi yapıları olarak tanımlanmaktadır (Corrigan, 2004; Lenhardt, 2004). Araştırmaya

göre, klişeler, bu insanları kategorize etmek için kullanılan bir grup insan hakkında toplu olarak üzerinde anlaşmaya varılan kavramlardır (Krueger, 1996). Birisi bir grup insan hakkında klişelere sahip olsa bile, onlara inanmayabilir veya bu idealleri desteklemeyebilir. Birisi olumsuz bir klişeyi onayladığında, önyargı denen şeyi üretiyor demektir.

1.5.Ön yargı: Önyargı, stereotiplere verilen bilişsel ve duygusal tepkilerin bir sonucudur. Yaygın bir duygusal tepki, savunmacı bir duygu olarak kabul edilen refleksif tiksindir. Sıklıkla tiksintiye, bulaşma korkusu ya da kabul edilemez ya da saldırgan olarak değerlendirilen bir şeyden kaçınma isteği eşlik eder (Brockington, Hall, Levings, & Murphy, 1993; Corrigan ve diğerleri, 2001). İlk dönüşlü tepkiden sonra, bilişsel ve kurallara dayalı bir süreç devreye girer. Kural tabanlı süreç, beklenen sosyal etkileşimlerden ortaya çıkan kurallara dayalıdır. Kurala dayalı sistem, bireyin refleksif ve sonraki tepkilerinde ayarlamalar yapmasına izin verir. Bu süreç kapatılıp açılabilir ve başlangıçtaki iğrenme tepkisinin yerini acıma veya nezaketle alabilir. Önyargıyı kontrol etmek için güçlü bir iç motivasyona sahip olan insanlar, bunu kontrol etmek için zayıf dış motivasyonlarla birleştğinde, örtük ölçümlerde daha az ırk yanlılığı gösterirler (Pryor ve diğerleri, 2004). Kural tabanlı sistem devreye girmezse önyargı sonucu daha fazla duygu oluşur. “Onlardan nefret ediyorum” veya “tehlikeliler ve onlardan korkuyorum” gibi ifadeler, hedeflenen bir gruba yönelik güçlü duyguların yaygın örnekleridir. Önyargı daha sonra ayrımcılığa yol açar.

1.6.Ayrımcılık:

Ayrımcılık, önyargı tarafından üretilen duygu ve inançlara davranışsal bir tepkidir. Birini ya da bir şeyi damgalamaktan kaynaklanan duygusal bir tepki vardır. Örneğin korku güçlü bir duygudur ve bu tepki davranışsal bir tepkiye yol açar. Örneğin, sosyal mesafe korkuya verilen yaygın bir tepkidir (Corrigan ve diğerleri, 2001).

Akıl hastalığına karşı ayrımcılığı destekleyen temeller arasında, inanç sistemlerinin derinden kökleşmiş olması ve genellikle korku, cehalet ve hoşgörüsüzlük gibi toplumsal tutumlarla yapısal olarak güçlendirilmesi yer alır (Johnstone, 2001). Toplumun akıl hastalığı hakkında sahip olduğu inanç sistemleri o kadar derine yerleşmiştir ki, birisi akıl hastası bir kişiyle etkileşime girdiğinde, bilişsel süreçleri genellikle sosyal ilişkiyi bozarak bilinçli ve bilinçsiz davranışlara yol açar. İnsanların baktığı mercek, belirli koşulları hem görmeyi hem de görmezden gelmeyi kolaylaştırır (Lenhardt, 2004).

Ayrımcılık, çoğunluk grubu ve damgalanmış grup için farklı yönleri içerir. Çoğunluk grubu tarafından sergilenen davranışlar, damgalanmış gruba karşı olumsuz, çoğunluk grubu için olumlu eylemlerle sonuçlanır. Çoğu zaman, olumlu eylem, daha önce çoğunluk grubu tarafından sahip olunan inançları ve basamaklıları pekiştirir, böylece gruplar arasında engeller yaratır. Kaçın-

ma, çoğunluk grubunun yapabileceği yaygın bir eylemdir. Kaçınma ile damgalanmış grup, dış grup haline gelir (Blankertz, 2001).

Ayrımcılık veya belirli önyargı davranışları, ruh sağlığı bağlamında uzun bir geçmişe sahiptir. 19. yüzyılda insanlar Ellis Adası'na vardıklarında, yetkililere göçmenlerin delilik belirtileri gösterip göstermediğine karar vermeleri için birkaç saniye verildi. Göçmenlerin “deli” oldukları düşünülürse, deliliğin “işaretlerine” ilişkin resimli bir rehberle dayanan testlere tabi tutuldular. Bu işaretler, aslında kişi Fransızken İrlandalı gibi davranmak gibi davranışları içeriyordu. Deli olduğu tespit edilen kişiler ülkelerine geri gönderilmiştir (Sayce, 1998). Ayrımcılık, ruhsal hastalığı olan kişiler üzerinde etkili olan olumsuz unsurların başında gelmektedir.

2. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık

Dünyadaki her dört kişiden biri, yaşamları boyunca akıl hastalığından etkilenen ve bu durum ruhsal bozuklukları dünya çapında engelliliğin önde gelen nedeni olarak göstermektedir (Dünya Sağlık Örgütü [WHO], 2001a). Küresel olarak tahminen 264 milyon insan depresyondan etkileniyor, 45 milyon insan bipolar bozukluktan etkileniyor ve 20 milyondan fazla insan şizofreniden muzdarip (Cooper, 2018). Ruhsal bozukluklar, düşünceleri, duyguları, davranışları ve başkalarıyla ilişkileri değiştiren geniş bir sorun yelpazesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2012). Akıl hastalığı, nedeni açısından iyi anlaşılmamıştır; ancak ruhsal bozuklukların belirtileri bilimsel olarak geçerlidir ve Diagnostic Statistics Manual-5'te (DSM-5) (Grohol, 2018) ana hatlarıyla belirtilmiştir. Akıl hastalığı olan pek çok kişi için, damgalama veya ayrımcılık, bu nüfusun bakım almasına ciddi engeller oluşturur. DSÖ (2001b), damgalamayı akıl hastalığıyla yaşayanlar için “utanç, rezalet veya onaylamama işareti” olarak tanımlar. Toplumun diğer üyeleri tarafından hastalara algılanan ruhsal hastalık veya fiziksel yetersizlik nedeniyle damgalama yapıştırılabilir. Damgalama ve ayrımcılık, bireyin yaşamının tüm yönlerini etkileyebilir. Yüksek düzeyde damgalanma, kişilerin ruh sağlığı sorunlarını karmaşıklatabilmekte, olumsuz tutumları artırmakta, onlara karşı ayrımcı davranışlara neden olmakta, iyileşme ve normal yaşama dönme şanslarını azaltabilmektedir. Çeşitli faaliyet ve hareketlerin damgalanmasına rağmen, damgalanmış tutumlar hala mevcuttur. Ruhsal hastalığı olan kişiler damgalanmayı toplum, aile, iş arkadaşları ve ruh sağlığı hizmeti sağlayıcıları gibi farklı kaynaklardan edinirler. Araştırmalar, damgalama sıklığının ülkeler arasında değiştiğini ve son yıllarda arttığını göstermektedir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanma kurbanı olma olasılığı, fiziksel hastalığı olanlara göre çok daha fazladır. Akıl hastalarına ilişkin damgalama ve ayrımcılık, etkili bakım ve tedavinin geliştirilmesinin önündeki en büyük engeldir. Tıbbi herhangi başka bir hastalığı olan psikiyatri hastalarında ölüm oranları diğer hastalara göre daha yüksektir. Araştırmalara göre, akıl hastalarının düşük kaliteli tıbbi bakımlara daha yatkın olduğu ve tıbbi bakım arayanların

%40'ının yeterli hizmet almadığı görülmektedir (Ebrahimi, H. ve ark. 2017). Akıl hastalığı olanların yaşadığı damgalama ve ayrımcılık, bakıma erişimde engeller oluşturmaktadır (CMHA, 2020b). Ruh sağlığı hastalarını beceriksiz, öngörülemez, yıkıcı, zor ve şiddetli olarak klişeleştiren sağlık profesyonelleri tarafından bakım daha da tehlikeye atılır (Brunero & Lamont, 2016).

2.1.Damgalamanın Nedenleri

Ruhsal hastalığa yönelik damgalamanın nedenleri bireysel, kültürel, toplumsal ve politik olabilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı hissedilen korku, bilinen yanlışlar ve hastalığın geçmeyeceğine dair yanlış inanışlar damgalamaya sebep olur (Taşkın, E.O. 2008). Damgalamanın birçok nedeni vardır. Bunlar arasında;

- * Batılılaşmanın getirdiği toplumsal değişiklikler,
- * Medyada yapılan ve yayımlanan programlar,
- * Farklı eğitim düzeyleri,
- * Ruhsal hastalığın toplumdaki dağılımı ve buna bağlı gelişen hoşgörü düzeyi,
- * Ruhsal hastalıkların hastalık olarak algılanmaması,
- * Ruhsal bozukluğu olan hastaya karşı duyulan korku ve olumsuz inançlar sayılabilir. (Bilge ve Çam 2010)

2.2.Damgalama Kimler Tarafından Gerçekleştirilir?

amgalama sadece hasta bireyi tanımayan bireyler tarafından yapılmaz, hastanın tanıdıkları ailesi hatta kendisi bile damgalama yapabilir. Ayrıca ruhsal hastalıkları tedavi eden birimlerde çalışanlar, genel hastanelerde çalışan sağlıkçılar tarafından da damgalama yapılabilir.

Hekimlerin damgalama durumlarının araştırıldığı bir çalışmada diğer alanlara oranla psikiyatri hekimlerinin daha fazla damgalama yaptıkları bulunmuştur (Ulutaş ve ark 2019).

Üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmalarda vakıf üniversitesinde okuyan bireylerin devlet üniversitesinde okuyan bireylere göre daha fazla damgalama eğilimlerinin olduğu, benlik saygısı düşük olan bireylerin damgalama eğilimi puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Sevim 2018). Yine bir başka araştırmada cinsiyet ve damgalama arasında anlamlı etkilerin olduğu ortaya konulmuştur. Genellikle erkek öğrencilerin daha fazla damgalama eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. (Kayma ve ark 2020, Köşger ve Altınöz 2019, Sevim 2018).

Damgalamayı yordayan diğer faktörler ise bireyin kendisinin ya da bir yakınının psikiyatrik hastalığının bulunmasıdır. Bu kişiler daha az damgalama düzeyine sahiptir (Köşger ve Altınöz 2019).

2.3. Damgalanan Hasta Neler Yaşar?/Damgalamanın etkisi

Damgalama sürecinden kaynaklanan ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik engeller ve olumsuz tutumlar onları büyük ölçüde etkiler. Genellikle günlük aktivitelerle uğraşırken tehlikeye girerler. Olumsuz geri bildirimleri duyduktan ve olumsuz eylemlere maruz kaldıktan sonra, kendilerini olumsuz olarak görmeye başlarlar. Akıl hastalığı teşhisi konan kişiler, damgalanmanın yarattığı baskı ve olumsuz beklentiler altında yaşayarak öz-imaglarının ve güvenlerinin feda edildiğini fark ederler.

Önyargılı davranış üreten damgalama süreci, yapısal damgalamaya katkıda bulunur. Spesifik olarak bir kültür olarak, akıl hastalığı olan insanları tehlikeli ve şiddetli olarak algılamak normatif bir davranıştır. Önyargılı davranışlara yönelik bu kültürel normun akıl hastalığı olan insanlara karşı önyargıyla sonuçlandığı pek çok alan vardır. Aşağıdaki alanlar, yapısal damgalamanın akıl hastalığı olan kişiler üzerindeki etkisinin örnekleridir: istihdam fırsatlarının olmaması; yeterli barınak bulma konusundaki sınırlamalar, ruh sağlığı uzmanlarının olumsuz tutumları dahil olmak üzere tedavi hizmetleri almanın önündeki engeller; ve akıl hastalığı olan kişilerin olumsuz imajını sürdürmede medyanın rolü.

Vatandaşların akıl hastası olarak etiketlenen kişileri işe alma olasılığı daha düşüktür (Bordieri & Drehmer, 1986). İşverenler genellikle akıl hastalığı olan kişilerin yok, tehlikeli veya tahmin edilemez olabileceğini varsayarlar (Green, Hayes, Dickinson, Whittaker ve Gilheany, 2003). Bir tür kendi kendini gerçekleştiren kehanet olarak, bu tür bir damgalanma yaşayan insanların daha fazla somatik semptomlar yaşaması alışılmadık bir durum değildir.

Kişinin ruhsal sorunlarındansa karın ağrısı ve yorgunluktan bahsetmesi daha kabul edilebilirdir (Wolport, 2001). İşverenlerden ve çalışma arkadaşlarından gelecek olumsuz tepkilerin beklentisi, akıl hastalığı olan kişilerin sosyal veya mesleki işlevselliklerinden geri çekilmelerine veya bunları sınırlamalarına da neden olabilir (Alexander & Link, 2003). Araştırmacılar, insanların akıl hastası olarak etiklendikten sonra, aynı psikiyatrik sorunları olan ancak bu sorunlara sahip olduğu belirlenmemiş insanlardan daha az istihdam edilme ve daha az kazanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu araştırma, tek başına etiklemenin, kişinin belirli bir iş için yeteneği, bilgisi, eğitimi veya nitelikleri dikkate alınmaksızın istihdam fırsatlarını etkileyebileceğini göstermektedir (Link, 1987).

Ev sahipleri, akıl hastalığı olan kişilere, işverenlerin tutum ve davranışlarına benzer bir şekilde yanıt verebilir. Akıl hastası olarak etiketlen-

miş birine daire kiralama olasılıkları daha düşüktür (Page, 1995). Corrigan, Watson ve Ottati'nin (2003) tanımladığı şekliyle kontrol edilebilirlik, akıl hastalığı olan kişilere yönelik ayrımcılık eylemlerinin anahtarı olabilir. Kontrol edilebilirlik, kişinin bir durumda sahip olduğu irade miktarı olarak tanımlanır. Örneğin, bir ev sahibi, bir akıl hastalığını, kişinin üzerinde kontrol sahibi olduğu bir şey veya olumsuz davranışın bir sonucu olarak algılayabilir. Ev sahibi, akıl hastalığının zayıf ahlaki karakter gibi içsel bir şeyden geldiğine inanabilir ve bir kira kontratını kabul etme olasılığı daha düşük olabilir.

Damgalanmanın ruhsal hastalığı olan kişileri etkilemesinin bir başka yolu da tedavi hizmetlerine ulaşmada karşılaştıkları engellerdir. En yaygın engeller, tedavi için ödeme yapma, tedaviye başlama ile ilgili mali zorluklar ve akıl sağlığı profesyonellerinin akıl hastalığı olan kişilere yönelik olumsuz tutumlarını içerir (Simmons, 2001).

Mali engeller hizmetlere erişimi zorlaştırabilir. Daha önce de belirtildiği gibi, bir kişinin akıl hastalığı varsa, işverenler tarafından kendisine dayatılan damgalama nedeniyle iş bulmakta zorlanabilir. Ayrıca, bir işte kalmayı zorlaştıran semptomlarıyla ilgili zorluklar yaşayabilirler. Ayrıca, kaynak eksikliği ve devam eden bütçe kesintileri, bir kişinin kapsamlı hizmet almasını neredeyse imkansız hale getirebilir. Bu tür mali kısıtlamalar aynı zamanda akıl sağlığı merkezlerinde genellikle yetersiz personel ve düşük ücret ödenmesi anlamına gelir; bu nedenle hayal kırıklıkları damla damla akar ve bazen topluluk üyelerine sunulan hizmetleri sağlayanların tutumlarına yansır.

Aklık hastalığı olan kişiler hizmetlere erişmekte ve hizmetlerden yararlanmakta zorlanabilirler. Hem sağlayıcılardan hem de aile ve arkadaşlar gibi diğer destek sistemlerinden gelen desteği asgari düzeyde algılayabilirler. Bu algılanan destek eksikliği genellikle depresyon semptomlarının artmasına neden olur (Mickelson, 2001).

Aklık sağlığı uzmanlarının akıl hastalığı olan birine karşı tutumları hem damgalamayı sürdürebilir hem de tedavi görmeyen önünde yeni engeller yaratabilir. Stigma, akıl hastalığı olan kişilere yardım sunması beklenen akıl sağlığı alanındaki kişilerden kaynaklanabilir. Akıl sağlığı disiplinlerindeki iyi eğitilmiş profesyonellerin çoğu, akıl hastalığı hakkında genel halkla aynı klişeleri paylaşmaktadır (Corrigan, 2002). Tarihsel olarak, bu ruh sağlığı alanında pek değişmedi. Profesyonellerin hastalar hakkında konuşma ve vakaları kavramsallaştırma biçimlerine yansıyan kavramlar, son 2 yılda danışanları karakterize eden olumsuz fikirlere çok benzer. Hastaların genellikle yetersiz olduğu düşünülür. Bu tutum, psikiyatri hastalarına ilişkin tarihsel tutumlara benzer (Crawford ve Brown, 2002). Cook, Jonikas ve Razzano (1995) genel olarak halkın, akıl sağlığı uzmanlarına göre akıl has-

talığı olan kişilerin tedavi sonuçları hakkında daha iyimser görüşlere sahip olduğunu bulmuşlardır. Jorm ve ark. (1999), ruh sağlığı profesyonellerinin sahip olduğu tutumların, profesyonellerin danışanlarla olan kişisel çalışma deneyimlerinden ve mesleğin ve birlikte çalıştıkları profesyonellerin baskın tutumlarından etkilendiğini ileri sürmüştür. Mesleki temas, akıl hastalığıyla ilgili genel tutumları geliştirebilir, ancak bu tür temas, prognozu ve uzun vadeli sonuçları tahmin etme konusundaki olumsuz tutumları değiştirmede yardımcı olmadı (Cook ve diğerleri, 1995). Ne yazık ki, bu olumsuz tutumlar danışanlara ve ailelerine aktarılabilir ve onların sonuç beklentileri üzerinde etkili olabilir (Hugo, 2001). Korku, ruh sağlığı uzmanları tarafından bu popülasyonla ilgili olarak bildirilen en yaygın duygudur. Diğer bazı ikincil duygular arasında hoşlanmama, ihmâl ve öfke sayılabilir (Penn & Martin, 1998). Korku o kadar güçlü bir duygudur ki, hastaların davranışlarını ve semptomlarını etkileyen daha fazla etiket oluşturarak damgalamayı sürdürebilir.

2.4. Medyanın Damgalama ve Ayrımcılık Üzerine Etkisi

Basının psikiyatriyi tanımlaması genel anlamda olumsuzdur. Basılı/online yayın organları ve filmler sık sık psikiyatrik tedavi veren hastanelere dair olumsuz bir görüntü yansıtır. Bu görüntüler hızlıca psikiyatrinin hastasından hekimine her alanına genellenir ve psikiyatrinin olumsuz imajını daha da artırır. Buna karşılık olarak modern toplum ruh sağlığı merkezlerine yönelik haberler çok nadir basında yer bulur. Hastaların zorunlu tedaviye ilişkin görüşleri özgürlüklerini kısıtlayacağı için olumsuz yönde olurken, zorunlu yatış alan bireylerin görüşleri ise olumlu yönde olduğu belirtilmiştir. (De Toledo Piza Peluso ve Blay 2009).

Ayhan ve Seki Öz (2020) yılında yaptıkları araştırmada ulusal basında yer alan şizofreniye yönelik haberleri incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre gazete başlıklarında olumsuz duygu, suç ve şizofreninin mecazi anlamda kullanıldığı, bu haberlerde sıklıkla cinayet, korku, katliam gibi kelimelerin yer aldığı ortaya konmuştur. Özetle şizofreni ile ilgili haberlerin daha çok suç içeriği barındırdığı, olumsuz duygu tonu ile verildiği ve başlığının “cinayet” olduğu, haberlerin olumsuz içerikleri ile şizofreninin olumsuz algılanmasına ve damgalanmasına da katkı sağladığı ifade edilmiştir.

Yapılan bir diğer çalışmada psikiyatri hastalarına yönelik yapılan gazete veya online ortamdaki haberlerin neredeyse tamamının olumsuzluk barındırdığı, tüm haberlerin damgalayıcı unsurlar içermemesine rağmen üçte ikisinde kullanılan görüntülerin damgalayıcı unsurlar içerdiği bulunmuştur (Acı ve ark. 2020).

3. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılığın Önleme Girişimleri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Damgalama ile Mücadeleye Yönelik Ülkemizdeki Çalışmalara Baktığımızda;

Tıp fakültesi öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada psikiyatrik film izletilmiş ve şizofrenisi olan bir hastayla bir araya getirilerek hastalığa dair görüşmeler yapılması sağlanmıştır. Bu çalışmada öğrencilerin şizofreni hastalığına karşı tutumunu değiştirmiş, sosyal mesafe azalmış ve hastayı daha fazla kabul ettikleri görülmüştür.

Lise öğrencilerine verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin öğrencilerin hastalıklara yönelik inançlarına ve hastalara olan mesafelerine olumlu anlamda etkileri olmuştur (Oban ve Küçük 2012, Koyak ve Ark. 2020).

Gökmen ve Okanlı (2017) yılında yapılan araştırmada bakım elemanlarına verilen psikoegitimin sonucunda şizofreniye yönelik olumsuz düşüncelerinin azaldığı ve olumlu düşüncelerinin arttığı tespit edilmiştir.

İnan ve ark (2020) tarafından yapılan bir diğer çalışmada hemşirelik öğrencilerine verilen damgalamayla mücadele eğitim programının öğrencilerin farkındalıklarını artırdığı, öğrenciler mücadelenin bir parçası olmaya istekli ve gönüllü olduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmalar bağlamında sadece damgalama ile mücadeleye yönelik eğitim verilmesinin yanı sıra aynı zamanda psikiyatri hastalarıyla olan temasın artırılması, medyanın damgalama ile mücadele faaliyetlerinde yer alması damgalama ile mücadele etmemizde önemli yer tutacaktır.

4. Stigmayı azaltmaya yönelik bazı programlar

•Yeni Zelanda'dan Like Minds, Like Mine programı: dünyanın en uzun süredir devam eden damgalama azaltma programlarından biridir (Thornicroft, G. 2022).

•Avustralya'da Batyr: genç PWLE tarafından yaratılıp işletiliyor ve diğer gençlere dağıtılıyor (Thornicroft, G. 2022).

•Hindistan'da SMART Mental Health: düşük kaynak ortamında çalışır, yenilikçi multimedya yaklaşımları kullanır, kesitsel ve boylamsal değerlendirmelere sahiptir ve şu anda ölçeği büyütülme sürecindedir (Thornicroft, G. 2022).

•Nepal'deki Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları Arasında Damgalamayı Azalt-

ma (RESHAPE) projesi: birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki damgalamayı azaltmak için deneyimlere sahip insanları dahil etmeye yönelik yenilikçi bir görsel anlatım tekniğini (PhotoVoice) vurgulamaktadır (Thornicroft, G. 2022).

- Çin'deki Guangzhou Ruh Sağlığı programı: başlangıçta toplum ruh sağlığı personeli için eğitim sağladı ve daha sonra bakım görevlileri ve şizofreni hastaları için genişletildi (Thornicroft, G. 2022).

- Küresel Programı Değiştirme Zamanı ve Damgalamayı Anlama ve Bilişsel Davranışsal Kişilerarası Becerileri Güçlendirme (CBIS) programı (Pan Amerikan Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde Opening Minds tarafından yürütülen): LMIC'lerde yeni başlatılan girişimlere HIC'ler (Thornicroft, G. 2022).

- Çek Cumhuriyeti'ndeki Düzeyde programı: daha geniş bir ruh sağlığı reformu bağlamında başlatılmıştır ve ruh sağlığı sistemlerinde reform yapan diğer ülkeler için bilgilendirici olabilir (Thornicroft, G. 2022).

- Kanada'daki Working Minds programı (Opening Minds tarafından yürütülen): uzun vadeli sürdürülebilirliği sağlamak için kaynak üretebilen bir program örneğidir (Thornicroft, G. 2022).

- Liberya'daki Carter Center Akıl Sağlığı programı: gazetecileri hedefleyen ve düşük kaynak ortamında uygulanan bir program örneğidir (Thornicroft, G. 2022).

- İngiltere'deki Değişim Zamanı programı: dünyanın en yoğun araştırılan ulusal damgalama karşıtı programlarından biridir (Thornicroft, G. 2022).

Not:HIC'ler=yüksek gelirli ülkeler. LMIC'ler=düşük gelirli ve orta gelirli ülkeler. PWLE=akıl sağlığı koşullarıyla ilgili yaşanmış deneyime sahip kişiler. SMART=sistemik tıbbi değerlendirme, sevk ve tedavi.

Kendi kendine stigmatı azaltmak için yapılan bazı programlar:

Healthy Self-Concept: McCay ve ark. (2006) ve McCay ve ark. (2007), Sağlıklı Benlik Kavramı modeli, 12 haftalık, manüelleştirilmiş, grup temelli bir müdahaledir ve özellikle şu özelliklere sahip bireylere odaklanır: yakın zamanda ilk psikotik dönemini yaşayanlar. Grup toplantıları iki profesyonel grupla 90 dakika süren kolaylaştırıcılar ve kabaca beş grup üyesi katılıyor. Grup toplantılar "standartlaştırılmış bir formatı" takip ediyor olarak tanımlanmaktadır. Grup modelinin teorik temelleri McCay'in makalelerinin hiçbirinde açıkça tartışılmasa da, esasen türetilen "grup süreci" unsurları ile psikoeğitimsel grup terapisi yaklaşımları, özellikle "paylaşma, özgecilik ve grup öğrenmesi" olan beş konu vardır: " (a) hastalık deneyimine ilişkin ki-

şisel olarak kabul edilebilir bir yorum geliştirmek, (b) kendini damgalama tutumlarını en aza indirmek, (c) azaltmak yutulma, (d) bir gelecek duygusu, umutlar ve hayaller geliştirmek ve (e) her biri için bireysel anlamlı yaşam hedefleri geliştirmek ve peşinden gitmek” (Yanos, PT. ve ark. 2015).

Self-Stigma Reduction Program: Fung ve ark. (2011), Kendini Damgalamanın Azaltılması Program, grup (12 seans) ve bireysel (dört seans) formatları oturumlarının her ikisini de kullanan 16 haftalık, manuel bir müdahaledir. Kendini Damgalamayı Azaltma Programı, kendini damgalayan bireylerin kendilerini damgalama olasılığının daha yüksek olduğu teorik bir çerçeveye dayanmaktadır. Program psikoeğitim de dahil olmak üzere bir dizi farklı strateji, bilişsel-davranışçı terapi (BDT), motivasyonel görüşme (MI), sosyal beceri eğitimi, hedef belirleme ve eylem planlama, bir dizi grup oturumuyla ele alınır (Yanos, PT. ve ark. 2015).

Ending Self-Stigma (ESS): ESS, birkaç yıl içinde bir grup klinik ve ruh sağlığı hizmetleri araştırmacıları, bazıları yaşam deneyimine sahip akıl hastalığı ve çoğu ruh sağlığı sağlama deneyimine sahip bakım. Erken katılımcılar ayrıca müdahalenin gözden geçirilmesine yardımcı oldu. Kendini damgalamayı yaygın ve kaçınılması zor bir sonuç olarak çerçevelemek ve tekrar tekrar toplumsal önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmanın bir sonucu olarak, ESS katılımcılara bir dizi kendini damgalamayı azaltmak için öğrenebilecekleri ve kullanabilecekleri stratejiler zararlı etkileri öğretti. ESS müfredatının teorik temelleri çeşitlidir, amaç müfredatı çok çeşitli öğrenciler için faydalı hale getirmek olduğundan, bireyler ve kendini damgalamanın birçok yönünü ele almak mümkün. Toplumsal ve toplumsal araştırmalardan elde edilen ilke ve stratejileri kullanarak akıl hastalığı ve diğer marjinal kimliklerle ilgili kendini damgalama (içselleştirilmiş ırkçılık, homofobi, yetenekçilik, cinsiyetçilik) ortadan kaldırmayı, güçlendirmeyi ve iyileşme paradigmalarını içeren bilişsel-davranışçı terapi ve psikoeğitimdir (Yanos, PT. ve ark. 2015).

Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT): NECT, yapılandırılmış, manuel tabanlı bir grup müdahalesidir. Her biri yaklaşık 60 dakika uzunluğunda olan toplam 20 seanstan oluşur. Psikoeğitim programıdır (Yanos, PT. ve ark. 2015).

Coming Out Proud (COP): Gururla Çıkmak, ilk olarak Corrigan ve arkadaşları tarafından tanımlanan daha yeni bir müdahale yaklaşımıdır. Yukarıda açıklanan diğer yaklaşımlardan öncelikle akıl hastalığı olan kişileri keşfetmeye ve düşünmeye teşvik etmeye odaklanmasıyla farklıdır (Yanos, PT. ve ark. 2015).

Anti-Stigma Photovoice Intervention: Russinova ve diğerleri tarafından açıklandığı gibi. (2014), 90 dakikalık oturumlarda verilen 10 hafta-

lık grup tabanlı bir müdahaledir. Müdahalede oturumlarda, “akıl hastalığı hakkındaki klişelerin onaylanmasını azaltmak için tasarlanmış deneysel alıştırmalar” ile bütünleştirilmiş “damgalama hakkında psikoeğitim” vardır. Spesifik olarak, katılımcılara foto-ses metodolojisini kullanmaları öğretilir. Nesnelere veya olayları fotoğraflamak için kameraların kullanılmasını içerir. Fotoses metodolojisi, güçlendirmeyi amaçlayan bir araştırma metodolojisi olarak ortaya çıkmıştır. Katılımcıların kişisel ve topluluk güçleri üzerinde derinlemesine düşünmeleri için “eleştirel bir diyalog” yaratmak bu yaklaşımda bir müdahale modeli olarak uyarlanmıştır (Yanos, PT. ve ark. 2015).

5. Öneriler

Damgalama ile mücadele sadece bireylere yönelik eğitimler olarak yapılmamalı aynı zamanda kişilerarası ilişkileri düzenleme, gerekli politikaları oluşturma, var olan mevcut yasaları düzenleme gibi adımlarla gerçekleştirilmelidir.

Psikiyatrik hastalığa ve hasta kişilere yönelik tutumların, yanlış inançların ve önyarguların değişmesi toplumda yer alan bireylerin eğitilmesiyle sağlanabilir. Toplumdaki anahtar rolü üstlenen kişilerin hastalıklar ve hastalar hakkında doğru bir biçimde bilgilendirilmesi hastaların damgalanmasını ve buna bağlı ayrımcılığı önlemede en etkili yöntem olarak düşünülebilir.

KAYNAKÇA

- Acı O.S., Ciydem E., Bilgin H, Ozaslan Z, Tek S. (2020). Turkish newspaper articles mentioning people International Journal of Social Psychiatry
- Alexander, L. A., & Link, B. G. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes towards people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12, 271–289.
- Altınöz A.E. Köşger F. Eşsizoğlu A. (2019) Obsesif kompulsif bozuklukta seçici dikkat, bilişsel esneklik, yanıt inhibisyonu ve zihin kuramı işlevleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*; 20(1):47-53
- Angermeyer MC and Matschinger H. Social distance towards the mentally ill:Results of representative surveys in the Federal Republic of Germany.*Psychol Med* 1997; 27: 131-41.
- Ay KM, Özel F, Ulutaş S, Yıldız NS Ve ark. (2019) İstanbul'da Bir Tıp Fakültesinde Görev Yapan Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. 3.International 21.National Public Health Congress, 3.International 21.National Public Health Congress.
- Ayhan, D. & Seki Öz, H. (2020). Türk ulusal gazete haberlerinde şizofreniye yönelik damgalama. *Turkish Studies*, 15(7), 2783-2794. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.45448>.
- Bilge, A. ve Çam, O., (2010) Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele, TAF Preventive Medicine Bulletin,: 9(1):71-78
- Blankertz, L. (2001). Cognitive components of self-esteem for individuals with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 99–106.
- Bordieri, J., & Drehmer, D. (1986). Hiring decision for disabled workers: Looking at the cause. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 197–208.
- Brockington, I., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93–99.
- Brunero, S., & Lamont, S. (2016). Challenges, risks and responses. In R. Elders, K. Nizette, & A. O'Brien (Eds), *Psychiatric and mental health nursing* (pp. 552–576). Elsevier.
- Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 65–72. <https://doi.org/10.1192/apt.6.1.65>
- Canadian Mental Health Association. (2020b). Stigma and discrimination. <https://ontario.cmha.ca/documents/stigma-and-discrimination/>
- Cook, J. A., Jonikas, J. A., & Razzano, L. (1995). A randomized evaluation of consumer versus nonconsumer training of state mental health service providers. *Community Mental Health Journal*, 31, 229–238.
- Cooper, C. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study

2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73, 217–228.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Ottati, V. (2003). From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 142–157.
- Crawford, P., & Brown, B. (2002). Like a friend going round: Reducing the stigma attached to mental health in rural communities. *Health and Social Care in the Community*, 10, 229–238.
- Crisp A, Gelder M, Goddard E et al. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry* 2005;4: 106-13.
- Crisp A. Changing minds: every family in the land—an update on the College’s campaign. *Schizophr Bull* 2000; 24: 267-8. <https://doi.org/10.1192/pb.24.7.267>
- De Toledo Piza Peluso E, Blay SL. (2009). Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry*. 55(1):16-27. doi: 10.1177/0020764008092351.
- Ebrahimi, H. Jafarabadi, M. A. Areshtanab, H.N. Pourabbas, M. Dehghan, A. Vahidi, A. (2017). Comparing Mental Illness Stigma among Nurses in Psychiatric and Non-Psychiatric Wards in Tabriz University of Medical Sciences, DOI: 10.1515/afmnai-2017-0002. *Acta facultatis medicae Naissensis*.
- Gökmen BD. Ve Okanlı A. (2017). Özel Bakım Merkezlerinde Çalışan Bakım Elemanlarına Verilen Psikoğitimin Şizofreniye Yönelik Bilgi, Tutum ve Yaklaşımlarına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (4), 264-274.
- Granello, D. H., & Wheaton, J. E. (2001). Attitudes of undergraduate students towards persons with physical disabilities and mental illnesses. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 32, 9–16.
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2003). A mental health services users perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health*, 12, 223–234.
- Grohol, J. (2018). Symptoms & treatments of mental disorders. *Psych Central*. <https://psychcentral.com/disorders/>
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals’ attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419–425.
- İnan Ş.F. Günüşen N. İnce Ç.S. Duman Ç.Z. (2020) Hemşirelik Öğrencileri Tarafından Uygulanan Akran Eğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarına Etkisi. *DEUHFED*, 13 (3), 142-147
- Johnstone, M. J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Chal-

- lenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200–209.
- Kayma, D. ve Çetinkaya-Büyükbodur, A. (2020). Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin özgeçmiş özellikleri ile damgalama/stigma eğilimleri arasındaki ilişki. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(3), 849- 873.
- Kongable GL, Tarko M. Psychosocial aspects of medically compromised persons. In: *Psychiatric Nursing for Canadian Practice*. Austin W, Boyd MA (eds). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia press, 2006.
- Krueger, J. (1996). Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 536–548.
- Landino R. Buckley JM. Stigma of Mental Illness Continues to Impede Early Diagnosis and Treatment of Affective Illness in the United States. 2009.
- Lenhardt, R. A. (2004). Understanding the mark: Race, stigma, and equality in context. *New York University Law Review*, 79, 803–931.
- Link, B. G. (1987). Understanding the labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96–112.
- Mickelson, K. D. (2001). Perceived stigma, social support, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1046–1056.
- Oban G. Ve Küçük L. (2011). Damgalama erken yaşlarda başlar: Gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2:141-148.
- Page, S. (1995). Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community. *Journal of Health and Social Policy*, 7, 61–68.
- Penn, D. L., & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69, 235–247.
- Phelan JC, Link BG, Stueve A and Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *J Health SocBehav* 2000;41: 188-207. <https://doi.org/10.2307/2676305>
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 436–452.
- Sartorius N. Stigma and mental health. *The Lancet* 2007; 370: 810-1. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
- Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word? *Journal of Mental Health*, 7, 331–345.
- Sevim K. (2018) Sosyal Çalışma Perspektifinden Damga Ve Kadın. <https://www.ceeol.com/search/journal-detail?id=2299>
- Simmons, J. (2001, May). Satcher outlines plan to destigmatize mental illness. *Counseling Today*, pp. 1, 19.

- Socall DW,Holtgraves T.Attitudestoward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociol Q* 1992;33: 435-45. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1992.tb00383.x>
- The Merriam-Webster Dictionary. (1990). New York: Russell, Geddes, & Grosset.
- Thornicroft, G. Sunkel, C. Alikhon, A, A. Baker, S. Brohan, E. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. 9 Ekim 2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999;25: 467. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>
- Wolport, L. (2001). Stigma of depression-A personal view. *British Medical Bulletin*, 57, 221-224.
- World Health Organization. (2001a). Mental disorders affect one in four people. http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
- World Health Organization. (2001b). The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). Mental health problems: The undefined and hidden burden. https://allcountries.org/health/mental_health_problems_the_undefined_and_hidden_burden.html
- Yanos, PT. ve ark. 2015. Interventions Targeting Mental Health Self-Stigma: A Review and Comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol. 38, No. 2, 171-178. doi: 10.1037/prj0000100
- Younesi SJ. Stigma and infertility in Iran-coping skills. *JRI* 2002;. 3: 74-6(In persain).

BÖLÜM 5

HEMŞİRE GÖZÜYLE GELENEKSEL VEYA TAMAMLAYICI TIP'IN KULLANILMASININ İNCELENMESİ

Özdem NURLUÖZ¹

Duygu OKTAY²



1 YRD. DOÇ. DR. YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

E-mail: ozdem.nurluoz@neu.edu.tr

2 ARAŞ. GÖR. UZM. YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

E-mail: duygu.oktay@neu.edu.tr

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, güncelliğini koruyan ve bu ürünleri kullanan ve yöntemlerden iyileşme umudunu artıran insan sayısının arttığı “tamamlayıcı tıp” alternatif terapiler veya “geleneksel tıp”olarak isimlendirilen terimlerini tanımlamıştır. Buna göre hastalıkları önleme, ortaya çıktığında teşhis koyma, tedaviyi sağlama ve iyileştirmeye yardımcı olarak sağlığın devamında yararlanılan ve değişik şekillerde uygulanan, ayrı ayrı kültürleri kapsayan bilgi, inanç ve deneyimlere dayalı, açıklaması olan veya henüz yapılamayan çalışmaların tamamı olarak tanım yapılmıştır.

Bazı ülkeler için “geleneksel ve tamamlayıcı tıp”, Bilimsel tıptan ayrı tutulan fakat yardımcı olarak uygulamada bilimsel çalışmayla birlikte kullanılmasını tavsiye ederken aynı zamanda; “alternatif tıp”, batı tıbbi yerine geçen uygulamalar anlamında da kullanılmaktadır. Alternatif, tamamlayıcı ve geleneksel tıp, tıbbın sınırlarını içeren kapsamın ötesinde kalan ve çoğunlukla bu konuda bilimsel datanın eksik olduğu bütün tanı ve terapötik yöntemleri kapsayan kavramlardır. 21. Yüzyılda teknoloji ve basın hayatımızı yönlendirerek etkisinin gözle görülür şekilde artması ve tüm yardımcı tedavi yöntemlerini satışa sunanların, basını kullanarak çeşitli reklam kampanyaları ile halkın dikkatini çekecek tamamlayıcı yöntemleri kullanmasını cezbetmektedir. Bu konuda bilimsel veriye dayanarak bu ürünlerin satışının yapılmasını dikkate almadıkları bilinmektedir. Tepe yöneticilerinin bu konuda yasaların yapılması ve uygulanmasında görev almalarının önemi giderek artmaktadır.

Tamamlayıcı tedavi; Eğitime dayalı bilimsel tıbbın gücünü artırmak amacıyla hastaları tedavi etme ve bakım uygulamalarının geneline yönelik tanımlamadır. Hayat kalitesini daha yükseğe çıkarmak, ilaçların komplikasyonlarını düşük seviyelere indirmek, fiziksel ve ruhsal destek olmak için uygulanan farklı maddelere şeklinde tanımlanmaktadır (Kav ve ark., 2008; Kes ve ark., 2016).

Alternatif tedavi; Hastalar için öngörülen bilimsel tıp uygulamalarından farklı, sağlık uzmanlarının onayı olmadan, kişinin kendi kararı ile uygulanan ve neye yol açacağı bilinmeden kullanılan bilimsellikten uzak kanıtlanmamış yöntemlerdir (Kutlutürkan ve Karataş, 2014; Yeşil ve ark., 2018).

Bu konularda çalışmalar yürüten Dünya Sağlık Örgütü, alternatif ve tamamlayıcı yöntemleri tanımlarken “söz konusu olan ülkeye has örf adetlerinin veya modern tıbbın dışında kullanılan, sağlık hizmetleri çalışma sistemi içine her yönden entegre olmayan, yaygın alanlı sağlık hizmetleri” şeklinde vurgu yapmaktadır (WHO,2018).

Tamamlayıcı ve Geleneksel Tedavi Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Dünyada hergün daha fazla kullanıldığı takip edilen yardımcı tedavi olarak bilinen tamamlayıcı ve alternatif uygulamaları, Amerika birleşik devletle-

rinde ele alan Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi, bu konuyu iki grup halinde sınıflandırarak bunların, işleminden geçmemiş organik, bedene ve ruhsal sorunlara etki eden ürünler şeklinde açıklamıştır. Ayrıca geri kalan tamamlayıcı sağlık çalışmalarını da kapsamına eklemiştir.

1. Doğal ürünler; Şifa veren bitkiler (bunlar ot'lar şeklinde de geçmektedir), mineraller, vitamin ve barsak çalışmasını destekleyen probiyotikler (Şahin ve ark., 2019).

2. Beden ve zihin tedavileri; Beden-mental çalışmalarını; beden ve beyin iletişimi, bilinç ve davranışlar arasında birbirini etkilemeye odaklanan, bedenin sistemlerinin görevlerine etki etmek ve sağlığı daha iyi duruma getirmek için bilinçten yararlanan uygulamalar şeklinde tanımlanmaktadır

Bu uygulamalar içerisinde yer alanlar; derin ve sakin düşünme anlamına gelen meditasyon, rahatlama teknikleri, masaj yaptırma, omurga rahatsızlıklarına uygulanan Çin geleneksel uygulama teknikleri olarak kabul edilen akupunktur ve hipnoterapi yöntemlerinden spinal bölgeye manipülasyon, yoga, Tai chi ve gi gong ve özel diyeti içine alan yöntemler kullanılmaktadır (Körükçü ve Kukulu, 2015).

Fitoterapi; Bitkilerin incelenmesi sonucunda tıbben etki yaptığı bilimsel olarak ispatlanmış olanların, tedavide kullanılması durumu fitoterapi olarak tanımlanmaktadır. Fitoterapinin yaygın olarak kanser hastalarının tedavisinde yalnız başına kullanılması, bilimsel fitoterapi alanında otorite olan bilim adamlarının desteklemediği sadece, konvansiyonel tedavilerin yanında kontrollü ve bilgi dahilinde destekleyici olarak kullanılabilceği yönünde öneriler yapılmaktadır (Sezgin, 2018).

3. Diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımları; Tanımlaması yapılmış tamamlayıcı yaklaşımların dışında bazı uygulamalar farklı olup bu grupların tümüne uygunluk göstermeyebilir. Bunlardan bazıları; Homeopati, geleneksel iyileştiriciler, ayurveda tıbbı(yaşam bilimi/bilgisi), geleneksel çin tıbbı, doğa terapisi olan naturopati vb. yöntemlerdir (Khorshid ve Yapucu 2005).

Cole & Shanley' ve, Laffan (1993), hayatın bir bütün olarak algılanması gerektiğini parçaların birbirini etkileyerek bütünü oluşturduğunu bunu da holizmi kabul etme olduğu tanımlanmıştır. Yeni bilim olarak da kullanılan holizm ayrıca geleneksel olarak ifade edilen bilimde unutulmuş ve kullanılmayan, hayatın ruhani boyutunun önemini de ele almaktadır.

(Cole and Shanley 1998), İnsanlığın büyük bir kısmının yaşamında yer alan bu tür tıbbi uygulamaların görmezden gelinmesi ve ihmal edilmesi toplumun iyiliğini korumak yerine daha çok tehlikeye neden olacağı çok açıktır. Bunun daha çok standart olmaktan uzak, yasal boyutu olmayan, alt yapısı düzenlenmemiş, denetlenmeyen ve istismar edilmeye müsait bir ortamın dikkate alınmaması boşlukta kalınmasına yol açacaktır.

Hastaların Tamamlayıcı Tedaviyi Tercih Etme Nedenleri

Hayatın değişik aşamalarında insanların tamamlayıcı veya alternatif tedavilere yönelmesini sağlayan çok farklı sebepler vardır. Bunların temelinde yaşam süresinin uzaması ve sağlıklı bir ömüre sahip olma, kullanılan ilaçların istenmeyen etkilerini alt seviyelere çekme, immün sistemi kuvvetlendirme, çaresizlik düşüncesinden uzaklaşma, sağlıklı eylemleri artırma ve yükseltme olduğu vurgulanmaktadır (Khorshid ve Yapucu, 2005; Erdoğan ve ark., 2014; Özer ve ark., 2013).

İnsan ömrünün uzamasına rağmen, tedavisi çok zor olan, kronik hastalıklar, zaman geçtikçe durumun kötüleştiği dejenerasyonun büyüdüğü ve kötü huylu malign hastalıkların görülme sıklığının artması, sağlık alanında teknolojideki gelişmelerin maddi boyutunun çok yüksek olması ve hastaların bu imkanlara erişmesindeki zorluklar, hasta sayısındaki artış nedeniyle doktorların hastalara gerektiği kadar süre ayırmaması, ayrıca uygulanan yeni tedavi yöntemlerine kişilerin tereddütle yaklaşması, güven eksikliği ve kullanılan tedavinin olabilecek komplikasyonlarından korkma, halkın geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerine yönlendirmekte ve çareyi burada aramalarına neden olmaktadır. (Fırat 2004, Stevenson 1997).

İncelenen araştırmalarda, belli yaşın üstünde olan bireylerde özellikle yaşlılarda çoğunlukla sağlığını korumak, ağrı duygusunu kontrol etmek ve yönetebilmek, kronik hastalık yaşayanlarda semptomları ortadan kaldırarak yaşam kalitelerini üst seviyelere çıkarmak ve bedensel yönden rahatlamak için Tamamlayıcı Alternatif yöntemlerden yararlandıkları sonuçlarına vurgu yapılmıştır (Dedeli ve Karadakovan, 2011; Erdoğan ve ark., 2017). Hastaların tamamlayıcı yöntem olarak bilinen uygulamaların kullanımı hakkındaki bilgi kaynağının, genellikle televizyon, internet gibi kitle iletişim araçları, yakın arkadaş, aile, eş, dost ve akrabalarından oluştuğu saptanmıştır (Nural ve Çakmak, 2018; Güven ve ark., 2013; Ulusoy et al., 2012).

AMAÇ: Alternatif tıp veya Tamamlayıcı tıp olarak kullanılan yöntemleri inceleyerek, bu konuda hemşirelerin öğrenmesini sağlamak ve halka bu konuda daha bilinçli ve duyarlı davranmasını sağlayacak sağlık eğitimleri yapabilmelerini sağlamaktır.

YÖNTEM

Çalışma derleme yöntemi ile hazırlanmıştır. Geleneksel ve Tamamlayıcı tedaviyi içine alan tüm yasal çalışmaları ve düzenlemeleri ve bu yasal çalışmalar içerisinde sağlık çalışanlarının yeri incelenmiştir. Ayrıca halkın tamamlayıcı ve alternatif olarak hangi yöntemlere başvurduğunu ele alan literatür araştırması yapılmıştır. Çalışma derleme yöntemi ile hazırlanmıştır.

Araştırmada Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde alternatif Tıp konusunda yapılan çalışmaları incelemek ve alternatif tıp kullanımının yaygınlığını

saptayacak daha geniş araştırmalarla durum tesbiti yapmak ve Hemşirelerin tamamlayıcı tedavilerde rolünü ve önemini incelemek hedeflenmiştir.

Tamamlayıcı Tedavilerin İnsan Sistemlerine Etkisi

Birçok araştırma incelendiğinde Tamamlayıcı tedavilerin kullanımı ile ilgili olumlu sonuçlar elde edildiğini gösteren bilimsel çalışmalar olduğu görülmektedir (Kleijen et al. 1991, Buckle 2001, Chang et al. 2002). Yardımcı tedavileri destekleyen çok araştırma olmasına rağmen bilimsel olarak kanıtlanması ve kabul edilmesi uzun bir süreci içine almaktadır. Tamamlayıcı tedavilerin etkilerini ortaya çıkarmak için klinik çalışmalarda kullanılan istatistik yöntemlerinin büyük oranda yararlılığının tesbit edilmesi dışında, kişilerin bilişsel ve duyuşsal bakımdan kendilerine yararı olduğunu düşündükleri, bunu dile getirdikleri fakat klinik araştırmalara ters düşen birçok tedavi yolu da kullanılmaktadır. Tedavi sonuçlarını tesbit etmede duygusal, fiziksel, bilişsel, ruhsal ve sosyal açılardan yapılan müdahalelerin ölçülmesinin zorlukları, tedavi sonuçlarını değerlendirmekte tıp elemanlarının sıkıntıya girmesine neden olmaktadır (Norton 1995).

Her ne kadar araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde zorluk yaşansa da Tamamlayıcı tedavileri kullananlarla ilgili elde edilen sonuçların yararlı olduğu yönünde olması önemli bir durumdur. Hemşirelik uygulamalarında Masaj, en yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biri sayılmaktadır. Masajın stres ve anksiyete düzeyini, hayati bulgular olan tansiyon, nabız ve solunum hızını azalttığını yapılan birçok çalışma sonuçlarında görmek mümkündür (Cole and Shanley 1998).

Aynı zamanda masajın ağrı düzeyini azalttığı, uyku problemlerinde, kuvvetli baş ağrısı, migren, kas ağrıları ve kramplar, stresi yok etme gibi etki mekanizmasının olduğu bilinmektedir. (Chang et al. 2002).

Aromaterapiyi tanımlarken sağlık ve canlılığın sürdürülmesinde ve devamında insanların çok fazla yararlandığı, esansiyel yağların kullanımı olarak açıklanmaktadır. Aromaterapinin masajda olduğu gibi tansiyon ve nabız hızının düşürülmesinde, ağrı ve stresi azaltmada etkisi olduğu bilimsel olarak vurgulanmaktadır. Mantar veya Fungal enfeksiyonun gelişmesi durumunda tedavi amaçlı çay ağacı yağının, klotrimazol kadar etki yaptığı saptanmıştır.

Aromaterapi genellikle karşılaşılan idrar yolu enfeksiyonları, flatulans, iştah ve hazım sorunları, sinüzit ve diş iltihabı rahatsızlıklarının iyileşmesinde de olumlu etki yaptığı çalışmalarda vurgulanmaktadır (Buckle 2001).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Yöntemlerle İlgili Çalışmaların İncelenmesi

Araştırmaların incelenmesinde Tamamlayıcı ve geleneksel yöntemleri içeren çalışmalarda GTAT uygulamalarının kullanılmasında kişilerin eğitim

durumu, yaşı, cinsiyeti, , maddi geliri, hastalık durumuna göre değişiklik olduğu görülmüştür. İncelenen araştırmalarda en fazla GTAT uygulamaların, bitkisel droglar, akupunktur, masaj, vitamin takviyeleri, özel diyetler, homeopatik tedaviler ve dini ibadet, olarak saptanmıştır (Baron et al, 2005; Simpson, 2003; Kalaaji et al, 2012; Bilgiç ve ark., 2011).

Noisen ve ark. (2007)'nin yaptıkları çalışmada hastaeye müracaat eden 485 hasta üzerinde yapılan bir çıkan sonuçlar incelendiğinde kadınların erkeklerden daha sık bu uygulamalara yöneldiğini, hastanelerin daha az olduğu kırsal bölgelerde bu yöntemleri kullanma oranının yükseldiği ve hastalık süresi uzayıp iyileşme geciktikçe GTAT kullanma oranının buna paralel olarak arttığı sonucuna ulaşıldığı görülmüştür. (Durusoy ve ark (2010), Göker ve ark.

Chen ve ark (2003)'nin yukardaki çalışmasına benzerlik gösteren araştırmada 198 dermatoloji hasta ile yürüttükleri çalışmada elde edilen sonuçlarda 30 yaş altında ve 50 yaş üzerinde kişilerin bu yöntemleri kullanma ihtimalinin daha yüksek olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Nicolaou ve ark. (2004)'nin cildiye hastalarını içine alan çalışmasında ise insanların bunları kullanmasında nedenler arasında inançları ve örf adetlerinin etki yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine Kutlu ve ark. (2009)'nin 1000 cildiye vakasını kapsayan çalışmasında eğitim seviyesi yüksek, genç ve evlenmemiş bireylerin GTAT yöntemlerini daha fazla kullandığı, See ve ark. (2010)'a göre ise araştırmalarında benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olan ve rahatsızlık süresi uzadıkça hasta kişilerin bu yöntemleri daha fazla kullandığı görülmüştür.

Ediger ve ark. (2008)'göre GTAT kullanılmasına etki eden nedenlerin içerisinde yaşın önemli olduğu sonucu görülmesine rağmen, Gönül ve ark. (2009)'nin araştırmasında benzer çalışmalardan farklı yaş, eğitim durumu ve cinsiyetin GTAT uygulamalarında fazla etki etmediği vurgulanmıştır.

Erdoğan ve ark. (2012)'nin farklı bir hastalığı ele alarak kalp hastalarını kapsayan çalışmalarında kalp rahatsızlığı olanların en fazla kullandığı GTAT uygulamalarının şifa verdiği bilinen bitkiler ve dini ritüeller olduğunu olduğunu, (Cuellar ve ark. 2003). (Araz ve ark. 2007)'na göre ise ruhsal rahatsızlıklarda kişilerin GTAT uygulamalarını kullanım oranının arttığı sonuçlarına ulaşıldığı vurgulanmaktadır.

(Ernst ve Cassileth, 1998, Yüzyılın korkulan ve tedavisinde büyük sıkıntılar yaşanan hastalıklar arasında yer alan kansere yakalanan önemli sayıda insanın tedavi sürecinde kemoterapi ve radyoterapi yanında GTAT uygulamalarına başvurduğunu bunu yaparken doktorundan sakladıklarını ve gizlediklerini tesbit etmiştir. 1977-1998 yıllarını kapsayan dönemde 13 farklı ülkede yapılan çalışmada kanser hastalığı olanların %31,4'ü TAT kullandığı, bunun yanında dünyanın birçok ülkesinde yapılan araştırmalarda daha faz-

la kalın bağırsak, göğüs ve prostat kanserinde Tamamlayıcı Alternatif Tedaviyi kullanım oranının arttığı yapılan çalışmalarda %70,2 düzeyine ulaştığı görülmüştür (Molassiotis ve ark., 2005). Özellikle Amerika'da yapılan çalışmalarda bu oranın %50--%60 gibi önemli bir seviyede olduğu görülmüştür (Wanga ve ark., 2012).

Kanser hastalığı olan hastalarda Tamamlayıcı Alternatif Tıp kullanımı İtalyada birinci sırada yer alırken ikinci sırada Çek Cumhuriyeti olduğu sonuçlarına ulaşılırken %48,6 İsviçre, %40 Belçika ve %37 oranında Türkiye görülmektedir. Çocuk hastalarla ilgili incelemelerde İngiltere'de bu oran %32,7, Amerika'da daha yüksek seviyelerde %84'çıkmiştir. (Molassiotis ve ark., 2005).

Antikanser konusunda yapılan çalışmaların giderek artması, kansere etki eden bitkiler üzerinde hem etken maddelerin ne olduğu ve hücreler seviyesinde etkilerinin incelenmesi, bitkilerden elde edilen ürünlerin kanserle mücadelede korunma ve/veya kansere yakalanan kişilerde yaşam süresini uzatma ve tedavi ümitlerini de artırmakta, netice olarak bitkisel maddeleri kullanma davranışlarını de tetiklemektedir (Abrams ve Weil, 2014). Konu araştırıldığı zaman teşhis konmadan önce ve teşhis konduktan sonra TAT yöntemlerinin kullanım durumu karşılaştırıldığı çalışmalarda çoğunlukla TAT kullanan kişi sayısının teşhis edildikten sonra arttığı tesbit edilmiştir. Artışın en çok bitkisel ürünler, vitamin ve mineral desteği, tıbbi çaylar ve stres azaltma terapilerinin kullanıldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Molassiotis ve ark., 2005).

Bilimsel çalışmalar incelendiğinde GTAT yöntemlerine başvurma nedenlerine bakıldığında hastaların tedavi yöntemlerine, uygulamalara ve yararlarına inanmaması, tıbbi ilaçlara güven duymamaları ve hastalıktan kurtulma ve iyileşme amacıyla her yolu denemeye çalışma istemelerine yol açmaktadır (Kav et al., 2008; Dedeli ve ark., 2011).

(Schulz ve ark., 2004),’na göre fitoterapi alternatif tıp adı altında ayrı bir dal olarak gösterilmemelidir. Bunun nedeni ise konvansiyonel ilaçların tamamının kökünde fitoterapinin olmasıdır. Bugün tedavide yararlanılan anti-kanser ilaçlarının büyük oranda bitkiler, denizde yaşayan canlılar ve mikro-organizma gibi insan ürünü olmayan doğal kaynaklılardan yapılmaktadır (Bahmani ve ark., 2015).

Viscum album denilen kanser tedavisinde kullanılan ökse otu, Mistel bitkisinin dal ve yapraklarından ilaçlar hazırlanmaktadır. Kendine has özel tanımı yapılan “Mistel Tumor therapy” adının kullanıldığı ve bu bitki üzerinde ortaya konan çalışmalar vardır. Bu konuda düzenlenen özel kongrelerde Viscum album adını taşıyan bu preparatlar Almanyada İlaç Listesinde Rote List olarak yerini almıştır (Tröger ve ark., 2013; Rote List, 2009).

İntegratif tıp adı altında bir farklı uygulamada yalnız hastalığa odaklanılmadığı, hastanın holistik olarak, ruhsal ve fiziksel bir bütün halinde ele alındığı çalışmalardır. Birçok ünlü üniversitenin integratif tıp bölümleri olduğu literatür taramasında görülmektedir. Bu departmanlarda konvensiyonel tıp ile birlikte TAT uygulamalarının bilimsel durumu ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir.(Wells EV; Benn RK; Warber SL. (2015).

Hemşirelik ve Tamamlayıcı Tedaviler

Kişiler hastalandıkları zaman, tedaviyi ve hemşirelik bakımı konusunda verilen kararları kabul veya reddetme hakkına sahiptir. Hemşireler hastaların aldığı karara, etik değerleri de göz önünde tutarak saygı duymalı ve tedavileriyle ilgili bilgilendirildikten sonra bir seçim yapmaları için yardımcı olmalıdırlar.

Hemşireler, hemşirelik girişimini uygulamadan önce uygulamalarla ilgili olabilecek yarar ve zararları açıklamakla görevlidirler (Norton 1995).

Hastaların tedavilerini kabul etme konusu yasalarda yer almakta ve hastanın haklarını korumaktadır. Bu etik ve yasal olarak doğru bir yapılanmadır (Yeşilada 2002). Doktorun uygun gördüğü tedaviyi uygulayabilmek için mutlaka hastanın kabul etmesi ve imzalı onamı alınması gereklidir (Ernst 2004).

Hemşireler hastaya tedavisi yanında tamamlayıcı tedavi kullanma talebi gelmesi durumunda önerilerde bulunacaklarsa. Tamamlayıcı tedavilerin birçoğunun yeterli bir şekilde araştırılmadığını bilmeli ve buna göre hareket etmelidir. Etkinlik ve sonuç ölçümleri ile ilgili geliştirilen bilgi tabanlarını incelemelidirler (Richardson 2001). Tamamlayıcı tedavi hastalarına uygulamak isteyen hemşireler ihtiyaç duyması durumunda birlikte çalıştığı sağlık profesyonellerine başvurmalıdırlar (Thorne 2002).

Yapılan çalışmalarda hastaların genellikle TAT kullandıklarını doktoruna söylemekten kaçınmakta ve gizlemektedirler. Çünkü; bu durumun onaylanmayacağını ve bilinmesinin önemli olmadığına inanmaktadırlar (Hasan et al., 2009). Hasta ile daha çok zaman geçiren hemşirelerin hastadan aldığı bilgilerle hangi tamamlayıcı yöntemleri kullandığını öğrenmesi, tedavi aşamasında aldığı ilaçlarla birlikte kullanılması, bu yöntemlerin güvenilirliği hakkında bilgi sahibi olması, varsa yan etkilerini önleme ve hastanın bütün sistemlerine yönelik bütüncül hizmet vermesi hemşirelerin rolleri açısından son derece önemlidir (Güven ve ark., 2013).

Hemşireler, hastalarda özellikle ileri yaştaki kişilerde, yaşlanmanın etkisi ile meydana gelen ilaç etki mekanizmasını etkileyebilecek durumlarda, hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi seçeneklerini kullanma durumunu, bitkisel ilaçların etkileri konusunda ne kadar bilgilerinin olduğunu araştırarak öğrenmesi ve bu konularda olası riskleri önleyebilmesi açısından önemlidir (Efe et al., 2012).

Hemşirelerde Mesleki Sorumluluk

Her mesleğin kendine özgü sorumlulukları vardır. Mesleki sorumluluk, uygulanan girişimlerde sorumluluk alma ve sonuçlarını kabullenmeyi tanımlamaktadır. Bakım görevinin yerine getirilmesinde, hemşireler mesleki sorumluluklarının ne kadar önemli olduğunun farkında olmalıdırlar. Bir konuda sorumluluk alma ve karar verme sürecinde, yetkili ve dürüst çalışma hemşirelik uygulamalarına da yansiyarak kayıtlarında görülür (Cattell 1999). Hemşireler, hastalarının tamamlayıcı tedaviyi kullanmayı düşünürken tıbbi tedavinin hastanın durumuna uygunluğuna bakarak bunu hastalarına açıklamaktan sorumludurlar. Ayrıca kabul edilen uygulama standartları kapsamında görev yürütürler ve toplumun kendilerinden etik ve güvenli çerçevede bakım vermelerini beklediğinin bilincindedirler (Norton 1995).

Hemşirenin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerde Görevleri

Hemşireler tarafından kullanılan yardımcı tedavi Trevelyan ve Booth (1994)'un da vurguladığı gibi, üç gruba ayrılmaktadır. **Cole ve Shanley, I. grupta;** hemşirelerin bizzat uygulamada yer aldıkları tedavilere yer vermiştir. **Masaj:** Hareket sisteminde kas-iskelet sorunlarını ve ağrıyı hafifletmek amacıyla vücudun farklı yerlerine petrisaj, friksiyon, efloraj ve , tapotman masaj yöntemlerini uygulamadır. **Shiatsu:** Vücudun belirlenmiş bölgelerine düşük basınç uygulayarak sağlığına yeniden kavuşma gücünü uyarmak için yardımcı olan bir masaj şeklidir. **Refleksoloji:** Bir ayak masajı olarak bilinen vücut içinde vertikal şekilde yer alan görünmeyen bölgelerin olduğu düşüncesiyle buna bağlı olarak yapılan bir ayak masajı yöntemidir. **Aromaterapi:** Beden sağlığını korumak ve zindeliği sürdürmek ve daha iyiye ulaşmak için esansiyel yağların kullanılmasıdır. **Terapötik dokunma:** pozitif ya da negatif nörofizyolojik cevaplar oluşturmak amacıyla, iletişim kurulamadığı vakalarda uygulanan alternatif yöntem olarak kullanılabilir.

II. grupta hemşirelerin çok az dahil edildikleri, **Bitkisel tedaviler, Beslenme terapileri, Homeopati ve Hipnoterapi** tedavilerinin uygulanmasıdır.

III. grupta da hemşirelik uygulamaları dışında yer alan: **Akupunktur, Chiropractice ve Osteopaty olan** kas-iskelet problemlerini gidermek için çoğunlukla elle dokunmayla yapılan tanı ve tedavilerdir (Cole and Shanley 1998). (Richardson 2001). Çalışmasında tamamlayıcı yöntemlerden yararlanan hemşirelerin büyük bir kısmının birinci grupta yer alan yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Bunlar %68'i masaj, %59'u aromaterapi, %18'i refleksoloji ve %13'ü de terapötik temas olarak sıralanmıştır. Hemşirelik uygulamaları ve tamamlayıcı tedavilerin kişiye holistik olarak yaklaşmaları, tedavi esnasında destekleyici rol almaları, sağlığın daha iyiye çekilmesine ve kişinin istekli ve harekete geçici olmasına odaklanmaları benzer yönleridir. (Breen 2003).

Hemşirelik uygulamaları tamamen hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasını amaçlamaktadır. Tamamlayıcı tedavilerin farklı versiyonları da, ihtiyaçlarının yerine getirilmesi ile ilgili büyük grupların talebi ile ortaya çıkmıştır (Cattell 1999).

Alternatif Yöntemler ve Tamamlayıcı Uygulamaların Olumsuz Etkileri

Teknolojini ilerledikçe sağlık problemlerinden korunmak için doğaya yönelme davranışında da artış olmaktadır. Yapay elde edilmedikleri için toksik etkilerinin az olduğu kabul edilen bitkisel ürünlerin fazla ilaç alan yaşlı kişilerde zararlı etkiler yapabileceği asıl tedavinin etkinliğini azaltarak veya beklenen terapötik cevabın yüksek olmasına yol açabilir (İstanbulluoğlu ve Çeliker,2018).

Bazı durumlarda kullanılan bitkilerin doğrudan toksik yapısı, allerjik tablo, kontaminasyonla görülen durumlar, ilaçlarla olan etkileşimleri sonucu yan etkilere yol açabilir (Sarışen ve Çalışkan, 2005).

Ortaya çıkan istenmeyen zararlı durum, yaş, cinsiyet, genetik yapı, beslenme şekli, var olan hastalık ve kullandığı ilaçlar gibi etkenlerden dolayı farklı olarak görülebilir.

(Erdem ve Eren, 2009)'in araştırmasında, Cilt sorunlarından anafaksi yaşanmasına kadar gidebilen sorunlar ve ışığa duyarlılık olduğu olayları saptamıştır. Bitkisel kremlerin bir kısmında üzerlerinde yazmadığı halde kortikosteroid içeren madde olduğu tespit edilmiştir

Allerjik rinit, soğuk algınlıkları, kilo vermek amacıyla efedranın, depresyon ilaçları ile birlikte alınması durumundan ölümcül olabilecek kadar hipertansiyona yol açtığı, dolaşım sorunu ve kalp problemlerini ortaya çıkardığı saptanmıştır. Depresyon sorununa yardım etmek için sıklıkla tavsiye edilen sarı kantaronun, dopamin ve norepinefrin düzeylerinde artışa yol açma riski olduğundan depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanlarla birlikte kullanılmaması gerekmektedir (Uzun ve ark., 2014).

Karaciğerin enzim salgılamasını uyararak ilaçların etkisini azaltabileceği bilinen Okaliptüs esansı ve yaprağını kullanırken veya Karamuk kabuğunun da kemoterapide olumsuz etkiye neden olabileceği savunulmakta bu nedenle dikkatli olunmalıdır (Kara, 2019). Barsakları etkileyerek dışkılamayı kolaylaştırmada bitkilerin uzun süre kullanılması sonucunda sıvı-elektrolit dengesinde değişiklik olabilmektedir.

Gastrointestinal sistem (GİS) ağrıları, uyku bozukluğu ve sinirsel temelli rahatsızlıklara yol açtığı için kedi otu kökü denilen bitkiler ile anksiyeteyi geçirmek için sedadif etkisi olan çarkıfelek otu gibi bitkisel ürünlerin dikkat eksikliğine yol açtığı, bu durumun da genellikle araç kullanırken ve görevi gereği dikkat isteyen işlerde çalışan insanlarda büyük sorunlara yol açtığı bil-

dirilmektedir. Önemle üzerinde durulması gereken nokta, bu ürünlerin sedatif etkisi nedeniyle başka ilaçlarla birlikte kullanılması da sağlığı olumsuz etkilemektedir (Uzun ve ark., 2014).

Bitkiler arasında sarmısak, kıvılcık, zencefil, ginseng ve üzüm suyu gibi ürünler, antikoagülanlarla beraber tüketildiğinde kanama tehlikesini artırdığı vurgulanmaktadır (Djuv et al., 2013).

Özellikle en fazla Çin ve Kore olmak üzere Uzak doğu ülkesinde doğada yabancı olarak yetişen **Ginseng**, birçok türü olmakla birlikte genellikle 30-50 cm uzunluğunda, otsu bir bitkidir. Gövde dik ve dalsız yapıda, kökleri ise gövdeye oranla daha kalın ve oldukça dallanmış haldedir. Bitkinin kökten uca her bölümü farmakolojik olarak aktif içerikler barındırır ancak en değerli yeri genellikle kök bölgesindedir. İçerisinde C vitamini (askorbik asit), B12 vitamini ve fosfor içerir. Bunlar sayesinde antioksidan özelliğe sahip olan ginseng bitkisi, toksinlerin vücuttan atılmasına yardımcı olur. Bu nedenle hem hücresel düzeyde stresi kontrol altına alır hem de kansere karşı koruyucu özellik gösterir. Yan etki olarak bazı bünyelerde kan şekerinin aşırı düşmesine ve hipoglisemiye neden olabilmektedir. Ayrıca tansiyon yüksekliği de yaratabilmektedir. Aşırı kullanılması durumunda göğüs ağrısı, ishal, baş ağrısı, burunda kanama, vajinal kanama, kalp çarpıntısı ve kaslarda kramp şeklinde etki yaratabilmektedir.

Hemşireler antihipertansifler, diüretikler, antidiyabetikler, kardiyak glikozitler ve antidepresanlar gibi pek çok ilaçla etkileşime girdiğini bilerek hastalarını bilgilendirmelidir.

Kıbrıs ve Türkiyede çok fazla kullanılan Zencefil bitkisinin gribal enfeksiyonlarda, spazm giderici olarak (antispazmodik), bulantı ve kusmayı önlemede (antiemetik) ve hazımsızlıkta (dispepsi) tedavi sağlamak için yaygın olarak kullanılmaktadır.



Zencefil



Melisa



Ginseng

Zencefilin Trombosit sentezini güçlü bir şekilde baskılayarak kanama zamanını uzattığı bilinmesi gereken önemli durumdur. Bu yüzden Aspirin, varfarin ve tiklopidin gibi antikoagülan ve antitrombotik ilaç kullanan kişilerin bu konuda çok bilinçli olması gerekmektedir. (Kalkan, 2017).

Bazı bitkiler insanlarda psikolojik olarak kendini iyi hissetme duygusunu artırabilir. Melisa çayı, papatya çayı gibi bitkileri kullanırken, bireyin aldığı tıbbi ilaçlar varsa bunlarla etkileşme durumu ve ilaçların etkinliklerini azaltma ya da artırma gibi istenmeyen yan etkiler görülebileceği iyi bilinmeli ve dikkatli olunmalıdır.

İlaçlarla etkileşime girebilecek bitkisel ürünler konusunda daha dikkatli ve duyarlı davranılmalıdır. Özellikle ilaç kullanım oranı yaşlı nüfusta arttığı için yaş etkeni ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini de değiştirmektedir. (Kara, 2019; Djuv et al., 2013).

DSÖ'nün Alternatif Tıbbı Bakışı

DSÖ Genel Kurulları Tamamlayıcı tıp ve Geleneksel alışkanlıklar konusunu uzun yıllardır gündeminde tutmakta ve uygulamalara “Geleneksel Hekimlik” açısından yaklaşmakta ve “Değişik kültür yapılarında uygulanan teoriler, inançlar ve tecrübelerden yararlanan uygulamaların tamamı” olarak tanımlamasını yapmaktadır. Konvansiyonel tıp ile birlikte kullanıldığı durumlara tamamlayıcı, konvansiyonel tıp yerine kullanıldığında alternatif tıp tanımını yapmaktadır. Pozitif Tıbbın alternatifinin olmadığı yönünde itirazlar yükselmesiyle alternatif kelimesi yerine, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp tanımı kullanılmaya başlandığı görülmektedir. (Bodeker G; Burford G.2006).

Dünyada tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının yaygınlaşması nedeniyle bu durumu kontrol altına almak amacıyla 1992 yılında Birleşmiş Milletler Kongresi'nde, Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne bağlı olarak Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ofisi (Complementary and Alternative Medicine Office -OCAM) kurulmuştur. Bu kuruluşun ismi OCAM olarak belirlenmiştir, Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM) (Yıldırım, 2008).

ABD' de kurulan NCCAM e göre, GTAT uygulamaları konvansiyonel tedavi ile birlikte kullanılması durumunda tamamlayıcı tıp olarak kabul edilmekte, konvansiyonel tıp uygulamalarının yerine kullanılıyorsa alternatif tıp olarak tanımlanmaktadır (NCCAM, 2018).

Bu şekilde konvansiyonel tıp ile etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan GTAT uygulamalarının bir arada kullanılması İntegratif tıp olarak adlandırılmaktadır (Şahin, 2017:160).

2000 yılından itibaren “Geleneksel Tıp Araştırma ve Değerlendirme Metodolojileri Rehberi (2000)” ve “Geleneksel Tıp /Alternatif ve Tamamlayıcı Tıbbın Dünyadaki Yasal Durumu (2001)” ile “DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005” isimli çalışmalar yayımlanmıştır.

Tamamlayıcı Tedavilerin Diğer Ülkelerdeki Yasal Durumu

Alternatif ve tamamlayıcı tıp kapsamında Amerika Birleşik Devletlerinde, National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) ismi verilen kuruluşa 2010 yılında 520 milyon dolar ayırarak Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH)'nün alternatif ve tamamlayıcı tıp konularında bilimsel çalışmalar yapmasına olanak tanımıştır.

Avrupa ülkelerinde bitkisel ilaçlar, denetlenen sınıflandırılmış kategoriler içerisinde sağlık sistemi tarafından yasal çerçevede tanınmaktadır. Bitkisel ilaç hazırlayan ilaç firmaları Avrupa ülkelerine tamamlayıcı tedavide kullanılmak üzere bitkilerden fitofarmasötik üretiminde kullanılan standardize ekstraktlar hazırlayarak satışa sunmaktadırlar. Aynı zamanda bitkisel preparatlar, herhangi bir ilaç firması tarafından ilaç sınıflandırması olarak üretilip piyasaya sokulmaması durumunda, kalite kontrole göndermeye gerek olmadan gıda takviyesi olarak serbestçe aktar gibi yerlerde satılabilmekte ve halk bu bitkisel ürünleri iyileşme amaçlı şikayetlerini azaltmak için kullanabilmektedirler (Efferth ve ark., 2017).

1987 yılında Tamamlayıcı Alternatif Tedaviyi kural ve düzenlemelerin kapsamına alan 18 ülke yer alırken, 2003 yılında artarak 52'ye çıktığı saptanmıştır. Gelecek yıllarda 96'ya ulaşacağı tahmin edilmekteydi. (WHO National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines, 2005).

Fransa, Almanya ve Birleşik Krallık'ta yaşayan insanların %60 oranında bitkisel ürünlerin yanında homeopatik ürünleri (Ni et al., 2002:354)'in yaptığı çalışmada kullandığı belirtilmektedir.

Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde en güçlü ülke olan Almanya, bitkisel ilaçlarda Sağlık Bakanlığı'nda oluşturdukları Komisyon E'yi, ülkedeki bitkilerden elde edilen sağlık ürünleri grubunda tıbbi çaylar, tıbbi yağlar, fitofarmasötikler gibi ürünlerle ilgili kararları veren yetkili makam kabul etmektedir. (Schulz ve ark., 2004). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının büyük oranda lisansı olan doktorlar tarafından yürütülmesine dikkat edilmektedir. İncelenen araştırmalarda GTAT kullanım oranlarına bakıldığında ; gelişmiş ülkelerde %70-90 civarında, ABD'de %40'larda daha düşük olarak seyrederken, gelişmekte olan ülkelere ise %96'larda olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Robinson et al, 2011 & Cueller et al, 2004:4).

Çin ve Japonya geleneksel- tamamlayıcı tıp uygulamalarını yaygın olarak kullanmaktadır (Karahancı ve ark., 2015:118). Çin'de 2500'den fazla hastanede (%95)'inde modern ve geleneksel tıp uygulamaları birlikte kullanıldığı bildirilmektedir. Hastanelerde bu uygulamalara katılan 35000'den fazla da sağlık personeli olduğu aktarılmaktadır (Watanabe et al, 2011).

Şili de nüfusun %71'i, Kolombiya da %40'i, Hindistan'da %65'i geleneksel-alternatif tıp yöntemlerine yöneldikleri vurgulanmaktadır (Ünal, 2014:1).

Japonya'da tıp doktorlarının geleneksel-tamamlayıcı tedavileri hastalarda uygulayabilme yetkileri yasalarda belirtilmektedir (Karahancı ve ark., 2015:118).

(Treasure, 2005). **Avustralya, Hindistan, Malezya ve Uzakdoğu** ülkelerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin, bilimsel tıp ile birlikte kullanılması entegre edilmesi, desteklenerek düzenlenmesi için politikaları geliştirme ve yenileme çalışmalarının devam ettiği, (Ünal, 2014:1)'in çalışmasında da Avustralya, Kanada, Fransa, ABD, Belçika gibi son derece gelişmiş ülkelerde de bu uygulamaların kullanımında popüler olduğu görülmektedir

Endüstrisi gelişmiş ülkelerde %50 den daha çok insanın bu yöntemlere başvurduğu incelemelerde görülmektedir (Sarışen ve Çalışkan, 2005:183).

Kamboçya, Malezya, Taylandda %60 lara kadar yüksek oranda geleneksel-alternatif yöntemlerin kanser, psikiyatrik hastalıklarda örneğin şizofreni gibi hastalıklarda tedavi amacıyla bu yöntemlerden yararlandığı vurgulanırken ilaçla tedaviye %20'lerde ilgi olduğu saptanmıştır (Siyan et al., 2017:2).

Türkiyede; Tamamlayıcı Tıp Bölümü; 2001 yılında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü bünyesinde, 2003 yılında da Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Danışma Kurulu oluşturulmuştur. (Kalyan, 2007:53). 27 Ekim 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği resmi gazetede yayınlanarak (sayı:29158), GTAT uygulamalarında yeni bir aşamaya ulaşılmıştır. Söz konusu yönetmelikle 15 maddeden oluşan alternatif tıp yöntemi yasal konuma girmiştir.

Bu uygulamalar sırasıyla; Ozon uygulama, Akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, homöopati, sülük uygulaması, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, refleksoloji, müzikterapi olarak yer almaktadır.(29158 sayılı Resmi Gazete Yönetmeliği, 2014) Yönetmelik içerisinde, geleneksel ve tamamlayıcı tedavinin uygulama yöntemlerini, bunları uygulayacak hekimlerin eğitim ve sertifikalı olma sürecini ve bu yöntemlerin hangi sağlık kuruluşlarında uygulanacağını belirleyen çalışma esaslarını da içermektedir.

Yönetmelikte yer alan bu uygulamaların amacın, gerekli eğitimi tamamlamış doktorlar tarafından ve belirlenen kurallar çerçevesinde bu tedavilerden yararlanan kişilerin zarar görmesini sağlamak ve önlemek olduğu açıklanmaktadır(Tekçi,2017:15).

TARTIŞMA VE SONUÇ

İnsanlık tarihinde sağlığın önemi ve hastalıklarla mücadele konvansiyonel ilaç üretimi ve hastalıkların iyileştirilmesinde farmakolojik tedavide ilaç

üretimi bitkilerin etkilerinin keşfedilmesiyle başlamıştır. Bitkileri ilaç olarak kullanmak için kurutulması anlamında kullanılan Drog.Tıbbi preparat anlamına da gelmektedir. Flemenkçe'de droog 'kurutmak' kelimesinden gelmektedir. Bilim çağının geliştiği dönem olan 1800'lü yıllarda tüm farmakolojik çalışmaların temelinde geleneksel bitkisel tedaviler vardır.

Tıbbın amacı insanda ruhsal ve bedenen tam bir iyileşme sağlamak olduğu için insan ihtiyaçlarına odaklanmıştır. Tıp disiplini, binlerce yıldır halkın dini inançlarını ve sosyal yapılarını inceleyerek çevrelerindeki doğal ürünlerden yararlanma ve yakın zamanda bilimsel dayanağı olan yöntemler kullanılarak tedavi edici ve önleyici yaklaşımlar geliştirerek ve onaylayarak gelişimini sürdürmektedir. Halk sağlığı ve tıbbi uygulamalar, artık insanların, uzun ve kaliteli yaşamalarına imkân sağlayacağı biçimde gelişmeye çalışmaktadır.

Her ülkenin kültür yapısının önemli bir zenginliği olan GTAT uygulamaları geliştirilmesi ve korunması gereken önemli bir değer olarak karşımıza çıkmaktadır. Kıbrısta GTAT uygulamaları ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme bulunmamaktadır.Türkiyede çıkarılan çeşitli yönetmeliklerle konunun önemini belirten çalışmaların başlamasıyla görüyoruz.

Yasal durum sağlanarak, konvensiyonel tıpla birlikte kullanılması tedavide daha sağlıklı ilerlemeyi sağlayabilir. Bu konuda eğitim alan Sağlık çalışanlarının kontrolünde tamamlayıcı tedavilerin bilinçli kullanılması yarar oranını da yükseltecektir. Böylece çeşitli hastalıklarda çaresiz kalan insanlara birçok alternatif tedavilerde sunulmuş olacak ve ürünlerin halkın duygularını sömüren ehliyetsiz kişiler tarafından gelişigüzel satışı önlenerek etkinliğine son verilmiş olacaktır.(Turan ve ark. 2009)

Çağdaş tıp biliminin yaygınlığı, gücü ve vadedine rağmen insanlığın büyük bir kesiminin ilaçlara ulaşması veya satın almasını engelleyen durumlarda geleneksel, alternatif- tamamlayıcı tıp olarak bilinen uygulamalara yöneldiği görülmektedir.

Ayrıca hastalık seyrindeki değişim, doğallıktan uzaklaşma, konvansiyonel tıbbın bazı hastalıkları tedavi etmede yetersiz kalması, ilaçlarda görülen yan etkilerin artması gibi nedenlerle çok sayıda insan bu uygulamalara yönelmektedir.(Ö, Y.ve ark.2020)

Yeni bilimsel araştırmalar, dünya tarihinin çeşitli dönemlerinden kalan zengin tıp geleneklerini, kuramları ve farklı görüş açılarını ortaya koymaya çalışmaktadır. Bu birikimde daha çok, genel çevre sağlığı ve beslenme ilkeleri, solunum ve sindirim sistemi hastalıkları, enfeksiyonlara yol açan koşullar ve hastalıkları taşıyan parazitlerin ortadan kaldırılması, birey ve toplum psikolojisini yükseltmede yoğunlaştığı söylenebilir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde tamamlayıcı ve alternatif tıp Kullanım Sıklığı

Yapılan literatür taramasında, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tamamlayıcı tedavilere verilen önemin arttığı ve bu alanda çalışmaların farklılaşarak yoğunlaştığı görülmesine rağmen, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde hastaların TAT kullanımının aktarlara olan rağbetin yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa arttığı fakat bilimsel olarak çalışmaların çok az sayıda olması nedeniyle dayanağın olmadığı söylenebilir.

Yerel medya ve yayın kuruluşlarında yürütülen programlarda Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi konuları genellikle reklam kuşağında, en fazla kadın kozmetik ürünleri ve estetikle ilgili, veya beslenme ile sınırlı kalmıştır. Dünyada dikkat çeken yeşili koruma hareketi olan çevrecilerin de baskısı ile giderek artan bir şekilde, temel konusu doğaya dönüşü içeren çalışmalar ve insanların tedavilerini başka seçeneklerde arama çabası Kıbrısta'da etkisini göstermeye başlamıştır.

Doğadan üretilen ilaçlar, tamamlayıcı tıp ya da alternatif tıp olarak, binlerce madde veya birçok ecza kuruluşu bu ürünleri, genç kalma, yaşlanmanın ötelenmesi, kalp -damar sağlığı, tansiyon düzenleme, kanserin tedavisi, böbrek taşı düşürme, ruhsal gerginliği gideren sakinleştirici amaçlı veya güzelleşme nedeniyle halkın tüketimine sunmaktadır. Bu maddelerin eczanelerde ve aktarlarda satış ürünleri içerisinde esas ürün olarak yer alarak, kendi bağlantı ağlarıyla tüketiciye ulaştıkları gözlenmektedir.

Yaşadığımız bölgelerde sosyal çevreden gelen etki ve çekim gücüyle de zaman zaman modern tıp yanında alternatif tedavilerden yardım almaya çalışılmaktadır. Geleneksel olarak kabul edilen tıbbi tedaviler, her toplumun kültür yapısıyla etkilenecek o toplumun malı olarak kabul edilmektedir. Tıptaki çalışmalar ve gelişmeler bilimsel temellere oturtulurken, geleneksel tıp gözlem ve deneyime dayanmaya devam etmektedir. Bu açıdan bakıldığında, geleneksel tıp tesadüfen oluşmuş bir durum değildir. Geçmişten bugüne kendi içinde çok iyi bir örgütlenme olduğunu göstermektedir. (Sütçü, 2018:136).

Öneriler

Hemşireler hasta ile daha çok zaman geçirdikleri için hastaların tıbbi durumları, ilaçları, tedavisini değerlendirirken hastalara TAT yöntemlerini kullanıp kullanmadıklarını sorup öğrenmeli, bu alanda uzman olan kişilerin önerisi doğrultusunda hareket etmeleri sağlanmalıdır.

Hemşirelik eğitim müfredatı hazırlanırken Tamamlayıcı terapiler ve kullanımını konuları dahil edilmeli. Ayrıca hizmet içi eğitim programları düzenli yapılarak, tamamlayıcı terapiler konusunda hemşireler yetiştirilmelidir.

TAT kullanımının ve uygulanmasının yapılabilmesi için hemşirelerin eğitim almaları ve iş tanımlarına yasal olarak eklenmesi çalışmalarına hız verilmelidir.

Kıbrıs adası endemik tıbbi bitkiler açısından oldukça zengindir. Bu bitkilerden tıbbi ilaç veya yarı mamul ürünler üretilebilmesi için laboratuvarlar kurulmalı ve üretilerek hem ada halkı hemde diğer ülkelere ihraç etme imkânları sağlanmalıdır.

Hemşireler bilimsel çalışmalar yaparak, geleneksel ve tamamlayıcı tedavi konusunda daha fazla bilgi sahibi olması muhtemel yan etkilerini araştırması, sağlıklı/hasta birey ve/veya ailesi ve topluma bu konularda sağlık eğitimleri verilmesine öncülük yapılmalıdır (Muslu ve Öztürk 2008).

Halkın bilinçsizce alternatif tedavilere yönelmesini engellemek için yasal düzenlemelerin yapılması kaçınılmazdır. Bu konuda başka ülkelerde yürütülen yasal çalışmaların incelenmesi ve Kıbrıs için de ülkeye özgü bir disiplin getirilmesi ve denetim altına alınarak yetkili olmayan kişilerin bu ürünleri satışa sunması yasaklanmalıdır.

Sağlık sisteminin yöneticileri ve kilit noktalarda görev yapan uzman kişiler ile Medya çalışanları arasında düzenlenecek toplantılarla ortak bir dilin oluşturulması, profesyonel haberciliğin yürütülmesi sağlanmalı,

Sağlık kurumlarının mesleki örgütler ile çalışacakları basın ve halkla ilişkiler büroları özellikle görsel medya araçlarının kamuoyunu bilinçlendirici bir biçimde yapılması ve yasal zeminin de hazırlanması gerekmektedir.

Tıpta inanılmaz ilerlemelerin olduğu düşünülürse bunun kapsamında yararlı olduğu kabul edilen her doğal ürün ve beslenme şeklinin bilimsel yöneme uygun olarak ispatı yapılarak toplumun yararlanması sağlanmalıdır.

Geleneksel veya bölgesel beslenme ve yaşam şekilleri dikkatle incelenmeli, etki mekanizmaları saptanmalı, kanıtların ikna edici olması durumunda tıbbi tedavi yanında tamamlayıcı olarak kullanılmalıdır (Türk Kardiyol Dern Arş - 2009)

Dünyanın birçok ülkesinde hızla artan geleneksel ve tamamlayıcı tıp çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek üniversite mezunu olan kişiler tarafından kontrolü altında hastaların kullanımına sunulması ile sağlık hizmetlerinde bütüncü (holistik) hizmet verilmesini sağlayacaktır.

Saptanmış besin maddeleri ile bitkisel ürünlerin aksatılmadan düzenli ve devamlı kullanılmasıyla ortaya çıkacak sonuçların ne olacağı konusunda kişilerin bilgilendirilmesi yanında bunların kendi başına bir ilaç seçeneği olarak kabul edilemeyeceğinin, tıbbi tedavi yanında bunlardan yararlanmasının önemi anlatılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aktepe, M. (2019). Yaşlı Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi Yöntemlerinin Belirlenmesi Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Breen KJ (2003). Ethical issues in the use of complementary medicines. *Climacteric* 6(4): 268.
- Bodeker G; Burford G.(2006). Traditional, complementary and alternative medicine: policy and public health perspectives: World Scientific.
- Buckle J (2001). The role of aromatherapy in nursing care. *Nurs Clin North Am.* 36(1): 57-72
- Cattell E (1999). Nurse practioners' role in complementary and alternative medicine: Active or passive. *Nurs Forum.* 34(3):14-23.
- Chang MY, Wang SY, Chen CH (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs.* 38(1): 68-73
- Cole A, Shanley E (1998). Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *J Adv Nurs.* 27:1171-1176
- Cuellar, N., Aycock, T., Cahill, B., Ford, J. (2003). Complementary And Alternative Medicine (Cam) Use By African American (Aa) And Caucasian American(-Ca) Older Adults İn A Rural Setting: A Descriptive, Comparative Study. *Bmc Complementary And Alternative Medicine*, 3:8
- Çevik K. Hemşirelikte Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi: Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013;29(2):71-82.
- Djuv A, Nilsen OG, Steinsbekk A. (2013).The Co-Use Of Conventional Drugs And Herbs Among Patients In Norwegian General Practice: a Cross-Sectional Study. *BMC Complement Altern Med.*;13:295.
- Efe D, Akça NK, Kiper S, Aydın G, Gümüş, K.(2012). Supportive Methods Used By The Individuals With Hypertension to Decrease Blood Pressure; 2(4);207-212.
- Emre, Y., Öztürk H., Dömbekçi, A., Ünal S., N. (2020). Journal and İntegrative Medicine Volume 1 Issue 3 2020 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
- Güven ŞD, Muz G, Efe Ertürk N, Özcan A. (2013). [Use Of Complementary and Alternative Treatment In The Patients With Hypertension]. *Balıkesir Health Sciences Journal*;2(3): 160-6.
- Erdem S, Ata Eren P. (2009) Tedavi Amacıyla Kullanılan Bitkiler ve Bitkisel Ürünlerin Yan Etkileri. *Türk Hij Den Biyol Derg.*;66(3): 133-141.
- Erdoğan Z, Atik D, Çınar S.(2014). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.*;23(4): 773-789.

- Ernst E (2004). Patient choice and complementary medicine. *Journal of Royal Society of Medicine* 97:1.
- Eseri Çağın, (2020). Kuzey Kıbrıs'taki Kanser Hastalarının ve Eczacıların Bitkisel Ürün Kullanımında Rolü ve Yaklaşımı. Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Fitoterapi Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- Fırat D Tıpta tamamlayıcı ve değişik tanı ve tedavi. <http://saglik.tr.net/genel-saglik-yenitedavi.shtml>. (Erişim tarihi:Şubat 2004).
- Gönen Emel** Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (GTA) Yönetmeliği ile İlgili TOTBİD Çalışma Grubu Raporu **Yönetmelik**; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
- Hasan SS, Ahmed SI, Bukhari NI, Loon WC. (2009). Use Of Complementary And Alternative Medicine Among Patients With Chronic Diseases At Outpatient Clinics. *Complement Ther Clin Pract*;1(3): 152-7.
- Izzo AA, Ernst E. Interactions Between Herbal Medicines and Prescribed Drugs. *Drugs* 2001; 61 (15): 2163- 2175
- İstanbuluoğlu S, Çeliker A. (2018). İlaç ve Bitkisel Ürün Etkileşimlerinin Önlenmesinde Eczacının Rolü. *FABAD J. Pharm. Sci.*;43(3): 291-305.
- Kalkan Ş. (2017). Bitkisel Ürünlerle Tedavilerde İlaç Etkileşimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*31(1): 41-50.
- Kara MA. (2019). Ayrık Otuna Yer Açmak. *Geleneksel Tıp ve Hasta Hekim İlişkisi Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*;1: 24.
- Kaya N (2002). Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişki yaşam kalitesi. *Hemşirelik Esasları AD*
- Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
- Kav S, Hanoğlu Z, Algier L.(2008). Türkiye'de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *Complementary and Alternative Medicine Use in Cancer Patients In Turkey: Literature Review*;18 (1):32-8.
- Kes D, Gökdoğan F, Tuna D.(2016). Hipertansiyonu Olan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı: Literatür Taraması. *TJCN*;7(12): 40-55.
- Khorshid L, Yapucu Ü. (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.;8(2): 124-130.
- Kleijnen J, Knipschild P, Reit R (1991). Clinical trials of homeopathy. *British Medical Journal* 302: 31-323
- Kutlutürkan S, Karataş T. (2014). Kemoterapiye Bağlı Kusmada Tamamlayıcı Tıp. *Bozok Tıp Dergisi*.;4(3): 63-65.
- Körükcü Ö, Kukulu K. (2015). Beden Zihin Ruh Bütünlüğünü Korumaya Yönelik Bir Program: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 7(1): 68-80.

- Leyla KHORSHİD*D Ülkü YAPUCU*Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2, 2005
- Molassiotis, A., Fernadez Ortega, P., Pud,D., Ozden, G., Scott, J., Panteli, V.(2005). Use Of Complementary And Alternative Medicine İn Cancer Patients: A European Survey. *Ann Oncol*, 16(4):655–63.
- Mollahaliloğlu S; Uğurlu FG; Kalaycı MZ; Öztaş D. (2015).The New Period in Traditional and Complementary Medicine. *Ankara Medical Journal*;15(2).
- Muslu KG, Öztürk C (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 62-67.
- NCCAM (2018). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?. [Http://Nccam.Nih.Gov/Health/WhatisCam](http://Nccam.Nih.Gov/Health/WhatisCam) Erişim Tarihi:01.05.2019
- Nural N, Çakmak S. (2018) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumu *J Tradit Complem Med.*;1(1) :1-9.
- Nuray Turan* *, Aylin Öztürk**, Nurten Kaya***Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi*20-24 Ekim 2009 tarihlerinde Sivas'ta düzenlenen 12.Ulusal Hemşirelik Kongresinde poster olarak sunulmuştur.
- Norton L (1995). Complementary therapies in practice: the ethical issues. *J Clin Nurs.* 4: 343-48.
- Özer Ö, Şantaş F, Yıldırım (2013). HH. An Evaluation on Levels of Knowledge, Attitude and Behavior of People at 65 Years and Above About Alternative Medicine in Ankara. *Afr. J.Complement. Altern. Med.*;10(1): 134-141.
- Pfeil M (1994). Role of nurses in promoting complementary therapies. *Br J Nurs.* 3(5): 217-9.
- Richardson J (2001). Integrating complementary therapies into health care education: a cautious approach. *J Clin Nurs.* 10:793-98
- Sarışen O, Çalışkan D. (2005). Fitoterapi:Bitkilerle Tedaviye Dikkat, *Sted*;14(8):182-187.
- Sarışen, Ö., Çalışkan, D. (2005). Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat, *Sted* 14(8):182-187, Aktaran: Erkan Arı Ve Veysel Yılmaz, (2016). “Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranışların Önerilen Bir Yapısal Model İle Araştırılması”, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*,8(1):13-24
- Stevenson C (1997). Complementary therapies and their role in nursing care. *Nursing Standard* 11(24): 49-53
- Sütçü, S. (2018). Sosyolojik Açıdan Alternatif Tıp Geleneği Ve Uygulamaları: Isparta Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Şahin N, Aydın D, Akay B.(2019). “Hemşirelik Öğrencilerinin Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi”. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*;(1): 21-26.

- Tas F; Ustuner Z; Can G; Eralp Y; Camlica H; Basaran M, et al. The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta oncologica*. 2005;44(2):161- 7.
- Thorne S, Paterson B, Cynthia R, et al. (2002). Complementary /alternative medicine in choronic illness as informed self-care decision making. *Int J Nurs Stud*. 39: 671-83.
- Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2009;37 Suppl 3
- Tokaç Mahmut (2013) Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp ve Geleneksel Tıbbı Akademik Yaklaşım: GETTAM
- Ulusoy H, Güçer TK, Aksu M, Arslan S, Habiboğlu A, Akgol G. The Use Of Complementary and Alternative Medicine In Turkish Patientswith Rheumatic Diseases. *Turk J Rheumatol* 2012;27(1):31-7.
- Uzun MB, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel Ürünlerin Yanlış Kullanımı ve Zararları, *Lokman Hekim Journal*. 2014;4(3):1-5.
- Ünal, A. S. (2014). Epilepsi Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Erzurum.
- WHO (World Health Organization). 2002. Fact Sheet No. 271. June Who, Geneva.
- WHO. (2001). Cough And Cold Remedies For The Treatment of Acute Respiratory Infections in Young Children. Geneva: World Health Organization
- Wells EV; Benn RK; Warber SL. (2015). Public Health and Preventive Medicine Meet Integrative Health: Applications of Competency Mapping to Curriculum Education at the University of Michigan. *American journal of preventive medicine*. 49:S270-7.
- World Health Organization. Traditional, Complementary and Integrative Medicine 2018. (<http://www.who.int/traditionalcomplementary-integrative-medicine/about/en/>) (Erişim Tarihi: 15.03.2019).
- Yeşil H, Kıran B, Alkan H, Ateş B, Kayalı B, Büyükçam S, Güler S, Ünlü İ, Sert Z, Uysal M. Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde Meme Kanseri Tanısı ile Takip Edilmekte Olan Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2018;19(2): 42-47.
- Yeşilada E (2002). Hekim, Alternatif Tedavi ve Modern Tıp. *Sted*. 11(6): 223
- Yunus Emre Öztürk, Hilal Akman Dömbekci* Seda Nur Ünal, (2020) Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı, *Journal Integrative and Anatolian Medicine (Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi)*. Cilt/volume 1 Sayı/ISSUE 3, Sağlık Bilimleri Üniversitesi 27 Ekim 2014 tarih ve 29158 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ve ekleri

BÖLÜM 6

SAĞLIKTA İNOVASYON, TEKNOLOJİK GELİŞMELER VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Elif Seda UĞURLU¹

Gönül GÖKÇAY²

Ayşe ÇEVİRME³



1 Elif Seda UĞURLU, Uzm. Hemşire, Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, TÜRKİYE, ORCID NO: 0000-0002-3548-5007

2 Gönül GÖKÇAY, Dr. Öğr. Üyesi, Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kars, TÜRKİYE, ORCID NO: 0000-0003-0140-8668

3 Ayşe ÇEVİRME 3, Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya, TÜRKİYE, ORCID NO: 0000-0001-7116-2523

Hemşirelik Uygulamalarında İnovasyon

Hemşireler, sağlık sektöründe kapsamlı hasta bakımı sunma ve hastalarla yakın ilişkiler kurmada önemli bir role sahip sağlık profesyonelleridir. Yüksek kaliteli klinik bakım, kapsamlı eğitim, halk sağlığı denetimi, risk önleme çabaları, enfeksiyon kontrolü ve önleme girişimleri hemşirelerin değerlendirmeye yöntemlerine bağlıdır (Tseng et al., 2021; Osingada and Porta, 2020). Aynı zamanda sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek ve Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin 17'sinin tamamına ulaşmak için kritik araştırma ve politika çabalarını da yerine getirmektedir (Osingada and Porta, 2020).

İnovasyon kavramı; buluş, benimseme ve yayılma olarak tanımlanabilmekte olup, sağlık hizmetlerinde, şu anda yapılanlarla karşılaştırıldığında açıkça faydaları olan yeni bir fikir, ürün, hizmet veya bakım yöntemi olabilmektedir. Başarılı yenilikler hem kullanılabilir hem de arzu edilir olma gibi iki temel niteliğe sahiptir (Kelly and Young, 2017).

Hemşireler zorunluluktan dolayı yenilikçidir; "Etrafta bir hemşire varsa, bir geçici çözüm de vardır..." ifadesi, her fırsatta bakım sürecini iyileştirmenin yollarını bulduğumuzu ifade etmektedir. Florence Nightingale; 1820'de doğmuş ve yaşamı boyunca, savaş sırasında hemşirelik bilgilerini paylaşarak bakımda devrim yaratmıştır. Bilginin yayılması ve hemşirelik girişimleri sayesinde hastalıkların yayılması azaltılmış ve hayatlar kurtarılmıştır (Jamison et al., 2020). Hemşireler, yüksek kalitede hasta bakımı sunmalarını engelleyen, girişimsel başarısızlıklar, düzenlemeler, prosedürler ve/veya diğer iş akışı engellerine yanıt olarak sıklıkla yenilik yapma ihtiyacı hisseder (Rigtering et al., 2023).

Hemşireler sağlık iş gücünün en büyük bölümünü oluşturduğundan ve temel sağlık hizmetlerinin %80'ini sağladığından dolayı, hemşire inovasyonu genel olarak hızla artan sağlık hizmetleri maliyetleri, ulusal hemşirelik hizmetleri eksiklikleri ve sağlık hizmeti kalitesindeki farklılıklarla mücadelede bir çözüm yolu olarak kabul edilmektedir (Rigtering et al., 2023).

Dünya çapında, hemşire yenilikçiliğini teşvik etmek sağlık sistemlerinde önemli bir hedef haline gelmiştir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Tıp Akademisi, Hemşireliğin Geleceği 2020-2030 raporunda hemşireler arasında yenilikçi bir zihniyeti teşvik etmenin önemi vurgulanmıştır (National Academy of Medicine, 2021; Rigtering et al., 2023).

Başarılı hemşirelik inovasyonu;

- Genellikle tıbbi hizmet kalitesinin artması,
- Tedavilerin etkinliğinin artması,
- İş tatmininin daha yüksek olması,

- Sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda kolaylık sağlayan süreçlerle ilişkilendirilmektedir (Rigtering et al., 2023).

Dijital Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Bilgi Teknolojisi

Sağlık insan yaşamının her yönünü etkilemektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kullanımının anlaşılması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin daha sağlıklı bir topluma ulaşmasını sağlaması nedeniyle kritik öneme sahiptir. Çeşitli ileri teknolojilerin varlığı ve bunlara erişim, toplumda tele sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğunu geliştirmeye devam etmektedir (Maleka and Matli, 2022).

Teknoloji bilimi; insanlığa sosyal, mesleki ve kişisel yaşam da dahil olmak üzere yaşamın birçok alanında çok sayıda uygulama sunmuştur. İnsanların uzak yerlerde olsalar bile birbirleriyle görsel-ışitsel bir şekilde iletişim kurmalarına olanak sağlamıştır. Bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) artık sadece uzmanlar tarafından değil, çocukluk çağından yaşlı yetişkinlere kadar herkes tarafından yüksek hızlı internet erişimi, bilgisayarlar, akıllı telefonlar ve tabletler aracılığıyla uygulanmaktadır. Yeni teknolojik uygulamalar sağlık alanına da girmiş ve bakım sunumunda giderek daha fazla kullanılmaktadır (Dorsey ve Topol, 2016; Asimakopoulou, 2020). “Tele”, “uzaktan” anlamına gelen bir ön ek olup, sağlık, tıp, hemşirelik gibi bir terimle birleştirildiğinde, bilgi ve iletişim teknolojisini kullanarak sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulması ve yönetilmesi anlamına gelmektedir. Telesaglık sistemleri artan ihtiyaçların karşılanması amacıyla, daha özel biçimlerde de geliştirilmiştir (Asimakopoulou, 2020).

Teletıp; teşhis, tedavi, hastalıkların önlenmesi, sürekli eğitim, araştırma ve öğretim konularında değerli bilgi alışverişinde bulunmak ve aynı zamanda toplumun sağlık hizmetlerini geliştirmek için bilgi ve iletişim teknolojisini kullanan uzaktan sağlık hizmetleridir. Telehemşirelik ise, hasta ile hemşire arasında, fiziksel mesafe olduğunda bakımı geliştirmek için yeni teknoloji uygulamalarını kullanan hemşirelik hizmetlerini ifade etmektedir (Asimakopoulou, 2020).

Dijital sağlık; genel olarak tele sağlık, mobil sağlık uygulamaları ve giyilebilir teknolojiler ile çevrimiçi sağlık da dahil olmak üzere bakıma sunulan tüm sağlık teknolojileri yelpazesinde “sağlığı iyileştirmek için dijital teknolojilerin geliştirilmesi ve kullanılmasıyla ilgili bilgi ve uygulama alanı” olarak kullanılan hizmetler ve araçlar olarak tanımlanmaktadır (Crawford and Serhal, 2020).

Sanal sağlık hizmetleri kapsamında, özellikle COVID-19 halk sağlığı krizi sırasında sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasında tele video özel-

likli etkileşimler, çevrimiçi veya mobil uygulamalar aracılığıyla erişilen sağlık bilgileri yaygın olarak kullanılmıştır (Crawford and Serhal, 2020).

Tıpta dijital teknolojilerin kullanılması, halk için sağlık hizmetlerine daha iyi erişilebilirlik ve esneklik imkânlarını sağlamaktadır. İnternette sağlık, tedavi, komplikasyonlar ve biyomedikal araştırmalar hakkında açık bilgiler yer almaktadır. Ayrıca; teşhis ve tıbbi danışmanlık hizmetleri, düşük gelirli ülkelerde bile daha erişilebilir ve ulaşılabilir hale gelmektedir (Senbekov et al., 2020).

Klasik sağlık modeli; ağırlıklı olarak tıbbi hizmetlerin hastane ve poliklinik sistemleri üzerinden sunulmasına dayanmaktadır. Sağlık hizmetinin kalitesi, tıbbi personelin niteliği, hastane olanakları, güncel ekipmanların bulunması gibi birçok faktöre bağlıdır. Model ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmekle birlikte temel prensipler aynıdır. Her şeyden önce “hasta odaklı” yaklaşım ve sağlık hizmetine optimum erişimi sağlayan destekleyici altyapıyla ilgilidir. Son yıllarda bu klasik model, teknolojilerin hızla büyümesi ve nüfusun yüksek kaliteli tıbbi hizmete olan talebi nedeniyle yeni zorluklarla karşılaşmaktadır. Dahası, yeni dijital teknolojiler, çeşitli teşhis ve tedavi araçları ile sağlık sistemlerinin hızlı bir şekilde gelişmesine olanak sağlamaktadır (Senbekov et al., 2020).

Gelecek vaat eden ve hızla büyüyen bir diğer alan ise yapay zekânın biyotıp, sağlık hizmetleri ve tıp eğitiminde uygulanmasıdır. Yapay zekânın sağlık alanında kullanımı, teşhis platformlarının performansı ve yeteneğini önemli ölçüde artırmaya yardımcı olabilmektedir. Ayrıca; tedavi süreçlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunarak terapötik etkinliğin artması, hasta memnuniyetinin artması ve tedavi maliyetlerin düşmesine yardımcı olmaktadır (Senbekov et al., 2020).

Sağlık bilgi teknolojisi, politika ve planlama, halk sağlığı ve bakımın kişiselleştirilmesini desteklemek için sürekli olarak veriye dayalı altyapıyı kullanan, sağlık ve bakım sistemleri olarak tanımlanabilmekte olup, sağlık bakım sistemlerinin gelişimini desteklemektedir (Sheikh et al., 2021).

Ulusal Sağlık Bilgi Teknolojileri Koordinatörü (ONC), telesağlığı; video konferans, uzaktan hasta izleme, sakla ve ilet teknolojileri (örneğin, değerlendirme için yara görüntülerinin gönderilmesi) ve mobil sağlık (m-Sağlık) uygulamasının kullanımı olarak tanımlamaktadır. Teletıp terimi, bir sağlık hizmeti sunucu ile hasta arasında, etkileşimli video iletişimine olanak tanıyan canlı ve senkronize video konferansın kullanımını ifade etmektedir (Groom et al., 2021).

Taşınabilir cihaz teknolojisindeki yenilikler ve artan kullanılabilirliği ile teletıp, bu amaca ulaşmak için kullanılan yöntemlerde büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Akıllı telefonlar, video konferanslar ve mobil kablosuz sensör-

lerin kullanımını sayesinde, hastalar artık tıbbi bakımı genellikle kendi evlerinin rahatlığında alabilmekte olup zamandan ve gereksiz maliyetten tasarruf sağlanmaktadır. Klinik etkileşimlerin ötesine uzanan bu araçlar, hastalığın ilerlemesi ve iyileşmesi hakkında daha iyi bilgi edinmek ve optimal tıbbi tedaviye ulaşmaya yardımcı olmak için kullanılmaktadır. Bu uygulamaların tam potansiyeli hâlâ hayata geçirilirken teletıp, sağlık hizmeti sunumunda yeni ve yenilikçi araçlar sağlamaya devam etmektedir (Barbosa et al., 2021).

Kaliteli ağ hizmetlerine sahip ileri teknolojiler, bireylerin sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmesine ve bunu giderek daha fazla insana sunmasına olanak tanır. Teletıp, insanların koruyucu tedavi almasını kolaylaştırabilecek ve uzun vadeli sağlıklarına yardımcı olabilecek faydalı bir teknolojidir. Kaliteli tedavi almakta finansal veya bölgesel sorunlarla karşı karşıya kalanlar için bu özellikle kolaylık sağlamaktadır. Telesağlık, sağlık hizmetlerini daha etkili, organize ve erişilebilir hale getirme potansiyeline sahiptir (Haleem et al., 2021).

Telesağlık Hizmetleri

Günümüzde telesağlık hizmetleri, genellikle hastaların bakım beklentilerini karşılamada etkili bir uygulamadır. COVID-19 salgını öncesinde telesağlık uygulamaları, ödeme kısıtlamaları, hizmet sağlayıcılara yönelik endişeler ve organizasyonel engeller nedeniyle yavaşlıyordu. Ayrıca, demografik ve sosyoekonomik farklılıklar sebebiyle, telesağlık hizmetlerine erişim ve bunların kullanımında eşitsizlikler mevcuttu. Örneğin sigortalı hastalar arasında çalışan ve lise sonrası eğitime sahip olanların telesağlık hizmetlerinden yararlanma oranları daha yüksek seyrediyordu (Pierce and Stevermer, 2023).

Telesağlık, hasta ve sağlayıcının aynı anda, aynı konumda olmadığı durumlarda bakım sağlamak için elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerinin kullanılmasıdır. Tele-sağlık yöntemleri arasında eşzamanlı ("canlı" etkileşim) ve asenkron (örneğin saklama ve iletme) yaklaşımların yanı sıra bakım sağlayıcıların hastanın klinik bilgilerini uzaktan izleme yeteneğini de içeren bir uygulamadır (Neri, et al., 2022).

Telesağlık, bireylerin (genellikle aile üyeleriyle birlikte çalışan) bakımlarının bazı yönlerini sağlık profesyonellerinin uzaktan desteğiyle yönettikleri sağlık bakımının sağlanması ve yönetimidir. Bakım çoğunlukla dijital araçlar ve doğrudan iletişikle desteklenir (Blandford et al., 2020).

Telesağlığın, fiziksel mesafeyi sağlayarak, semptomları ve salgınları takip ederek ve politika yapımcıları ihtiyaçları tahmin etme ve uygun ve zamanında müdahalelere karar verme konusunda destekleyerek enfeksiyonların yayılmasını azaltmada doğrudan ve dolaylı rolleri vardır. Öz yönetimi desteklemek amacıyla, tele-sağlık hizmetlerini benimsemeye yönelik anlayış, büyük ölçüde tıbbi yeniliklerin hızı sayesinde yaşlılığa kadar hayatta kalan

kronik hastalıkları olan hastaların sayısının artması nedeniyle artmaktadır (Blandford et al., 2020).

Telesağlık, hasta güvenliği ve sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olmakla birlikte, telesağlık, dijital uçurumun artarak kötüleşmesi, zayıf yazılım mühendisliği ve güvenlik ihlalleri gibi riskleri de beraberinde getirmektedir. Gelecekteki tele-sağlık platformlarının düzenleyici, profesyonel ve sağlık kuruluşlarının gereksinimlerini karşılayacak kadar güvenli, güvenilir ve esnek olması gerekmektedir. Bu nedenle, bu platformların tümü düzenli olarak güncellenmelidir (Blandford et al., 2020).

COVID-19 salgını öncesinde yapılan çok sayıda araştırma, telesağlık hizmetlerinin faydalarını ortaya koymuştur. Kardiyovasküler toplumla ilgili olarak, 2017’de yapılan bir meta-analiz çalışmasında, standart kişisel bakım ziyaretlerine ek olarak teletıp yoluyla tedavi edilen kalp yetmezliği hastalarının tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarının daha düşük, kalp yetmezliğine başvuru oranlarının daha düşük ve yalnızca yüz yüze yaklaşımla tedavi edilen hastalarla karşılaştırıldığında kabulde kalış süresinde azalma olduğu saptanmıştır (Lin et al., 2017; Mahtta et al., 2021). Bu durum, semptomların daha erken tanınması ve dolayısıyla daha erken müdahaleler ile rehberli öz yönetime bağlanmıştır (Mahtta et al., 2021). Benzer şekilde, birinci basamak bakım alanında yapılan bir araştırmada, glikozillenmiş hemoglobin düzeylerinin (HbA1c) teletıp grubunda standart bakım alanlara kıyasla daha düşük olduğunu gösterilmiştir (Mahtta et al., 2021; Flodgren et al., 2015). Telesağlık Hizmetlerinin Yararları ve Zorlukları tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Telesağlık Hizmetlerinin Yararları ve Zorlukları (Mahtta et al., 2021)

YARARLARI	ZORLUKLARI
Maliyet Etkinliği <ul style="list-style-type: none"> • Seyahat süresi ve maliyetinin azalması • Gereksiz acil servis ziyaretlerinin azalması 	<ul style="list-style-type: none"> • Hizmetin aşırı veya kötüye kullanılması.
Geliştirilmiş Erişim <ul style="list-style-type: none"> • Uzak yerleşim yerlerine erişim • Yetersiz hizmet alan bölgelerdeki klinisyenler için uzaktan izleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Gereksiz ziyaretler nedeniyle sağlık kaynaklarının yanlışlıkla aşırı kullanılması.
Geliştirilmiş Acil Durum Hazırlığı <ul style="list-style-type: none"> • Halk sağlığı acil durumları, doğal afetler sırasında kaynakların hızlı seferber edilmesi 	Bakıma Erişimde Mevcut Eşitsizliklerin Genişletilmesi <ul style="list-style-type: none"> • Kırsal topluluk ve etnik azınlık grupları arasında internet kullanımı ve teknolojiye erişimdeki eşitsizlikler

Arz-Talep Uyumsuzluğunun Azalması <ul style="list-style-type: none"> • Evden çalışma yaklaşımıyla doktor eksikliklerini gidermek. 	Hasta Veri Güvenliği <ul style="list-style-type: none"> • Telesaglık platformları ve kişisel tıbbi cihazlar genelinde duyulan endişeler.
---	--

Teletıp Hizmetleri

Telekomünikasyon teknolojisinin kullanımı yoluyla tıbbi bakımın sağlanması anlamına gelen teletıp, uygulamaları son yirmi yılda önemli bir gelişme göstermiştir. Alan son yıllarda kayda değer bir değişim geçirmiş olsa da temel amacı bakıma erişimi iyileştirmek olarak aynı kalmıştır. Mevcut sağlık sistemimiz ihtiyaç duyulan birçok alanda reformla karşı karşıya olmasına rağmen, tıbbi bakıma erişimin iyileştirilmesinin aciliyeti merkezi öneme sahip olmaya devam etmektedir. Başlangıçta travma ve felç gibi acil durumların zamanında yönetimi için kullanılan teletıp, hızla genişleyerek birden fazla tıbbi alanda kapsamlı bakım sağlama aracına dönüşmüştür. Akuttan kroniğe, birinci basamaktan özel bakıma kadar uzanan teletıp, kalp yetmezliği, diyabet ve hatta hamilelik gibi çok çeşitli tıbbi durumlarda başarıyla uygulanmıştır (Barbosa et al., 2021). Kalp hastalığı olan kişilerde telefonla bakım ve yaşam belirtilerinin uzaktan izlenmesi, ölüm ve hastaneye yatış riskini azaltmış ve yaşam kalitesini artırmıştır (Haleem et al., 2021).

Teletıp, web tabanlı modeller, telefon yardım hattı ve toplum sağlığı danışmanları, kronik hastalık yönetimini iyileştirmek için uygulanan yeni stratejilerdir (Yang et al., 2019). Teletıp uygulamasıyla birlikte, hastaların hem doktorunun hem de kendisinin konfor alanında, güvenilir tıbbi yardım almasını sağlar. Hasta kişinin işten izin almasını veya çocuk bakımı gibi düzenlemeler yapmasına gerek kalmaz. Kronik tıbbi sorunlara sahip veya bağışıklık sistemi zayıf olan hastalarda, hastane ortamında gitmek ve başkalarıyla yakın mesafelerde bulunmak enfeksiyona neden olabileceğinden, teletıp uygulamaları enfeksiyona yakalanma riskini ortadan kaldırır (Haleem et al., 2021).

Bireyler sağlık hizmetlerine erişimde birçok önemli engelle karşı karşıya kalabilmekte ve hizmet erişilebilir olduğunda ise genellikle güvensiz veya verimsiz olabilmektedir. Teletıp hizmetleriyle birlikte, her bir bileşenin mevcut yetersizliklerine değinerek sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi konusunda ümit verici gelişmeler kaydedilmiştir (Barbosa et al., 2021). Bu bağlamda, teletıp hizmetinin özellikle uzak bölgeler gibi yeterli klinik bakımın bulunmadığı veya eksikliğinin olduğu, yetersiz hizmet alan topluluklarda yararlı olduğu gösterilmiştir (Nittari et al., 2020).

Teletıp, telekomünikasyon ve elektronik bilgi teknolojilerinin yardımıyla sağlıkla ilgili sunulan bir hizmettir. Hasta ve onlara hizmet sunan doktorlar veya sağlık hizmeti sağlayıcılarına olanak sağlamak için tasarlanan hizmet-

lerin tümünü ifade eder. Çevrimiçi hasta konsültasyonları, uzaktan kontrol, tele sağlık hemşireliği, uzaktan fiziksel ve psikiyatrik rehabilitasyon gibi geniş bir kullanım alanına sahiptir (Haleem et al., 2021).

Sağlık hizmetlerine erişim, optimal sağlık sonuçlarına ulaşma girişimlerinde mevcut kaynakların kullanılmasına bağlı olup üç ana bileşenden oluşmaktadır (Tablo 2).

1. Sağlık sistemine giriş,
2. Mevcut hizmetlerin yeterli düzeyde sağlanması ve
3. Bakımın zamanında sağlanması.

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Teletıp Müdahalesine Uygun Bileşenleri (Barbosa et al., 2021)

Sağlık Hizmetlerine Erişimin Bileşenleri	Teletıp Tarafından Ele Alınan Sınırlamalar
Sağlık sistemine giriş	Ulaşım engelleri (örn. ulaşımın olmaması, sağlık kuruluşuna uzak coğrafi mesafe, ulaşım maliyeti, araca sınırlı erişim, toplu taşımının güvenilirliği, hastalık nedeniyle araç kullanamama)
Mevcut hizmetlerin yeterli düzeyde sağlanması	Sağlayıcının mevcudiyeti (örneğin, tıbbi olarak yetersiz hizmet verilen alanlarda doktor sıkıntısı)
Bakımın zamanında sağlanması.	Uzun bekleme süreleri (örneğin, ihtiyaç duyulduğunda bakım aramayı caydırmak amacıyla bir sonraki uygun sağlayıcı için aşırı bekleme süreleri)

Telehemşirelik Uygulamaları

Tele-hemşirelik uygulamaları 24 saat boyunca, hasta eğitimi, hemşirelik telekonsültasyonu, tıbbi tedavi sonuçlarının izlenmesi için fırsatlar sağlamak üzere tasarlanmış ve doktorlara tıbbi protokollerin uygulanmasında yardımcı olabilen yeni bir uygulama alanı olarak karşımıza çıkmaktadır (Yang et al., 2019).

Telehemşirelik Kavramı; hemşirelik bakımı, hemşirelik hizmetlerinin yönetim ve koordinasyonlarının telefon, faks, elektronik posta, internet, video izleme ve etkileşimli video gibi çok çeşitli telekomünikasyon teknolojilerini içeren telekomünikasyon teknolojisi aracılığıyla sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Yang et al., 2019).

Uluslararası Hemşireler Birliği'ne göre telehemşirelik, hasta bakımını artırmak amacıyla, hemşirelikte ses ve bilgi iletmek için elektromanyetik cihazların kullanımını da içeren telekomünikasyon teknolojilerinden yararlanmak olarak tanımlanmakta olup, teletıp uygulamasının bir alt kümesidir. Ta-

burculuk sonrası telefon takibi, hastaların ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve arayanların bakım sorunlarına yardımcı olunması açısından oldukça faydalı ve ucuz bir yöntemdir. Ayrıca taburculuk sonrası telefon görüşmeleri, hastaneden taburcu olduktan sonra oluşabilecek bakım boşluklarının belirlenmesi ve düzeltilmesine yardımcı olur (Raesi et al.,2021).

Dijital Sağlık Hizmetlerinin Halk Sağlığı Alanında Uygulanması

Tele-hemşirelik yeni bir uygulama olmasına rağmen Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde oldukça gelişmiş ve çeşitli sağlık hizmetlerinde yararlanılmaktadır. Ameliyat sonrası sağlık merkezlerine ulaşımında zorluk yaşayan hastaların takibi, kronik hastaların takibi, telefon desteği ve evde hasta bakımı ile ilgili konularda yaygın olarak kullanılmaktadır (Toffoletto and Tello, 2020).

Hemşireler, mevcut sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli bir faktördür ve gelişmiş teknolojiden yararlanarak hastalara sağlık eğitimi vermede önemli rol oynamaktadır. Hemşireler telehemşireliği hastalar için bir sağlık eğitimi aracı olarak kullanabilirler (Marlina et al., 2023).

Sağlıkta İnovasyonun Ve Teknolojik Gelişmelerin Halk Sağlığı Hemşireliği Üzerindeki Etkileri

Dijital Sağlık Teknolojileri: Dijital sağlık teknolojileri, halk sağlığı hemşireliğinde önemli bir dönüşüm aracıdır. Tele sağlık, mobil sağlık (mSağlık), elektronik sağlık kayıtları ve yapay zeka gibi teknolojiler, hemşirelerin hasta takibi, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri sunmalarını kolaylaştırmaktadır. Örneğin, tele sağlık uygulamaları, hemşirelerin uzaktan değerlendirilmesi yapmalarına ve kronik hastalıkları olan bireylerin yönetimine destek olmalarına imkan tanır (Smith et al., 2020).

Yapay Zeka ve Makine Öğrenimi: Yapay zeka ve makine öğrenimi, sağlık hizmetlerinde karar verme süreçlerini destekleyerek halk sağlığı hemşireliğinin etkinliğini artırmaktadır. AI tabanlı sistemler, büyük veri setlerinden elde edilen bilgileri analiz ederek, hastalık salgınlarının erken tespiti, risk değerlendirmesi ve sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmesi gibi alanlarda kullanılmaktadır (Madhavan et al., 2021).

Giyilebilir Teknolojiler ve Uzaktan İzleme: Giyilebilir sağlık teknolojileri ve uzaktan izleme sistemleri, halk sağlığı hemşireliğinde hasta yönetimini dönüştürmektedir. Bu teknolojiler, hastaların fiziksel aktivite düzeyleri, kalp atış hızı, kan şekeri seviyeleri gibi sağlık göstergelerini gerçek zamanlı olarak izlemelerine olanak tanır. Bu sayede, hemşireler risk altındaki bireyleri proaktif bir şekilde yönetebilir ve potansiyel sağlık sorunlarını erken aşamada tespit edebilirler (Downes et al., 2019).

Eğitim ve Kapasite Geliştirme: Teknolojik gelişmeler, halk sağlığı hemşireliği eğitiminde de yenilikler sunmaktadır. Sanal gerçeklik, artırılmış gerçeklik ve simülasyon tabanlı öğrenme, hemşirelerin pratik becerilerini geliştirmelerine ve gerçek dünya senaryolarında karşılaşabilecekleri zorluklara hazırlanmalarına yardımcı olmaktadır (Lee et al., 2022).

Halk Sağlığı Gözetimi ve Salgın Yönetimi: Teknolojik gelişmeler, halk sağlığı gözetimini ve salgın yönetimini iyileştirmekte büyük rol oynamaktadır. Yapay zeka ve büyük veri analizi, salgınların erken tespit edilmesi, yayılma modellerinin tahmin edilmesi ve etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesinde kullanılmaktadır. Bu teknolojiler, halk sağlığı hemşirelerinin salgın sırasında kaynakları daha etkin bir şekilde yönlendirmelerine ve halkı bilgilendirmelerine olanak tanır (Pham et al., 2020).

Sağlık Eğitimi ve Teşviği: Dijital sağlık platformları ve sosyal medya, halk sağlığı hemşirelerinin sağlık eğitimi ve teşvik faaliyetlerini geniş bir kitleye ulaştırmalarında önemli bir araç haline gelmiştir. Bu platformlar, sağlık bilincinin artırılması, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının teşvik edilmesi ve halkın sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması gibi konularda kullanılmaktadır (Chen and Wang, 2021).

Kronik Hastalık Yönetimi: Teknolojik inovasyonlar, kronik hastalıkların yönetiminde de devrim yaratmaktadır. Uzaktan izleme sistemleri ve giyilebilir teknolojiler, hastaların sağlık durumlarının sürekli takip edilmesini sağlayarak, halk sağlığı hemşirelerinin zamanında müdahale etmelerine ve hastaların kendi sağlıklarını yönetmelerine yardımcı olmaktadır. Bu, kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında ve hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir adımdır (Patel et al., 2023; Taylor et al., 2022).

Sağlık Hizmetlerinin Erişilebilirliği: Teknolojik inovasyonlar, özellikle kırsal ve ulaşılması zor bölgelerde yaşayan bireyler için sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmaktadır. Tele sağlık ve mobil sağlık uygulamaları, bu bireylerin uzman sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (Gupta et al., 2023).

Epidemiyolojik Araştırmalar ve Halk Sağlığı Gözetimi: Teknolojik gelişmeler, epidemiyolojik araştırmalar ve halk sağlığı gözetiminde yeni yöntemlerin geliştirilmesine olanak tanımaktadır. Büyük veri analizi ve yapay zeka, sağlık verilerinin daha etkin bir şekilde işlenmesini ve analiz edilmesini sağlayarak, hastalık salgınlarının erken tespit edilmesi ve yayılmasının önlenmesinde önemli bir araç haline gelmiştir. Bu teknolojiler, halk sağlığı politikalarının ve müdahalelerinin geliştirilmesinde de kullanılmaktadır (Chao et al., 2023; Lee et al., 2023).

Sağlık Eğitimi ve Toplumun Bilinçlendirilmesi: Dijital sağlık platformları ve sosyal medya, halk sağlığı bilgilendirme kampanyalarının yayılmasında etkili araçlar olarak öne çıkmaktadır. Bu platformlar, halk sağlığı hemşirelerinin sağlık eğitimi materyallerini geniş bir kitleye ulaştırmasına ve toplumun sağlık konularında bilinçlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, mobil sağlık uygulamaları aracılığıyla bireylerin sağlık durumlarını takip etmeleri ve sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmaları teşvik edilmektedir (Nguyen et al., 2023).

Sağlık Hizmetlerinin Erişilebilirliği: Teknolojik inovasyonlar, özellikle kırsal ve ulaşımı zor bölgelerde yaşayan bireyler için sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmaktadır. Tele sağlık ve mobil sağlık hizmetleri, uzman sağlık hizmetlerinin bu bölgelerdeki bireylere ulaştırılmasını sağlayarak, sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu sayede, halk sağlığı hemşireleri, coğrafi engelleri aşarak daha geniş bir hasta popülasyonuna hizmet verebilmektedir (Isakadze and Marvel 2023; Siddiqui, 2022).

Veri Güvenliği ve Mahremiyet: Sağlıkta dijital dönüşüm, büyük miktarda kişisel ve hassas sağlık verisinin toplanmasını ve işlenmesini gerektirmektedir. Bu durum, veri güvenliği ve hastaların mahremiyetinin korunması konusunda önemli endişelere yol açmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve teknoloji firmaları, veri güvenliğini sağlamak ve mahremiyet ihlallerini önlemek için gelişmiş şifreleme teknikleri ve veri koruma protokolleri geliştirmek zorundadır (Kumar et al., 2023).

Teknolojik Eşitsizlikler: Teknolojik inovasyonların sağlık hizmetlerine entegrasyonu, teknolojik eşitsizlikleri de gün yüzüne çıkarmaktadır. Kırsal ve düşük gelirli bölgelerde yaşayan bireyler, teknolojik araçlara ve internete erişim konusunda zorluklar yaşayabilirler. Bu durum, sağlık hizmetlerinde mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirebilir. Bu nedenle, teknolojik gelişmelerin herkes için erişilebilir ve adil olmasını sağlamak, politika yapıcıların ve sağlık hizmeti sağlayıcıların önemli bir sorumluluğudur (Storeng et al., 2021).

Etik ve Yönetişim: Yapay zeka ve makine öğrenimi gibi teknolojilerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, etik ve yönetim konularını da beraberinde getirmektedir. Bu teknolojilerin kullanımı, karar verme süreçlerinde şeffaflık, hesap verebilirlik ve adil olma gibi etik ilkeleri korumayı gerektirir. Ayrıca, bu teknolojilerin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, hastaların ve sağlık hizmeti kullanıcılarının haklarının korunması için etik kurallar ve yönetim mekanizmalarının oluşturulması önem taşımaktadır (Čartolovni et al., 2024).

SONUÇ

Bu kitap bölümü ile, sağlıkta inovasyon, teknolojik gelişmeler ve halk sağlığı hemşireliği konusunda araştırma yapılarak literatüre katkı sunmak istenmiştir. Tarama sonucunda, sağlık sektöründe yenilik ve inovasyon, özellikle hemşirelik alanında, hasta bakımının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlık sonuçlarının geliştirilmesi amacıyla giderek daha önemli hale gelmektedir. Özellikle dijital sağlık hizmetleri ve sağlık bilgi teknolojisi, bu alandaki yenilikçi çözümlerin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Hemşirelerin sağlık hizmetlerinde yenilikçi bir zihniyeti teşvik etme konusundaki önemi ve bu alandaki potansiyel avantajlarının yanı sıra, dijital sağlık hizmetlerinin ve teletıp uygulamalarının hemşirelik pratiği üzerindeki olumlu etkileri de vurgulanmaktadır. Bu yenilikçi uygulamalar, hasta bakımının daha etkili, organize ve erişilebilir hale gelmesini sağlayarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yöneliktir.

Telesağlık hizmetlerinin özellikle COVID-19 gibi salgın zamanlarında önemli bir rol oynadığı ve sağlık hizmetlerine erişimdeki engelleri azalttığı belirtilmektedir. Özellikle, teletıp ve telehemşirelik uygulamalarının, hastaların uzaktan takibi, tıbbi danışmanlık hizmetleri ve kronik hastalıkların yönetimi gibi alanlarda önemli faydalar sağladığı görülmektedir. Bu uygulamalar, sağlık hizmetlerine erişimi artırarak ve sağlık sonuçlarını iyileştirerek sağlık hizmetlerinin daha sürdürülebilir hale gelmesine katkıda bulunabilir.

Hemşirelik alanında inovasyon ve dijital sağlık teknolojilerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve hasta bakımının daha etkili bir şekilde yönetilmesi için önemli bir potansiyele sahiptir. Bu alanlarda yapılan yenilikler, sağlık hizmetlerine erişimi artırabilir, sağlık sonuçlarını iyileştirebilir ve sağlık sisteminin daha sürdürülebilir hale gelmesine katkıda bulunabilir.

Bir diğer önemli konu ise, Dijital sağlık teknolojilerinin, halk sağlığı hemşireliği özelinde de önemli bir dönüşüm aracı olarak ortaya çıkmasıdır. Tele sağlık, mobil sağlık (mSağlık), elektronik sağlık kayıtları ve yapay zeka gibi teknolojiler, hemşirelerin hasta takibi, sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri sunmalarını kolaylaştırmaktadır. Yapay zeka ve makine öğrenimi gibi teknolojiler, sağlık hizmetlerinde karar verme süreçlerini destekleyerek halk sağlığı hemşireliğinin etkinliğini artıracığı düşünülmektedir. Giyilebilir sağlık teknolojileri ve uzaktan izleme sistemleri, halk sağlığı hemşireliğinde hasta yönetimini dönüştürmektedir. Eğitim ve kapasite geliştirme alanında teknolojik gelişmeler, hemşirelerin pratik becerilerini artırarak gerçek dünya senaryolarında daha etkin bir şekilde hizmet vermelerine yardımcı olacaktır.

Halk sağlığı gözetimi ve salgın yönetimi, yapay zeka ve büyük veri (big data) analizi gibi teknolojiler sayesinde daha etkin bir hale gelmektedir. Sağlık eğitimi ve promosyonunda dijital platformlar ve sosyal medya önemli bir rol oynamakta, kronik hastalık yönetimi ise uzaktan izleme sistemleri ve giyilebilir teknolojilerle desteklenmektedir. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, özellikle kırsal ve ulaşımı zor bölgelerde yaşayan bireyler için teknolojik inovasyonlarla artırılmaktadır. Ancak, teknolojik eşitsizlikler ve veri güvenliği gibi konular da göz önünde bulundurulmalıdır. Etik ve yönetim ise teknolojinin sağlık hizmetlerine entegrasyonunda önemli bir rol oynayacağı literatürde bildirilmektedir.

KAYNAKÇA

- Asimakopoulou, E. (2020). Telenursing In Clinical Practise And Education. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 781-2.
- Barbosa, W., Zhou, K., Waddell, E., Myers, T., & Dorsey, E. R. (2021). Improving Access To Care: Telemedicine Across Medical Domains. *Annual review of public health*, 42, 463-481.
- Blandford, A., Wesson, J., Amalberti, R., AlHazme, R., & Allwihan, R. (2020). Opportunities And Challenges For Telehealth Within, And Beyond, A Pandemic. *The Lancet Global Health*, 8(11), e1364-e1365.
- Čartolovni, A., Tomičić, A., & Mosler, E. L. (2022). Ethical, legal, and social considerations of AI-based medical decision-support tools: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 161, 104738.
- Chao, K., Sarker, M. N. I., Ali, I., Firdaus, R. R., Azman, A., & Shaed, M. M. (2023). Big data-driven public health policy making: Potential for the healthcare industry. *Heliyon*, 9(9).
- Chen, J., & Wang, Y. (2021). Social media use for health purposes: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 23(5), e17917.
- Crawford, A., & Serhal, E. (2020). Digital Health Equity And Covid-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce The Social Gradient Of Health. *Journal of medical Internet research*, 22(6), e19361.
- Dorsey E.R., Topol E.J. (2016). State of Telehealth N Engl J. Med, 375:154-61.
- Downes, E., Horigan, A., & Teixeira, P. (2019). The transformation of health care for patients: Information and communication technology, digiceuticals, and digitally enabled care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(3), 156-161.
- Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S.(2015). Interactive Telemedicine: Effects On Professional Practice And Health Care Outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(9):CD002098.
- Groom, L. L., McCarthy, M. M., Stimpfel, A. W., & Brody, A. A. (2021). Telemedicine And Telehealth In Nursing Homes: An Integrative Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1784-1801.
- Gupta, P., Choudhury, R., & Kotwal, A. (2023). Achieving health equity through healthcare technology: Perspective from India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(9), 1814-1817.
- Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., & Suman, R. (2021). Telemedicine For Healthcare: Capabilities, Features, Barriers, And Applications. *Sensors international*, 2, 100117.
- Isakadze, N., & Marvel, F. A. (2023). What Are the Features Promoting and Deterring Engagement in Mobile Health Intervention Use. *JACC: Advances*, 2(8), 100615.

- Kelly, C. J., & Young, A. J. (2017). Promoting Innovation In Healthcare. *Future health-care journal*, 4(2), 121.
- Kumar, S., & Ahlawat, P. (2023). Security and Privacy Concerns in Smart Healthcare. In *Security Implementation in Internet of Medical Things* (pp. 137-175). CRC Press.
- Lee, B. Y., Greene, D., Scannell, S. A., McLaughlin, C., Martinez, M. F., Heneghan, J. L., ... & Bartsch, S. M. (2023). The Need for Systems Approaches for Precision Communications in Public Health. *Journal of Health Communication*, 28(sup1), 13-24.
- Lee, J., Campbell, S., Choi, M., & Bae, J. (2022). Authentic learning in healthcare education: A systematic review. *Nurse Education Today*, 105596.
- Lin MH, Yuan WL, Huang TC, Zhang HF, Mai JT, Wang JF.(2017). Clinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis. *J Investig Med*. 2017;65(5): 899–911.
- Madhavan, S., Bastarache, L., Brown, J. S., Butte, A. J., Dorr, D. A., Embi, P. J., ... & Ohno-Machado, L. (2021). Use of electronic health records to support a public health response to the COVID-19 pandemic in the United States: a perspective from 15 academic medical centers. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(2), 393-401.
- Mahtta, D., Daher, M., Lee, M. T., Sayani, S., Shishehbor, M., & Virani, S. S. (2021). Promise And Perils Of Telehealth In The Current Era. *Current cardiology reports*, 23, 1-6.
- Maleka, N. H., & Matli, W. (2022). A Review Of Telehealth During The COVID-19 Emergency Situation In The Public Health Sector: Challenges And Opportunities. *Journal of Science and Technology Policy Management*.
- Marlina, T. T., Haryani, H., Widyawati, W., & Febriani, D. H. (2023). The Effectiveness Of Telenursing For Diabetes Self-Management Education: A Scoping Review. *The Open Nursing Journal*, 17(1).
- National Academy of Medicine, *The Future Of Nursing 2020–2030: Charting A Path To Achieve Health Equity*. Washington, DC: The National Academies Press (2021).
- Neri, A. J., Whitfield, G. P., Umeakunne, E. T., Hall, J. E., DeFrances, C. J., Shah, A. B., ... & Strona, F. V. (2022). Practice Full Report: Telehealth and Public Health Practice in the United States—Before, During, and After the COVID-19 Pandemic. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(6), 650.
- Nguyen Zarndt, A., Guo, M., & Benozza, G. (2023). The role of social media influencers as trusted messengers in tobacco control mass media campaigns. *Journal of Communication in Healthcare*, 16(4), 344-346.
- Nittari, G., Khuman, R., Baldoni, S., Pallotta, G., Battineni, G., Sirignano, A., ... & Ricci, G. (2020). Telemedicine Practice: Review Of The Current Ethical And Legal Challenges. *Telemedicine and e-Health*, 26(12), 1427-1437.

- Osingada, C. P., & Porta, C. M. (2020). Nursing And Sustainable Development Goals (Sdgs) İn A COVID-19 World: The State Of The Science And A Call For Nursing To Lead. *Public Health Nursing*, 37(5), 799-805.
- Patel, H. A., Hayden, K. A., Bouchal, S. R., & King-Shier, K. (2023). Self-Care Practices of Patients with Heart Failure Using Wearable Electronic Devices: A Systematic Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 38(4), 319-329.
- Pham, Q. V., Nguyen, D. C., Huynh-The, T., Hwang, W. J., & Pathirana, P. N. (2020). Artificial intelligence (AI) and big data for coronavirus (COVID-19) pandemic: a survey on the state-of-the-arts. *IEEE access*, 8, 130820-130839.
- Pierce, R. P., & Stevermer, J. J. (2023). Disparities İn The Use Of Telehealth At The Onset Of The COVID-19 Public Health Emergency. *Journal of telemedicine and telecare*, 29(1), 3-9.
- Raesi, R., Shaye, Z. A., Saghari, S., Sheikh Beig Goharrizi, M. A., Raei, M., & Hus-hmandi, K. (2021). The İmpact Of Education Through Nurse-Led Telephone Follow-Up (Telenursing) On The Quality Of Life Of COVID-19 Patients. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 96, 1-7.
- Rigtering, C., Spaans, L. J., & de Jong, J. P. (2023). How To Bridge The Nurse İnnovation–Diffusion Gap? An İn-Depth Case Study Of Create4Care. *Frontiers in Public Health*, 11.
- Senbekov, M., Saliev, T., Bukeyeva, Z., Almabayeva, A., Zhanaliyeva, M., Aitenova, N., ... & Fakhradiyev, I. (2020). The Recent Progress And Applications Of Digital Technologies İn Healthcare: A Review. *International journal of telemedicine and applications*, 2020.
- Sheikh, A., Anderson, M., Albala, S., Casadei, B., Franklin, B. D., Richards, M., ... & Mossialos, E. (2021). Health İnnformation Technology And Digital İnnovation For National Learning Health And Care Systems. *The Lancet Digital Health*, 3(6), e383-e396.
- Siddiqui, A. T. (2022). Successful Conditions in Implementing Telehealth Support to Remote Areas. In *Information and Communication Technology (ICT) Frameworks in Telehealth* (pp. 13-29). Cham: Springer International Publishing.
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*, 26(5), 309-313.
- Storeng, K. T., Fukuda-Parr, S., Mahajan, M., & Venkatapuram, S. (2021). Digital technology and the political determinants of health inequities: special issue introduction. *Global Policy*, 12, 5-11.
- Taylor, M. L., Thomas, E. E., Vitangcol, K., Marx, W., Campbell, K. L., Caffery, L. J., ... & Kelly, J. T. (2022). Digital health experiences reported in chronic disease management: an umbrella review of qualitative studies. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(10), 705-717.

- Toffoletto, M. C., & Tello, J. D. A. (2020). Telenursing İn Care, Education And Management İn Latin America And The Caribbean: An İntegrative Review. *Revista brasileira de enfermagem*, 73.
- Tseng, L. P., Hou, T. H., Huang, L. P., & Ou, Y. K. (2021). Effectiveness Of Applying Clinical Simulation Scenarios And İntegrating Information Technology İn Medical-Surgical Nursing And Critical Nursing Courses. *BMC nursing*, 20(1), 1-14.
- Yang, S., Jiang, Q., & Li, H. (2019). The Role Of Telenursing İn The Management Of Diabetes: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Public Health Nursing*, 36(4), 575-586.

BÖLÜM 7

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMI KALİTESİ¹

Sevde Begüm ÇAKIR²

Melek ARDAHAN³



¹ Tezden üretilmiştir. Künye numarası: 10572021

² Uzman Hemşire Sevde Begüm ÇAKIR ORCID ID: 0009-0000-6059-2982

³ Prof. Dr. Melek ARDAHAN İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı ORCID ID: 0000-0003-2699-0885

1. İş Yaşamı Kalitesi

Bir insanın rutin günlük hayatında işte çalıştığı saatler; günün büyük bir parçasını oluşturmaktadır. Dolayısı ile iş yaşamı, hayatın ayrılmaz bir bölümdür (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Günday Karabulut, Taş, Abacıgil ve Arslantaş, 2022).

İş yaşamı kalitesi (İYK) kavramsal olarak, kişilerin iş yaptığı ortamlarla ilişkisinin niteliğini ifade etmektedir. Olumsuz çalışma koşullarının iyileştirilip bireylerin işle ilgili refah düzeylerinin artırıldığı kapsamlı bir yapısı vardır (Camargo et al, 2021; Doğan, Bayır ve Cinnioğlu, 2022). Bunun yanında İYK, çalışanların değerini artıran bir yönetim felsefesi olarak da karşımıza çıkmaktadır. Yani, İYK ile daha verimli koşulların oluşturulduğu bir iş ortamı ve çalışanlara verilen önem ile iş doyumunun sağlanması durumu ifade edilmektedir (Erdem ve Kaya, 2013; Taşdan ve Erdem, 2010).

İşe duyulan ilgi, işte stresin bulunmaması, motive edilme, kariyer imkanı, terfi durumu, işverene karşı hissedilen güven, işveren ve çalışan arasındaki ilişkide uyum ve ekonomik olarak tatmin eden kazanç gibi bazı faktörler; iş yaşamı kalitesini belirleyen temel özelliklerdendir (Erat, Korkmaz, Çimen ve Yahyaoglu, 2011).

1.1. İş Yaşamı Kalitesinin Tanımı

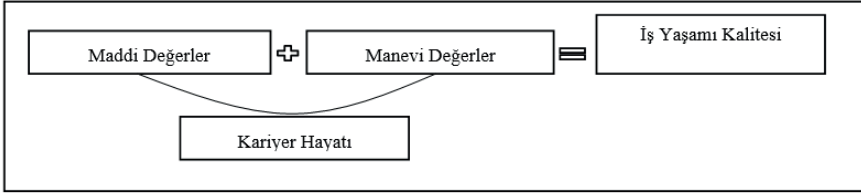
İYK; İngilizcede “quality of work life” veya “working life quality” şeklinde belirtilmektedir. Dilimizde ise karşılık olarak; İYK, çalışma hayatının/işin insancillaştırılması, iş hayatının niteliği gibi farklı kavramlar kullanılmaktadır (Akar ve Üstüner, 2017; Dere ve Alkan, 2022; Turunç, Şeşen, Tabak ve Türkyılmaz, 2010).

Bir tanımda İYK; “*çalışma koşullarının değerlendirilmesi, çalışanın memnuniyeti ve memnuniyetsizlikleri, verimlilik, örgütteki sosyal çevre, yönetim tarzı, iş yaşamının ve iş dışı yaşamın birbiriyle ilişkisi; kısaca iş çevresinin tamamındaki güçlü ve güçsüz yönleri içine alan bir kavram*” şeklinde açıklanmıştır (Çolak Coşkun ve Uğur, 2018).

İYK, “*bir yönetim felsefesi olarak çalışanlara iş yerlerinde daha nitelikli iş koşullarının sağlanmasını amaçlayan, çalışanların fiziksel ve psikolojik refah düzeylerini yükselten, kurumsal kültürde değişimler yaratan ve sonucunda tüm işletme çalışanlarının değerini yükselten bir yönetim anlayışı*” olarak tanımlanmaktadır (Güçlü ve Kurşun, 2018; Işığışık, 2018). Bir diğer deyişle İYK kurumun sürekli olarak ulaşmak için çabaladığı bir amaçtır (Martel ve Dupuis, 2006).

İYK, bireyin kariyer hayatının tümünde elde ettiği maddi ve manevi değerlerin toplamı anlamına gelir (Şekil 1). İYK; ücretler ve saatler, çalışma ortamı, faydalar ve hizmetler, kariyer beklentileri, insan ilişkileri, çalışanların

memnuniyet ve motivasyonu gibi işle ilgili yaşamın yönlerini içerir (Bindu ve Yashika, 2014; Dursun ve Eriş, 2018). Aynı zamanda iş güvenliği, ödüllendirme, karar vermede yer alma, eğitim ve kariyerde ilerleme fırsatı gibi birçok boyutu içinde bulunduran kavramsal bir yapıdır (Nasl Saraji ve Dargahi, 2006).



Şekil 1. İş yaşamı kalitesi.

Çalışma ortamındaki yaşam kalitesi kavramı en genel kapsamıyla; çalışanın bedensel ihtiyaçlarının yanında sosyal, zihinsel ve ruhsal ihtiyaçlarının da belirlendiği çalışma ortamı ve koşullarının varlığını ifade etmektedir (Hipólito, Masson, Monteiro ve Gutierrez, 2017; Memiş, Hoşgör, Boz, Gün ve Gündüz Hoşgör, 2015; Polat ve Erzurum, 2017).

İYK, bir kurumda çalışanların kendilerini güvende hissettikleri bir ortamda, kendi yaşam kalitelerini de yükseltme yönündeki beklentileri ifade eden bir kavramdır (Tokmak, 2021). Kişinin yalnızca kendi yaşam kalitesini yükselten bir sistem olmamakla beraber; kurumun tüm oluşumlarını kapsayıp yapılan işin zenginliğini artıran, denetimlerin etkin ve demokratik olarak sürdürülmesini, güvenli bir iş ortamını sağlayan oldukça önemli bir yapıdır (Hatipoğlu ve Zengin, 2018; Tokmak, 2021).

İYK, kavramsal olarak kişilerin üyesi oldukları organizasyon ve çalışma şartlarıyla alakalı algılarını anlatan geniş bir alanı kapsamaktadır (Tamer ve Öztürk, 2021). İYK insanın yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olmakla beraber özünü ise olumlu iş ortamı oluşturmaktadır (Daşbilek, Doğan Yüksekol ve Orhan, 2022; Erenoğlu, Tambağ, Can ve Kabakoğlu, 2019).

1.2. İş Yaşamı Kalitesinin Tarihsel Gelişimi

İYK ile ilişkin sistemselsel bir anlayış; ilk kez 1950'li yıllarda, Londra'daki Tavistock İnsan İlişkileri Enstitüsü'nde, Eric Trist ve arkadaşlarının yapmış olduğu uygulamalı ve teorik çalışmalarla açıklanmıştır (Akar ve Üstüner, 2017).

1960'lı yıllarda, her bireye eş olarak istihdam alanı sağlanacağı konusuna değinilmiştir. 1960'ların sonlarında İYK olgusunun önemi vurgulanmış, çalışma hayatındaki negatif şartların üzerinde durulmuştur. 1960'lı yılların bi-

timine dek; Amerika’da bulunan işyerlerinin yarısından fazlası, geliştirilmiş yeni anlayışları benimsemişken diğer işyerleri yönetim alanlarında eski tip Taylor sistemini kullanmayı sürdürmüşlerdir. Bunun sonucunda da işyerleri daha çok makineleşmiştir (Martel ve Dupuis, 2006).

1970’lerden itibaren İYK; kurumların gücünün artırılması ve üretimin iyileştirilmesi için işyerlerindeki yönetici pozisyonları yönünden daha fazla dikkat çekmiştir. Bir disiplin olarak bu kavram ilk kez 1972 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nin New York şehrinde düzenlenen uluslararası bir etkinlikte ortaya konulmuştur. Ayrıca İYK ile ilgili çalışmalar yapılması üzerine de Uluslararası Çalışma Yaşamı Kalitesi Konseyi kurulmuştur (Martel ve Dupuis, 2006; May, Lau ve Johnson, 1999). Etkinlik sonrası İYK, araştırma ve uygulama yapacaklar için oldukça önem kazanmıştır (Akman ve İmamoğlu Akman, 2017).

1980’de İYK konu başlıklı uluslararası bir toplantı, Kanada’da gerçekleşmiştir. Kongreyle birlikte İYK’nın tüm kurumlarda önem gösterilmesi ve geliştirilmesi gereken bir etken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. O yıllarda İYK; “*örgüt ile çalışanları arasındaki sosyal, ekonomik ve psikolojik bir ilişki*” şeklinde tanımlanmıştır (Akman ve İmamoğlu Akman, 2017). 1980’li yılların sonuna gelindiğinde gerçekleşen bazı ekonomik bozukluklar, İYK’nın gelişiminde yeniden aksamalar olmasına sebebiyet vermiştir. İşyerlerinin yeniden oluşumu sürecinde bazı öncelikler ortaya çıkmıştır. Bu; birçok işyerinin kuruma ait yapılanmalarını yeniden incelemesine ve kurumsal yaşamın tabiatını kökünden değiştiren adımları yok sayması durumunu meydana getirmiştir (Martel ve Dupuis, 2006; Pugalendhi, Umaselvi ve Nakkeran, 2010).

1990’lı yıllara gelindiğinde iş-aile dengesine dikkat eden, kişinin çabalarının desteklendiği bir kültür oluşturulmaya, etkin çalışma uygulamalarına odaklanılmıştır. Bu dönemde çalışanların iş doyumu algılarına ve örgüt performansına doğru bir yönelme olmuştur (Akman ve İmamoğlu Akman, 2017). Günümüze gelindiği zaman ise, yönetimde modern anlayışa sahip işyerleri; ekonomi açısından büyümeye beraber çalışanlar yönünden de en iyi iş koşullarını sağlamak ve bununla İYK’yı artırmak amacı ile çaba sarf etmektedirler (Pugalendhi vd., 2010; Soybalı ve Akerik, 2022). Günümüzde İYK’ya yönelik daha psiko-sosyal bir anlayış kabul görmektedir. İYK’nın yalnızca kişilerin çalışma yaşamındaki memnuniyeti ile değil; aile ve sosyal hayatı dahil her türlü durumu ile etkileşimde olduğu kanısı bulunmaktadır (Akman ve İmamoğlu Akman, 2017).

İYK ile ilgili çalışmalar; toplum bilimciler, sosyal, endüstri ve örgüt psikologları, insan kaynakları, aile terapistleri, kurumsal davranış alanları ile uğraşan araştırmacılar ve akademisyenler tarafından dikkat çekmektedir. Bununla beraber son zamanlarda ise sağlık hizmeti verilen kurumlarda çalış-

makta olan sağlık profesyonellerinin de ilgisini çeken bir alan haline gelmiştir (Memiş vd., 2015).

1.3. İş Yaşamı Kalitesinin Amaçları

İYK'nın temel amacı, kurumsal başarıyı yakalarken bir yandan da çalışanlar açısından uygun iş koşullarının sağlanmasıdır. İYK'nın iyileştirilmesi, kurumsal etkinliğe ulaşmak için günümüzdeki kurumların ana etmenlerinden biri olarak sayılmaktadır (Tanrıverdi ve Işık, 2014).

İYK'nın amaçları şu şekilde sıralanabilmektedir (Aydın, Çelik ve Uğurluoğlu, 2011; Dikmetaş, 2006):

- Bireyin işi ile ilgili kaygılarının giderilmesi,
- Çalışma ortamında kaza ve yaralanma riskinin en aza indirgenmesi,
- Bireylerin yaptığı işten yüksek düzeyde ekonomik kazanç sağlanması,
- Bireylerin kararlara katılımının sağlanması,
- Bireylerin üretici rolleri için destek verilmesi,
- Bireylerin beceri ve yeteneklerini yüksek seviyede kullanabilmesi için iş, yönetim ve organizasyon süreçlerinin planlanması,
- Bireysel ve sosyal gereksinimlerin dengeli olması,
- Meslekten ayrılmaların önüne geçilmesidir (Aydın, Çelik ve Uğurluoğlu, 2011; Dikmetaş, 2006).

Srivastava ve Kanpur (2014) iş yaşamı kalitesinin amaçlarını şu şekilde açıklamıştır:

- Bireyin üretkenliğinin, hesap verebilirliğinin ve bağlılığının artırılması,
- Ekip çalışması ve iletişimin iyileştirilmesi,
- Kişilerin moralinin yükseltilmesi,
- Kurumsal stresin azaltılması,
- İş başında ve iş dışındaki ilişkilerin geliştirilmesi,
- Güvenli çalışma şartlarının geliştirilmesi,
- Yeterli derecede “İnsan Kaynakları Geliştirme Programları” sağlanması,
- Çalışanların memnuniyet düzeyinin artırılması,
- İşyerinde öğrenmenin artırılması,
- Devam eden değişimin ve geçişin daha iyi yönetilmesi,

- Organizasyonun şekillendirilmesinde her düzeyde yönetime katılım sağlanmasıdır (Srivastava ve Kanpur, 2014).

1.4. İş Yaşamı Kalitesinin Önemi

Kişilerin uyku dışındaki günlük yaşamlarının çoğunu, çalışma ortamlarında geçirdiği göz önüne alındığında ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden ihtiyaçlarının karşılanmasının oldukça önemli olduğu söylenebilmektedir. Kişi çoğunlukla evde ailesi ile birlikte olduğundan daha uzun zamanda işyerinde bulunmaktadır (Öztürk, Kıracı ve Kara, 2018; Şantaş, Işık ve Çilhoroz, 2018). İnsanların işyerinde sarf ettikleri zaman ve enerji miktarına bakıldığında, çalışan bireylerin iş yaşamlarından memnun olmaları organizasyonlar tarafından sağlanmalıdır. Bu bağlamda da İYK düzeyinin yüksek olduğu organizasyonlar yüksek verimlilik kaydetmektedir denilebilir (Sivuk ve Seyhan, 2021).

İYK, bireyin işteki etkinlik ve verimliliğine doğrudan etkisi olan unsurları içinde bulunduran önemli bir yönetim sürecidir (Öztürk vd., 2018). Bu süreç; organizasyonlardaki kişilerarası ilişki ve iletişim, yöneticilerle çalışanların işbirliği, iş ile iş dışında sağlanan sosyal imkânlar ve kolaylıklar, bireyin kendini yetiştirme ve geliştirme kapasitesi, danışma ve karar verme süreçlerine katılım, işteki güvenlik ve sağlık ortamı, kurumun sağlık ve güvenle büyümesi, ücret ve ödül sistemi gibi yönetimle ilgili birçok faktörü kapsamaktadır (Fernandes et al., 2017).

Bireyin işyerindeki pozisyonu ya da mevcut olan durum ne olursa olsun, çalışma hayatından duyulan memnuniyetsizlik; belli bir zamanda veya başka bir yerde kişiyi etkilemektedir. Çalışanlarda sık sık gerçekleşen hayal kırıklığı, öfke, can sıkıntısı gibi olumsuzluklar hem bireye hem de örgüte pahalıya mal olabilmektedir (Dere ve Alkan, 2022; Durmuş ve Alkan, 2021; Erat vd., 2011). Çalışanlar adına çalışma koşullarını, yöneticiler adına ise örgütsel etkinliği geliştirmek amacıyla çalışan memnuniyetini artırmak; zorunlu bir durum olarak söylenebilmektedir (Erat vd., 2011).

Başarı ve etkili bir çalışma için bireylerin iş yaşamı kalitesinin tam olarak sağlanması gerekmektedir. İşe olan bağlılık, başarı, performans ve verimlilik iş yaşamı kalitesinin yeterliliği ile mümkün olmaktadır (Dursun Temiz ve Sivuk, 2022; Erat vd., 2011). İş yaşamı kalitesini sağlayan unsurlarla birlikte mükemmel iş ortamı oluşurken üretkenliğin ve verimliliğin artmasıyla stratejik amaçlara da hizmet edilmektedir (Öksüz ve Erkılıç, 2022).

Yüksek düzeyde bir İYK için, çalışanlara kurum için katkısı olacak bazı fırsatlar verilmelidir. Bu sebeple yönetim ve insan kaynakları birimleri; çalışanlarının karar verme gibi bazı süreçlerde etkinliklerinin artmasına olanak sunarak buna uygun yöntemler geliştirmelidir (Erat vd., 2011; Öztürk vd., 2018).

İYK organizasyonların verimli ve sorunsuz çalışması için kritik öneme sahiptir. Çünkü İYK'nın olmasıyla çalışanların bağlılığı ve bunun sonucunda gereken potansiyelleri sağlanır (Shawabkeh ve Hijjaw, 2018). Yeni personel çekmek ve bir işgücünü elde tutmak için İYK'nın yüksek olması gereklidir (Raeissi, Rajabi, Ahmadizadeh, Rajabkhah ve Kakemam, 2019).

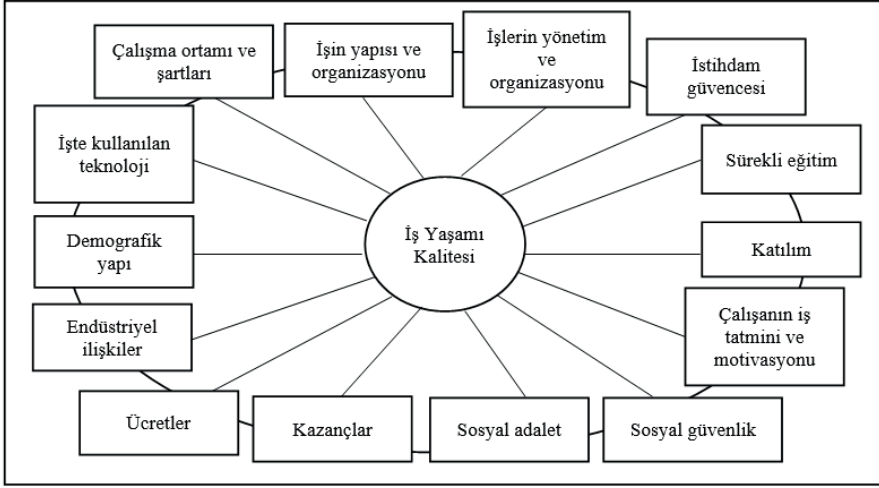
1.5. İş Yaşamı Kalitesinin Özellikleri

İYK'yı oluşturan temel özellikler şu şekilde sıralanmaktadır (Erat vd., 2011):

- İş ile ilgilenilmesi,
- Kişinin kariyeriyle ilgili hedeflerini gerçekleştirebilme imkânı,
- Karar alma süreçlerine katılım,
- Terfi etme durumu,
- Yönetime karşı güven duyulması,
- Saygı gösterilmesi,
- İşteki stresin az olması,
- Ekonomik yönden rahat olunması,
- İş ortamının fiziki şartlarının uygunluğu,
- Yönetici ile ilişkinin uyumlu olması,
- İşin, kişinin özel hayatında iyi bir etkisinin olması,
- Sendikalar ile yöneticiler ilişkilerindeki uyumdur (Erat vd., 2011).

Bir kurumda belirlenen hedefleri gerçekleştirirken iş ortamındaki şartların, kişinin bireysel ve işle ilgili gereksinimlerini ne şekilde giderebileceğinin algısı diye nitelendirilen İYK'nın asıl odağı; çalışanların performansı, bağlılığı ve memnuniyetidir (Almalki, FitzGerald ve Clark, 2012).

Kavramsal olarak İYK; Şekil 2'de görüleceği üzere çalışmayı direkt veya dolaylı olarak etkileyen birçok faktörü bütünleştirmektedir (Çelebi ve Uysal, 2019; Turunç vd., 2010).



Şekil 2. İş yaşamı kalitesinin bütünleştirdiği faktörler.

Genelde İYK çalışanlara; sorumluluk, esneklik, güvenlik, dürüstlük, sahiplik, özerklik, aile demokrasisi gibi kavramları aşılır (Kılıç ve Keklik, 2012). Son zamanlarda, İYK'nın kurumların etkinliğinde rol oynayan bir etmen olduğu düşüncesi kabul görmektedir. İYK ile ilişkili iş, tazminat, insani ilişkiler, gelişme fırsatı ve çalışan bireylerin gelişimi vb. kavramlar; kurum kültürüne ve kurumun etkinliğine de etki edebilmektedir (Sivuk, ve Seyhan, 2021).

İnsanlar hızla gelişmekte olan bu dünyaya ayak uydurabilmek adına daha fazla çalışmakta, bununla birlikte de kaliteli olarak sürdürülecek bir yaşantı amaçlamaktadırlar. Bu amacın gerçekleşebilmesi için İYK'nın iyi bir seviyede olması gerekmektedir. Kişinin hem çalıştığı kurumda hem şahsi hayatında göreceği sosyal destek, İYK'yı olumlu yönde etkilemektedir (Öztürk vd., 2018).

Çalışanların haklarıyla ve çalışma hayatlarıyla ilgili birçok gelişmenin gerçekleştiği günümüzde, İYK; odağında insanı bulandıran bir yaklaşımın sonucudur. Küresel rekabetin olduğu bir ortamda çalışanlarından etkin ve verimli bir çalışma, yüksek performans bekleyen yöneticilerin bulunduğu örgütlerde; çalışanlarının fiziksel, ruhsal, sosyal ihtiyaçlarının iyi düzeyde giderildiği iş ortamları sağlanmış olmalıdır (Durmuş, Gerçek, Çiftçi, 2018; Öztürk, Güleç, Güneri, Sevil ve Gürmen, 2013).

Değişimin hızlı olduğu dünyamızda varlığını sürdürebilmeyi ve rekabete üstünlük elde etmeyi hedefleyen kurumlar, yalnızca kullanılan teknolojinin güncel olarak tutulmasının yeterli olmadığını farkına varmışlardır. İş motivasyonu yüksek olan, başarı gösteren, fark oluşturan ve çalıştığı organi-

zasyonda mutlu olan bireyler; ancak kendisini mutluluk ve huzur içinde hissettiği alanlarda örgütsel performans üzerinde pozitif etki oluşturabilmektedir (Sivuk, ve Seyhan, 2021).

1.6. İş Yaşamı Kalitesinin Unsurları

İYK'yı oluşturan unsurlar; şu şekilde karşımıza çıkmaktadır (Çakır, Doğan ve Bayar, 2018; Timossi, Pedroso, Francisco ve Pilatti, 2008; Zare, Haghgooyan ve Asl, 2014):

- **Yeterli ve Adil Ücretlendirme**

Çalışma yaşamındaki asıl amaç, hayatı idame ettirmede gereken paranın elde edilmesidir. Bundan sonra gelen en önemli faktör de yapılan işe karşılık olarak kazanılan paranın yeterli olup olmamasıdır (Yıldırım ve Demirel, 2015; Yücel ve Erkut, 2003). Bununla birlikte ücretin yeterli olup olmaması konusunda belirlenmiş bir ölçüt bulunmamaktadır. Çevre şartlarının değişmesine karşı uyumlu, açık, anlaşılabilir, terfi ile orantılı, birbiri ile eşit performansı olan çalışanlara eşit ücret politikası gibi faktörlerin; yeterli ve adil ücret kapsamında değerlendirilmesi gerekmektedir (Fernandes vd., 2017; Yıldırım ve Demirel, 2015).

- **Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları**

Güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkı; yaşama, vücut bütünlüğünün sürdürülmesi ve sağlık haklarının çalışma hayatına aktarılmasıdır. Bir iş ortamında uygun çalışma saatlerinin bulunması, yara alma, kaza geçirme ihtimalinin azami düzeyde tutulması, işteki koşulların belli yaş sınırının dışında olan çalışanlar için de tehlike arz etmemesi gibi durumlar sağlanırsa bir işletme bu kapsamda değerlendirilebilir (Fernandes vd., 2017; Yücel ve Erkut, 2003).

- **İnsan Kapasitesini Geliştirme Fırsatları**

İşin sağladığı özerklikle birlikte çalışanın becerilerini kullanımı, süreç hakkında bilgisi, görevi yerine getirme ve önceden planlama yetisi, işin temsil edilebilirliği, işe verilen önem ve onu gerçekleştirme özerkliği anlamına gelir (Fernandes vd., 2017; Yücel ve Erkut, 2003).

- **Sürekli Gelişim ve Güvenlik Fırsatları**

Kişinin kendi gelişim yeteneklerini kullanması, yeni beceri ve uğraşlar edinmesi, yaptığı işi kariyer imkânı olarak görmesi, ilerleme olanağı ve güvenlik gibi konular sürekli gelişim ve güvenlik fırsatları kapsamını oluşturmaktadır (Fernandes vd., 2017). İş ile alakalı fırsatlarsa daha çok kariyer konusuna odaklanılmaktadır. Çalışan ve çalışma hayatında yer alan her insan, mesleğinde ilerleme ve kariyer imkânlarını anlayabilme gereksinimi duymaktadır (Tabak, 2005; Yücel ve Erkut, 2003).

- **Örgüt İçinde Sosyal Entegrasyon**

Örgüt içinde sosyal entegrasyon, kişilerin çalıştıkları kurumlarda sosyo-psikolojik gereksinimlerinin giderilmesiyle ilişkilidir. Kurumdaki sosyal birlik; kişilerarası açıklık, sosyal ve siyasal eşitlik, destekleyici grup çalışmaları, kişinin kendi kimliğini ve özsaygısını elde edip edemeyeceği gibi unsurlar ile belirlenmektedir (Dikmetaş, 2006).

- **Çalışan Hakları**

Çalışanların haklarının kurum tarafından korunmasını içermektedir. Eşitlik, kişisel dokunulmazlık ve düşüncelerini ifade edebilme hakları; bu haklar arasında yer almaktadır. Çalışanlar için üyesi oldukları organizasyona göre değişiklik gösterse de yasaların uygulanmasını isteme, müracaat, şikâyet ve dava açma, güvenlik ve çekilme, izin, düşünce özgürlüğü, eşitlik ve korunma hakkı gibi sahip oldukları hakları bulunmaktadır (Fernandes vd., 2017; Yücel ve Erkut, 2003).

- **Çalışma ve Özel Yaşam Alanı**

Kişinin çalışma yaşamındaki durumunun, sosyal yaşamına da etkisi bulunmaktadır. Bu sebeple kişinin iş yaşamında sahip olduğu rolüyle günlük yaşamında gerçekleştirdiği diğer roller arasında bir denge bulunmalıdır. Denge kavramının içinde iş saatleri, kariyer hedefleri, ilerleme ve terfi imkânları gibi durumlar yer almaktadır. İş yaşamı ve onun dışındaki yaşam arasında kurulan denge; bireyin çalışma faaliyetlerini, görevlerini, ailevi ve sosyal durumunu belirleyen bir faktördür (Dikmetaş, 2006; Yücel ve Erkut, 2003).

- **Çalışma Yaşamının Sosyal Boyutu**

Çalışan bireylerin içinde buldukları kurumun sosyal sorumluluk anlayışlarını nasıl algıladıklarını ifade etmektedir. Yaptığı işin sosyal bir olgu olduğunu düşünen kişiler, sosyal sorumluluk sahibi olmayan organizasyonlarda gerçekleştirdikleri işleri değersiz bulmakla birlikte kendilerine olan saygılarını kaybetmektedirler (Dikmetaş, 2006; Yücel ve Erkut, 2003). Bu kişilerin sosyal açıdan yararlı olacak işleri yapma istekleri vardır. İşin açık ve net olarak topluma katkısı olduğunda, o işte çalışıyor olmak kişide bir anlam ifade edecektir. Özetle sosyal sorumluluk düzeyi yüksek olan bir işte çalışıyor olmak İYK üzerinde etkilidir (Macit, Eren, Karaman ve Demir, 2019).

1.7. İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Faktörler

İYK'yı etkileyen; örgütsel, kişisel ve dışsal bazı faktörler bulunmaktadır (Bulgan, Büyüker İşler ve Çayan, 2021; Güzel ve Temel, 2022; Kılıç ve Keklik, 2012; Sivuk ve Seyhan, 2021; Şantaş vd., 2018):

- **Cinsiyet:** İş yaşamı yanında kadınların; aynı zamanda evlerinde de toplum tarafından beklenen bir ev hanımı rolü bulunmaktadır. İş ortamındaki zorluklara, uzun süren çalışma saatleri, ev yaşamındaki kadın ve anne rolü

ve toplumsal baskı gibi bazı sorunlar da eklenmektedir (Tamer ve Öztürk, 2021). Bu kapsamda birtakım sorumlulukları yerine getirirken cinsiyetin toplumda olan algısından kaynaklanan bu rol, kadınlarda iş yaşamı kalitesini erkeklerden daha aşağı seviyeye çekmektedir (Sabbah, Drouby, Sabbah, Retel-Rude ve Mercier, 2003).

- **Yaş:** Birçok birey bir işi yetişkinlik döneminde edinebilmektedirler. Bu dönemde evlilik ve çocukların sorumluluklarının bulunması, yaşamdaki rol ve statünün artması, bazı kayıplar (anne babanın vefatı vb.) yaşanması gibi durumlar iş yaşamı kalitesini önemli derecede etkileyen unsurlardır (Altuğ, Yağcı, Kitiş, Büker ve Cavlak, 2009; Güven ve Şener, 2010).

- **Medeni durum:** Bireyin evli veya bekâr olması toplum içinde kabul edilen bir durumken; boşanmış veya dul bireyler özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde alışılmışın dışında kalmaktadır. Bu durum, boşanmış veya dul bireylerin iş yaşamı kalitesi düzeylerinin düşük olmasında etkilidir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Gülmez, 2013). Evli olma ya da bir partnerle bir arada yaşama durumu ise yaşam kalitesini ciddi derecede artırmaktadır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

- **Eğitim:** Genel olarak yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin daha iyi sosyal imkânlarının, daha nitelikli ve yüksek ücretli bir işinin olduğu ve bunun sonucunda da iş yaşamı kalitelerinin yüksek seviyede bulunduğu bilinmektedir. Düşük eğitim düzeyine sahip kişiler ise kötü çalışma şartlarının olduğu işyerlerinde çalışma, düşük gelirliliğe sahip olma, işsizlik, ekonomik yoksunluk, sosyal imkânlardan faydalanamama, devamlı sosyal, ruhsal ve maddi yönden kaygı gibi olumsuzluklar yaşamaktadır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Sivuk ve Seyhan, 2021).

- **Gelir düzeyi:** Gelir düzeyi kişilerin ekonomik durumlarını belirleyen bir faktör olmakla beraber; onların sosyal yaşamlarını, fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlıklarını ve iş tatminlerini dolayısıyla da iş yaşamı kalitelerini etkilemektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009; Sivuk ve Seyhan, 2021).

- **Sağlık:** Bireyin herhangi bir zamanda yürümek, koşmak, merdivenden çıkmak gibi fiziki güç gerektiren aktiviteleri, günlük yaşam aktivitelerini, kişisel bakımını yeteri kadar gerçekleştirebilmesi; bununla birlikte bir sağlık sigortasının bulunması, yaşam kalitesi göstergelerindedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Kişilerin sahip olduğu kalıtsal hastalıklar veya bedensel olarak duydukları rahatsızlıklar ise iş yaşamı kalitesini düşürmektedir (Sabbah et al., 2003; Şantaş vd., 2018).

- **Sosyal destek:** Aile içi sorunlar, yaşam tarzı, kötü alışkanlıklar, ekonomik yetersizlik gibi sosyal yaşamdaki bazı durumlar; iş yaşamında verimliliği ve başarıyı etkileyecek birtakım sonuçları ortaya çıkarabilmektedir. Yaşam bir bütündür ve bu nedenle iş yaşamı ve sosyal yaşam kalitesi birbirinden

ayrı düşünülemez. İş yaşamı ve sosyal yaşamın ilişkisi, çok yönlülüğüyle beraber sürekli olarak etkileşimlidir (Demir, 2011; Özmete, 2010).

- **İş olanakları:** Kişilerin kendi sahip olduğu uzmanlık alanında çalışması, iyi iş olanakları olan bir işte bulunması, gelir seviyesi ve işyerindeki pozisyonlarının olumlu yönde değişmesi gibi unsurlar da iş yaşamı kalitesi düzeyinde artışa neden olmaktadır (Aşan ve Erenler, 2008; Bulgan vd., 2021).

- **Boş zaman faaliyetleri:** Kişinin kendisine ayırdığı boş zamanlardaki faaliyetler, iş yaşamı kalitesini de etkilemektedir (Miljkoviç, 2007). Yeterli uyku, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite gibi alışkanlıklar; iş yaşamı kalitesi üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Silva, Oliveira, Pereira ve Marion-Martins, 2022).

- **Motivasyon:** Motive olan kişiler, kurum hedeflerine ve beklentilerine varma yolunda kurumların anahtar ögesidir (Demirbilek ve Türkan, 2008). Bireylerde motivasyonu sağlayan içsel ve dışsal faktörlerin iyileştirilmesi; iş yaşamı kalitesini etkilemektedir. Örgütün başarısını belirleyen temel faktörlerden olan motivasyon ile iş yaşamı kalitesi arasında pozitif bir ilişki vardır (Şantaş vd., 2018).

- **Örgütsel bağlılık:** Örgütsel bağlılık düzeyinin az olması; kişinin kendisini kurumun bir parçası olarak görmeme, işe devamsızlık, iş alanında geride durma ve işi bırakma gibi durumlara yol açabilmektedir. Bu yüzden örgütsel bağlılık, İYK'ya etki eden ciddi bir faktördür (Demir, 2011; Durukan, Akyürek ve Coşkun, 2010).

- **Psiko-sosyal faktörler:** Stres, tükenmişlik sendromu veya işyerinde şiddet gibi bazı psiko-sosyal risk faktörleri gelişmiş ülkelerde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu faktörler, İYK'yı ve kişisel gelişimi olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Barona, Molina, Gómez, Manso ve Baamonde, 2020).

- **COVID-19 pandemisi:** Çin'de başlayan ve farklı ülkelerdeki tüm insanları da etkileyerek pandemi olarak ilan edilen Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgını, kişiler arası temas ile bulaş gerçekleştiği için iş yaşamında birçok değişikliğe sebep olmuştur (Ayyıldız, Çam ve Kuş, 2021; Güven, 2021; Pinheiro et al., 2023). Kişilerin hasta olması, hastalığa yakalanma korkusu, evde hastasının bulunması, ulaşım sistemindeki aksamalar, işyerinden evlere virüs taşıma riski gibi etmenler İYK'yı oldukça etkilemiştir (Ayyıldız vd., 2021; Sargın ve Kutluca, 2020).

2. Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi

Hemşirelik mesleğinin; toplum sağlığını koruma, sürdürme ve hastalık halinde iyileştirme gibi işlevleri bulunmaktadır. Hastanelerdeki iş gücünün

büyük bölümünü oluşturan işkolu, hemşirelerdir (Gözel, Atmaca ve Durat, 2017; Kavuran, Ay, Ay ve Aksoy, 2021).

Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi hemşirelik çalışma ortamları için önemli bir kavramdır (Kırlıoğlu ve Toygar, 2020; Suleiman, Hijazi, Kalaldehy ve Sharour, 2019). Hasta ile direkt olarak temasta bulunan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi; hasta memnuniyeti yönünden önemliliği düşünüldüğünde, üzerinde durulması gereken bir konudur. Hemşireler için kaliteli bir çalışma alanı; hemşirelerin beklenti ve kişisel ihtiyaçlarının giderildiği, bunun yanı sıra hasta bireylerin de kendi sağlıkları ile alakalı amaçlarına ulaşabildikleri bir ortam şeklinde tanımlanmaktadır (Çolak Coşkun ve Uğur, 2018; Javanmardnejad et al., 2021). Diğer bir deyişle hemşirelerin iş yaşamı kalitesi; kurumun hedeflerini gerçekleştirirken hemşirelerin kurumdaki deneyimleriyle birey olarak ihtiyaçlarını karşılayabildikleri derecedir (Kaddourah, Shaheen ve Tannir, 2018; Roshangar et al., 2021; Viselita, Handiyani ve Pujasari, 2019).

Hemşirelerde tükenme diğer sağlık çalışanlarına göre daha sık olarak yaşanan bir durumdur. Hemşirelik, iş ortamından dolayı olan pek çok olumsuz koşulun etkisiyle birlikte yoğun iş yükünün bulunduğu stresli bir meslek olarak karşımıza çıkmaktadır (Assis et al., 2022; Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Yılmaz ve Üstün, 2018). Sağlık alanında önemli bir bileşen olan hemşireler; yoğun iş temposuna sahip olan, mesai saatleri dışında da çalışan ve stres içinde görev yapan meslek grubudur (Çelik ve Kılıç, 2019).

Bir çalışma ortamında kişilerin sağlığına kötü yönde etki edebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psiko-sosyal etmenler bulunmaktadır. Sağlık kurumlarında, özellikle hastanelerdeki iş ortamında çalışan kişilerde sağlık problemlerine sebep olabilecek birçok koşul yer almaktadır (Aras ve Uskun, 2015; Şen, Saka ve Evreüz, 2017). Hastanelerde çalışma ortamında risk oluşturabilecek; sıcaklık, gürültü, radyasyon, basınç gibi fiziksel; kemoterapötik ilaçlar, formaldehit, etilen oksit vb. maddelerden kaynaklı kimyasal; kan, enfekte vücut dokuları ve sıvılarını içeren laboratuvar materyallerinden dolayı biyolojik risk faktörleri bulunmaktadır (Aras ve Uskun, 2015). Bunun yanında; çalışma şartlarındaki farklılıklar, hemşirelik bakımının kalitesiyle alakalı endişeler, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle olan iş ilişkileri, iş ilişkilerindeki desteklerin azlığı, yer değişikliği, çalışma koşulları gibi nedenler de hemşireler için çalışma alanında fazla stres oluşturmakta ve daha yüksek baskıların olduğu bir çalışma ortamı sunmaktadır (Şen vd., 2017). Yoğun iş yükü, ağır durumda olan hastaya bakım verme, hastaya yaşam sonu destek verme, hasta kayıpları, iş alanında görev paylaşımı problemlerinin yaşanması, herkesin kendine has çalışma prensiplerinin bulunması, bozulan uyku düzeni, nöbet tutulması gibi nedenler; stres ve gerginliğe yol açan diğer faktörlerdir (Say Şahin, Önal, Pehlivan Sütlü, Kılınç ve Mutluay, 2014).

Hemşirelik mesleğini uygularken öngörülemeyen zorluklara tekrar tekrar maruz kalmak; anksiyete, bitkinlik ve stres belirtilerine neden olabilmektedir. Bu durumda, iş memnuniyetinde ve sağlanan bakımın kalitesinde azalma gerçekleşecektir (Fernández, García ve Galán, 2020).

Hastanelerde hemşireler için kurumdan ayrılma isteğine sebep olacak bir çalışma ortamının bulunması, işten ayrılmalara yol açacak ve sunulan hizmetin kalitesine etki ederek verimde azalmaya sebep olacaktır (Ayaz ve Beydağ, 2014; Fernández et al., 2020). Böylelikle kurum performansının direkt olarak olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmaz bir gerçektir. Boşalmış olan pozisyonlar için yeni hemşire istihdamının sağlanması ve ayrılmalardan dolayı aksayan hizmetlerin sunulması için daha fazla uğraş ve para harcamaya gerek duyulmaktadır (Ayaz ve Beydağ, 2014). Hemşirelerin ayrılmasından kaynaklı boş kalan pozisyonlar, yeni başlayan hemşirenin iş oryantasyonu, yetiştirme sürecindeki hemşirenin düşük seviyede üretken oluşu; toplam maliyetlerde de artışa yol açmaktadır. Bir diğer yönden de hemşire sayısındaki sınırlamayla ortaya çıkan iş yoğunluğu, hemşirelerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Arslan, Taylan ve Gözüyeşil, 2017; Ayaz ve Beydağ, 2014). Eleman azlığına bağlı olarak eldeki çalışanların uzun saatler çalışmaları, uzun izinler kullanamamaları, kişilerde İYK'nın düşmesine ve kurumun kısır bir döngü içinde kalmasına sebep olabilmektedir (Ayaz ve Beydağ, 2014; Coşkun, Şarлак ve Taştan, 2015; Peker ve Başdaş, 2023). Yüksek düzeyde İYK, sağlık kuruluşlarında iyi iş performansını ve motivasyonu sağlarken; düşük düzeyde İYK, yalnızca çalışanların fiziksel ve zihinsel sağlığına zarar vermekle kalmaz aynı zamanda düşük iş performansına da yol açar (Tang, Guan ve Liu, 2022). Yüksek düzeyde İYK'ya sahip olan hemşirelerin duyduğu memnuniyet, moral ve motivasyona ihtiyaç duyan hastaların iyileşme sürecinde de pozitif bir etki oluşturacaktır (Öztürk vd., 2013; Soysal ve Kurtoglu, 2022).

Hemşirelerin İYK kriterleri; düşük iş stresi, moral ve motivasyon araçlarının uygulanması, örgüte bağlılık, yeterli ve adil ücretlendirme, iş güvenliği, fiziksel çevre, teknolojik gelişmeleri izleme fırsatları, eğitim, kariyer imkanları, profesyonellik fırsatlarının yaratılması, iş aktivitelerinin bilinirliği, açık iletişim kanalları, kararlara katılma ve işbirliği, adil ve uygulanabilir ödül sistemi, şahsi istek ve beklentilere önem gösterilmesi, yetenek ve yaratıcılıklarının gösterileceği imkanların sağlanması, bireysel iyilik hali, sağlık bakım politikaları, temel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanacağı olanakların sunulması ve yan olanaklar olarak sıralanmaktadır (Güçlü ve Kurşun, 2018).

Mesai dışı sürede çalışanların sosyal hayatlarını daha verimli geçirebilmeleri için yönetim tarafından çalışma ortamı koşullarının iyileştirilmesi, çalışma sürelerinde standardizasyona gidilmesi gibi imkânların sunulması; İYK açısından çok önemli unsurlardır (Erat vd., 2011; Şen vd.,

2017). Sağlık kurumlarının temel bileşenleri arasında yer alan, hizmet organizasyonları ve sağlayıcılarının başında gelen hemşirelerin; yüksek performansın olduğu verimli ve kaliteli bir hizmeti sunması için kişisel moral, motivasyonunun olması ve bunların sonucunda da yüksek derecede İYK'ya sahip olmaları önemlilik arz etmektedir (Basit ve Kılınçer, 2022; Erat vd., 2011).

KAYNAKÇA

- Akar, H. & Üstüner, M. (2017). İş yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(2), 159-176.
- Akman, Y. & İmamoğlu Akman, G. (2017). İlköğretim okulu öğretmenlerinin iş yaşam kalitesi algısının işle bütünleşmeleri üzerindeki etkisi. *İlköğretim Online*, 16(4), 1491-1504.
- Almalki, M.J., FitzGerald, G. & Clark, M. (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the jazan region, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 10(30), 1-13.
- Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N. & Cavlak, U. (2009). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), 48-60.
- Aras, D. & Uskun, E. (2015). Hemşirelerin çalışma ortamı riskleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 62-69.
- Arslan, S., Taylan, S. & Gözüyeşil, E. (2017). Hemşirelerin çalışma ortamı yaşam kaliteleri ve etik duyarlılıkları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 21-26.
- Assis, B.B., Azevedo, C., Moura, C.C., Mendes, P.G., Rocha, L.L., Roncalli, A.A., ... Chianca, T.M.C. (2022). Factors associated with stress, anxiety and depression in nursing professionals in the hospital context. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 3), 1-8.
- Aşan, Ö. & Erenler, E. (2008). İş tatmini ve yaşam tatmini ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 203-216.
- Ayaz, S. & Beydağ, K.D. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 60-69.
- Aydın, İ., Çelik, Y. & Uğurluoğlu, Ö. (2011). Sağlık personeli çalışma yaşam kalitesi ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(2), 79-100.
- Aydiner Boylu, A. & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-106.
- Ayyıldız, F., Çam, D.İ. & Kuş, Y. (2021). Koronavirüs (COVID-19) salgın sürecinde evden çalışma ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide iş yaşamı kalitesinin aracı rolü. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 136-149.
- Barona, E.G., Molina, M.G., Gómez, A.G., Manso, J.M.M. & Baamonde, M.E.G. (2020). Quality of working life, psychosocial factors, burnout syndrome and emotional intelligence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9550.
- Basit, G. & Kılınçer, Ş.N. (2022). COVID-19 sürecinde hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 5(2), 54-62.

- Bindu, J. & Yashika, S. (2014). Quality of work life with special reference to academic sector. *Research Journal of Management Sciences*, 3(1), 14-17.
- Bulgan, G., Büyüker İşler, D. & Çayan, S. (2021). Otel işletmelerinde çalışma yaşamı kalitesinin işten ayrılma eğilimine etkisi: Isparta örneği. *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 114-129.
- Camargo, S.F., Costa Almino R.H.S., Diógenes, M.P., Neto, J.P.O., Da Silva, I.D.S., De Medeiros, L.C., ... Camargo, J.D.A.S. (2021). Quality of working life from the perspective of different groups of professionals working in a maternity hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1467-1476.
- Coşkun, S., Şarlak, K. & Taştan, H. (2015). Psikiyatri hemşirelerinde öğrenilmiş güçlük düzeyi ve iş yaşamı kalitesi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 84-101.
- Çakır, O., Doğan, E. & Bayar, E. (2018). Otel çalışanlarının örgütsel bağlılıklarını güçlendirmede iş yaşam kalitesinin rolü. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 6(4), 345-359.
- Çelebi, F. & Uysal, G. (2019). Bankacıların iş yaşam kalitesinin incelenmesi. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(20), 172-190.
- Çelik, Y. & Kılıç, İ. (2019). Hemşirelerde iş doyumunu, mesleki tükenmişlik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 20, 230-238.
- Çolak Coşkun, R. & Uğur, E. (2018). Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının iş yaşam kalitesine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 142-149.
- Daşbilek, F., Doğan Yüksekol, Ö. & Orhan, İ. (2022). Vardiyalı çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin ve iş aile çatışmasının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(2), 272-284.
- Demir, M. (2011). İşgörenlerin çalışma yaşamı kalitesi algulamalarının işte kalma niyeti ve işe devamsızlık ile ilişkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11(3), 453-464.
- Demirbilek, S. & Türkan, Ö.U. (2008). Çalışma yaşamı kalitesinin artırılmasında personel güçlendirmenin rolü. "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 10(1), 47-67.
- Dere, T. & Alkan, A. (2022). Hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimleri ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3), 655-680.
- Dikmetaş, E. (2006). Hastane personelinin çalışma / iş yaşam kalitesine yönelik bir araştırma. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 169-182.
- Doğan, S., Bayır, M. & Cinnioğlu, H. (2022). Otel çalışanlarının algıladıkları dönüşümcü liderlik davranışının çalışma yaşam kalitesi ve iş performansı düzeylerine etkisi: İstanbul örneği. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 210-226.
- Durmuş, M. & Alkan, H. (2021). Yoğun bakım hemşirelerinde iş yaşam kalitesi, tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 264-272.

- Durmuş, M., Gerçek, A. & Çiftçi, N. (2018). Hemşirelerin yaşam kaliteleri ile tüketmişlik düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 279-286.
- Dursun Temiz, T. & Sivuk, D. (2022). Toplam kalite yönetimi uygulamaları ile hastane çalışanlarının iş tatmini, iş yaşam kalitesi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki. *Verimlilik Dergisi*, (1), 120-131.
- Dursun, M.T. & Eriş, E.D. (2018). Konaklama işletmelerinde kuşaklar bağlamında iş-veren marka algısı ile çalışma yaşam kalitesi ilişkisi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 8(1), 160-179.
- Durukan, S., Akyürek, Ç. & Coşkun, E. (2010). Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin örgütsel güven, güçlendirme ve bağlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3), 411-434.
- Erat, Ş., Korkmaz, M., Çimen, V. & Yahyaoglu, G. (2011). Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyona etkisi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 48-76.
- Erdem, B. & Kaya, İ. (2013). Çalışma yaşamı kalitesini etkileyen faktörlerin iş görenler tarafından algılanması: Otel çalışanları üzerinde bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (35), 135-150.
- Erenoğlu, R., Tambağ, H., Can, R. & Kabakoğlu, H. (2019). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 181-187.
- Fernandes, R.B., Martins, B.S., Caixeta, R.P., Costa Filho, C.G., Braga, G.A. & Antonioli, L.M. (2017). Quality of work life: An evaluation of walton model with analysis of structural equations. *Revista ESPACIOS*, 38(3), 5-24.
- Fernández, M.D.R., García, E.P. & Galán, A.M.O. (2020). Quality of life in nursing professionals: burnout, fatigue, and compassion satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*, 17(4), 1253.
- Gözel, G., Atmaca, G.D. & Durat, G. (2017). Hemşirelerin kişilik özellikleri ile iş performansları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 11-16.
- Güçlü, A. & Kurşun, Ş. (2018). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 187-197.
- Gülmez, H. (2013). Çalışanların iş yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), 74-82.
- Günday Karabulut, F., Taş, A., Abacıgil, F. & Arslantaş, H. (2022). Hemşirelerde iş doyumu ve iş yaşamı kalitesini etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 216-232.
- Güven, A. (2021). COVID-19 pandemi sürecinin birinci yılında, Türkiye'de akademisyenlerin iş yaşam kaliteleri üzerine bir değerlendirme. *Enderun Dergisi*, 5(1), 1-21.

- Güven, S. & Şener, A. (2010). Factors affecting life satisfaction in old age. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 179-186.
- Güzel, Ş. & Temel, Ş. (2022). Sağlık çalışanlarının aşırı iş yükünün çalışma yaşam kalitesine ve psikolojik sağlamlığına etkisi. 7. *Uluslararası Değişen Dünyada Yaşam, Sosyal ve Sağlık Bilimleri Kongresi*, 18-34.
- Hatipoğlu, Z. & Zengin, A.A. (2018). Algılanan liderlik stiline iş yaşam kalitesi üzerine etkisi: X ve Y kuşakları arası karşılaştırma. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 400-421.
- Hipólito, M.C.V., Masson, V.A., Monteiro, M.I. & Gutierrez, G.L. (2017). Quality of working life: Assessment of intervention studies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 178-86.
- Işığık, Ö. (2018). Çalışma yaşamının kalitesinin artırılmasında “insana yakışır iş”. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 6(ÖS: Ergonomi2017), 302-311.
- Javanmardnejad, S., Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Nia, H.S. & Montazeri, A. (2021). Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency departments in Iran. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 112.
- Kaddourah, B., Shaheen, A.K.A. & Tannir, M.A. (2018). Quality of nursing work life and turnover intention among nurses of tertiary care hospitals in Riyadh: A cross-sectional survey. *BMC Nurs*, 17, 43.
- Kavuran, E., Ay, E., Ay, E. & Aksoy, M. (2021). Hemşirelerin ekip çalışması ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 2(1), 45-56.
- Kebapçı, A. & Akyolcu, N. (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(2), 59-67.
- Kılıç, R. & Keklik, B. (2012). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve motivasyona etkisi üzerine bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14(2), 147-160.
- Kırlioğlu, M. & Toygar, Ş.A. (2020). The effects of sexual harassment on quality of nurses' work life and turnover intentions: A sample of Ankara province. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16(29), 1613-1620.
- Koçoğlu, D. & Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- Macit, M., Eren, A.S., Karaman, M. & Demir, İ.E. (2019). Çalışma yaşam kalitesi ölçeği: Geçerlilik güvenirlik çalışması: Sağlık çalışanlarında bir uygulama. *Yönetim ve Ekonomi*, 26(3), 903-917.
- Martel, J.P. & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77, 333-368.
- May, B.E., Lau, R.S.M. & Johnson, S.K. (1999). A longitudinal study of quality of work life and business performance. *South Dakota Business Review*, 58(2), 3-7.

- Memiş, K., Hoşgör, H., Boz, C., Gün, İ. & Gündüz Hoşgör, D. (2015). İş yaşam kalitesi ve motivasyon ilişkisi: Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi örneği. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(4), 220-230.
- Miljkoviç, S. (2007). Motivation of employees and behavior modification in health care organizations. *Acta Medica Medianae*, 46(2), 53-62.
- Nasl Saraji, G. & Dargahi, H. (2006). Study of quality of work life (QWL). *Iranian J Publ Health*, 35(4), 8-14.
- Öksüz, S. & Erkiş, E. (2022). İş yaşam kalitesi ve kurumsal sosyal sorumluluk algısının işe adanmışlık üzerindeki etkisinin incelenmesi: zincir otel işletmeleri üzerine bir araştırma. *BMİJ*, 10 (4), 1492-1511.
- Özmete, E. (2010). Aile yaşam kalitesi dinamikleri: Aile iletişimi, ebeveyn sorumlulukları, duygusal, duygusal refah, fiziksel / materyal refahın algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.
- Öztürk, R., Güleç, D., Güneri, S.E., Sevil, Ü. & Gürmen, N. (2013). Hemşirelerin iş yaşamı kaliteleri ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 167-174.
- Öztürk, Y.E., Kıraç, R. & Kara, F. (2018). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(84), 567-577.
- Pekeren, M. & Başdaş, Ö. (2022). Hemşirelerin mesleğe bağlılık ve iş yaşamı kalitesi düzeyleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 32-40.
- Pinheiro, J.M.G., Macedo, A.B.T., Antonioli, L., Vega, E.A.U., Tavares, J.P. & Souza, S.B.C. (2023), Professional quality of life and occupational stress in nursing workers during the COVID-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm*, 44,e20210309.
- Polat, F.N. & Erzurum, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(26), 291-312.
- Pugalendhi, S.B., Umaselvi, M. & Nakkeeran, S.K. (2010). Quality of work life: Perception of college teachers. *New England Journal of Medicine*, 47-65.
- Raeissi, P., Rajabi, M.R., Ahmadizadeh, E., Rajabkhan, K. & Kakemam, E. (2019). Quality of work life and factors associated with it among nurses in public hospitals, Iran. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94, 25.
- Roshangar, F., Soheil, A., Moghbeli, G., Wiseman, T., Feizollahzadeh, H. & Gilani, N. (2021). Iranian nurses' perception of the public image of nursing and its association with their quality of working life. *Nursing Open*, 00, 1-11.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N. & Mercier, M. (2003). Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(30), 1-14.
- Sargın, N. & Kutluca, V. (2020). COVID-19 salgını sürecinde yetişkinlerin tepkileri. *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 64-70.

- Say Şahin, D., Önal, Ö., Pehlivan Sütü, S., Kılınç, A.S. & Mutluay, D. (2014). Acil servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 81-92.
- Shawabkeh, K.M.A. & Hijjaw, G.S. (2018). Impact of quality of work-life (QWL) on organizational performance: An empirical study in the private jordanian universities. *Asian Social Science*, 14(6), 145-156.
- Silva, F.X., Oliveira, J.D., Pereira, L.C. & Marion-Martins, A.D. (2022). Quality of working life of professors in times of social distancing. *Rev Bras Med Trab*, 20(1), 55-64.
- Sivuk, D. & Seyhan, F. (2021). Örgütsel çatışma, örgütsel stres, iş yaşam kalitesi, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: Sağlık çalışanlarının verimliliği üzerine bir araştırma. *Verimlilik Dergisi*, (4), 185-201.
- Soybalı, H.H. & Akerik, M. (2022). Psikolojik sermaye ve iş yaşam kalitesinin örgütsel özdeşleşmeye etkisi: Afyonkarahisar'daki otel işletmeleri örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(3), 1199-1221.
- Soysal, A. & Kurtoglu, Z. (2022). İş yaşamı kalitesinin sosyal kaytarma davranışı üzerindeki etkisi: Hemşireler üzerinde bir araştırma. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 8(3), 243-258.
- Srivastava, S. & Kanpur, R. (2014). A study on quality of work life: Key elements & It's implications. *IOSR Journal of Business and Management*, 16(3), 54-59.
- Suleiman, K., Hijazi, Z., Kalaldehy, M.A. & Sharour, L.A. (2019). Quality of nursing work life and related factors among emergency nurses in Jordan. *J Occup Health*, 61(5), 398-406.
- Şantaş, F., Işık, O. & Çilhoroz, Y. (2018). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi, iş motivasyonu ve yaşam tatmini algıları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 16(1), 64-76.
- Şen, M.A., Saka, G. & Evreüz, Y. (2017). Dicle Üniversitesi Hastanesinde çalışan hemşirelerde iş yaşamı kalitesi ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(1), 131-144.
- Tabak, R.S. (2005). Sağlık hizmetlerinde sürekli eğitim ve sürekli mesleki gelişim. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 62(1,2,3), 59-66.
- Tamer, E. & Öztürk, H. (2021). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(2), 107-119.
- Tang, C., Guan, C. & Liu, C. (2022). Quality of working life of medical doctors and associated risk factors: A cross-sectional survey in public hospitals in China. *BMJ Open*, 12(11), e063320.
- Tanrıverdi, H. & Işık, S. (2014). Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi*, (7), 125-134.
- Taşdan, M. & Erdem, M. (2010). İlköğretim okulu öğretmenlerinin iş yaşamı kalitesi ile örgütsel değer algıları arasındaki ilişki düzeyi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(2), 92-113.

- Timossi, L.D., Pedroso, B., Francisco, A.C. & Pilatti, L.A. (2008). Evaluation of quality of work life: An adaptation from the Walton's QWL model. *XIV International Conference on Industrial Engineering and Operations Management*, 1-17.
- Tokmak, M. (2021). Çalışanların iş yaşam kalitesinin bağlamsal ve görev performansı üzerindeki etkisine yönelik bir araştırma. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, İstiklal Marşı 100. Yıl Armağan Sayısı, 54-68.
- Turunç, Ö., Şeşen, H., Tabak, A. & Türkyılmaz, A. (2010). Çalışma yaşamı kalitesinin prosedür adaleti, iş tatmini, iş stresi ve işten ayrılma niyetine etkisi. "İŞ, GÜÇ" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 12(03), 77-96.
- Viselita, F., Handiyani, H. & Pujasari, H. (2019). Quality level of nursing work life and improvement interventions: Systematic review. *Enferm Clin*, 29(S2), 223-228.
- Yıldırım, A. & Demirel, E.T. (2015). Ücret tatmininin yaşam tatminini belirleyici etkisi var mı? Elazığ banka çalışanları örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(2), 133-154.
- Yılmaz, G. & Üstün, B. (2018). Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 205-211.
- Yücel, D. & Erkut, H. (2003). Bilişim teknolojilerinin çalışma yaşam kalitesi üzerine etkisi. *İstanbul Teknik Üniversitesi Dergisi*, 2(2), 49-59.
- Zare, H., Haghgooyan, Z. & Asl, Z.K. (2014). Identification the components of quality of work life and measuring them in faculty members of Tehran University. *Iranian Journal of Management Studies*, 7(1), 41-66.

BÖLÜM 8

DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GEBELİK DÖNEMİNDE ÖNEMİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Fatmagül EMİR¹

Gökçe Banu ACAR GÜL²



1 Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Çankırı, Türkiye, fatmagulemir.ygm@gmail.com , <https://orcid.org/0009-0006-6388-3455>

2 Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Çankırı, Türkiye, gokcebanuacar@karatekin.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0003-2811-1821>

GİRİŞ

Telekomünikasyon teknolojisindeki yenilikler ile küresel boyutta oluşturduğu siyasi, iktisadi ve sosyal ağlar dijitalleşme sürecini yükselişe geçirmektedir. Teknolojinin gelişmesiyle insansız yenilikçi gelişmelerin hâkim olduğu yeni bir kapı açılmıştır. Bu döneminin önemli unsuru yapay zekâ teknolojisinin yaygınlaşmasıdır. Günümüzde yapay zekâ uygulamalarının hayatın pek çok alanına entegre olmasıyla birlikte uygulamada verimli ve daha az maliyetli sonuçlar sunduğu bilinmektedir (Güven ve Kılınç, 2022). Dijital teknolojilerin getirmiş olduğu kolay taşınabilme, giyinilebilir olması, makineler arası iletişim, bulut bilişim, nesnelerin interneti (IoT) ve yapay zekâ gibi yenilikler çeşitli alanlarda mevcudiyet göstermektedir. Sağlık sisteminde bu teknolojilerin meydana gelmesiyle dijitalleşme süreci yaşanmıştır. Yapay zekâ teknolojisinin sağlık alanında geçmişten günümüze dijital sağlık uygulamaları gibi yenilikler kattığı görülmektedir. (Akalin ve Veranyurt, 2020).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar verebilmesi için ihtiyaç duyduğu temel sağlık bilgi ve hizmetlerine erişmeyi, anlamayı ve kullanmayı içermektedir (Dadipoor vd., 2017). Bireyin sağlık durumu, sağlık okuryazarlığının düzeyi ile paralellik göstermektedir. (Şahin vd., 2023). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan insanlar, sağlıkla ilgili sorulara cevap bulmak için cep telefonu ve internet gibi teknolojileri kullanmaya daha fazla ilgi göstererek edindikleri bilgileri değerlendirme ve yaşamlarına entegre ederek sağlık davranışlarını geliştirmek için kullanmaktadırlar. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişiler, sağlıkla ilgili sorulara cevap bulmak için cep telefonu ve internet gibi teknolojileri kullanmaya daha fazla ilgi göstermekle kalmıyor, aynı zamanda buldukları bilgileri anlayıp değerlendirebiliyor ve bu bilgileri sağlık davranışlarını geliştirmek için kullanıyorlar. İnsanların sosyal statüleri, sağlık ve bilgisayar okuryazarlık düzeylerini, sağlıkla ilgili ilgilerini (motivasyonlarını) ve interneti sağlık amaçlı kullanma konusunda yetenekleri etkilenmektedir (Rahdar vd., 2023).

Dijital sağlık okuryazarlığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, bilgileri anlama ve değerlendirme yeteneği ile elde edilen bilgileri bir sağlık problemi karşısında ele almak ve çözmek için uygulama kabiliyeti olarak tanımlamıştır (Sukkar, 2021). Dijital sağlık okuryazarlığının, diğer okuryazarlık çeşitlerinden farkı, okuryazarlık kabiliyetlerinin çeşitli yönlerini birleştirmesidir. Bunlar geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı olmak üzere altı temel kabiliyete dayanmaktadır (Şahin vd., 2023).

Gebelik bir kadının hayatında farklılıkların olduğu bir dönemdir. Vücuda değişir, bebek ve aileyi bekleyen yeni yaşam tarzı hakkında sorular sorulur. Birçok kadın gebeliklerinin normal olduğuna dair güvence almak ister

ve bu nedenle kendilerini güvende hissedebilmek için bilgi arayışına girerler (Bjelke, 2016). Sosyal medya, haber bültenleri, web siteleri gibi dijital ortamlar bilgiye erişiminde kolaylık sağlamaktadır (Vildan ve Cesur, 2023). Dijital ortam, gebe kadınlar için bilgi edinmede ve benzer düşüncelere sahip kadınlarla iletişim kurmada önemli bir rol oynamaktadır. Bilgi her saat mevcuttur ve her yerden erişilebilir. Bilgi kadınlara bir kontrol ve güven duygusu sağlar, ancak mevcut bilgilerin büyük miktarı da bunaltıcı olabilir (Bjelke, 2016). Dünyanın farklı yerlerinden yapılan çok sayıda çalışmada, neredeyse tüm gebe kadınların dijital ortam kullandığı bulgusunu doğrulamaktadır (Bert, vd.,2013; Gao vd.,2013; Huberty, vd., 2013; Scaioli, vd., 2015). Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin iyileştiğini belirtmiştir. Gebelerin elektronik kaynaklar aracılığıyla bilgilenebilmesinin, sağlık uygulamalarını ve dolayısıyla refahını şekillendirebileceği düşünülmektedir (Vildan ve Cesur, 2023).

Hemşireler ve ebeler aldıkları eğitim ve deneyimlerle gebelere en yakın olan sağlık profesyonelleridir ve gebelerinde en büyük destekçileridir (Yalçın, 2020). Hemşirelik mesleği çağa ayak uydurarak birçok alandan etkilenmiş ve yeni teknolojik gelişmeler de mesleğin gelişimine ve değişimine etki göstermiştir. İçinde bulunduğumuz dönemin dünyasında gelişen teknoloji, hemşirelerin, bilgi, deneyim ve becerilerini geliştirmeyi, yeni düşünme yollarını öğrenmeyi bununla birlikte bilgiyi işlemeyi ve hasta bakımını geliştirmeyi sağlamaktadır (Barbos vd., 2021). Sağlık hizmetlerinde gelişen ve ilerleyen teknoloji, hastaya uygulanan bakımın kalitesi ve verimliliği için önemli bir ana unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir araştırmada, hemşireler tarafından gerçekleştirilen bazı görevlerin yapay zekâ teknolojileri tarafından yerine getirileceğini ve hemşirelik mesleğinin bu durumdan önemli ölçüde etkileneyeceği sonucuna varılmıştır (Robert, 2019). Bu sebeple yeni teknolojik gelişmelerin profesyonel sağlık ekibi içinde hemşirelik mesleğine bakış açısını nasıl değiştireceğini, hemşirelik iş yükünü ve yenilikçi hasta bakımını nasıl etkileyeceğinin bilinmesi mesleğin geleceği ve gelişimi açısından önemli bir rol olacaktır (Çobanoğlu ve Oğuzhan, 2023).

SAĞLIKTA DİJİTALLEŞME

İnternet teknolojisinin hızla gelişmesiyle birlikte, insanlar yaşamlarında, işlerinde iletişim kurmak, bilgi aramak için bu ağları kullanmaktadır. İnternette mevcut sağlık bilgi kaynaklarının bolluğu ve bunlara erişim kolaylığı nedeniyle insanlar yavaş yavaş geleneksel sağlık bilgi kaynaklarından (gazeteler, süreli yayınlar ve muayenehaneler gibi) internete doğru kaymaktadır (Wang, 2021). Özellikle son on yılda, sağlık alanı da dahil olmak üzere birçok alanda dijital süreç ve uygulama açısından; geliştirilmesi, benimsenmesi ve uygulanması artmış ve çok geniş alanlarda yansımalar olmuştur. İnternet sayesinde insanların nerede olursa olsun sürekli iletişim halinde olduğu ve her soruya hızlı yanıt alabildiği bir dünya yaşanmaktadır. Bu durum

dijitalleşmenin günlük hayattaki yansımalarından bir tanesidir (Chau vd., 2019). Mayıs 2023'te Dünya Sağlık Örgütü, küresel sağlık acil durumu olarak COVID-19'un sona erdiğini ilan etti. COVID-19 pandemisi ile birlikte gelen sokağa çıkma yasakları ve kısıtlamalar sağlık alanındaki dijitalleşmeyi hızlandırmıştır (Çınar vd., 2022; Tunçsiper, 2023; Ho,2024). Dünya çapındaki finansal ortamı yeniden şekillendiren ve yeni iş modellerinin geliştirilmesi için fırsatlar sunan mevcut trend, dijitalleşme ve küreselleşmenin yakınlaşmasıdır (Chau vd., 2019).

Zaman ilerledikçe sağlık sektörü, değişiklikleri kolaylaştırmak için kapsamlı, adil ve entegre modelleri geliştirmiştir. Aşamalı iyileştirmeyi amaçlayan ve bireysel ihtiyaçlara öncelik veren kapsamlı sağlık hizmetleri geliştirme girişimi son yıllarda başlamıştır (Popov vd., 2022). Sağlık teknolojisindeki son gelişmeler, tıbbi bilgi ve bilgi alışverişini garanti eden ve uzun süreli sağlık sonuçları sağlayan çözümler sunarak, başta sağlık sektörü olmak üzere ekonominin önemli ve birçok sektörünü olumlu yönde etkilemiştir (Beer ve Mulder, 2020; Bronsolervd., 2020). Etkili klinik destek ve kaliteli bakımın yanı sıra dijital teknoloji, sağlık hizmetlerinin bulaşıcı hastalıkların haritasını çıkarmasına ve yayılmasını izlemesine, aşı ve ilaç tedarikini takip etmesine yardımcı olduğu görülmektedir. Veri entegrasyonu, sağlık sektöründe dijital teknolojinin daha iyi uygulanmasını sağlamak için bir destek eylemi haline gelmiştir (Sharma vd., 2021). Dijital sağlık, özellikle uzak bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırdığı görülür; yaşam boyu entegre hizmet fırsatlarını geliştirmek, sağlık çalışanlarını klinik karar vermede desteklemek ve hastalarla etkileşimlerini kolaylaştırmak ve daha iyi gözetim için veri toplama ve yönetimini güçlendirmek amaçlarındandır (Collins vd., 2023).

Eysenbach, "dijital sağlık" kavramını ilk kez 2001 yılında ortaya atmıştır. Dijital sağlık, tıp bilimi, halk sağlığı ve iş dünyasının kesişiminde, internet ve bağlantılı olarak sunulan veya geliştirilen sağlık hizmetleri ve bilgilerine atıfta bulunarak meydana gelen yeni bir alan olarak tanımladı. Daha geniş anlamda, bu terim yalnızca teknik bir gelişmeyi değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerini yerel, bölgesel ve dünya çapında iyileştirmek için bir zihinsel durumu, düşünme biçimini, bir tutumu ve ağ bağlantılı, küresel düşünceye yönelik bağlılığı da karakterize eder. Bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanma" 2005 yılında DSÖ dijital sağlık, bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) sağlık için kullanılması olarak tanımlamıştır. Dijital sağlık kavramı, dijital sağlık okuryazarlığı kavramının temelini oluşturmaktadır (Wang, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilen Dijital Sağlık 2020-2025 Küresel Stratejisi kurumunu onayladığı; bu stratejide dört yol gösterici ilke, dijital sağlığın ulusal bir sistemde kurumsallaştırılmasının gerekli olduğunun kabulüne dayanmaktadır. Ülkelerin aldığı bir karar ve taahhüt, başarılı dijital teknolojilerin entegre bir strateji gerektir-

diğinin yeniden anlaşılması sağlık için dijital müdahalelerin uygun kullanımının teşvik edilmesi ve dijital sağlık teknolojilerini uygulayan en az gelişmiş ülkelerin karşılaştığı büyük engellerin acilen yeniden ele alınmasını içeriyor (WHO, 2020–2025). Ayrıca, DSÖ Avrupa Bölgesi 2023-2030 için Bölgesel Dijital Sağlık Eylem Planı, dijital sağlığın kullanımı için sağlık işgücüne özel önem vererek, genel nüfusta dijital okuryazarlık becerilerinin güçlendirilmesi ve kapasite geliştirilmesine yönelik kritik bir bölgesel odak alanına sahiptir (WHO, 2022).

DSÖ, dijital sağlık araştırmalarında önemli bir boşluk olarak, istenmeyen sonuçların olasılığı da dahil olmak üzere dijital uygulamaların güvenliğinin değerlendirilmesini vurgulamaktadır. Veri gizliliği ve güvenliğine ilişkin kaygılar, dijital teknolojilerin seçimini ve bu teknolojilere yönelik çalışmaların tasarımını ve yürütülmesini etkilemektedir. Dijital araçlar, 1996 tarihli Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası, AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği ve BS EN ISO 27799:2016 standartlarını karşılamalıdır (Greene vd., 2019; ISO 27799: 2008).

Dijital sağlık okuryazarlığının eşit olmayan düzeyi, herkesin dijital sağlık okuryazarlığı faydalarından yararlanma fırsatına ve yeteneğine sahip olmadığı anlamına gelir ve bu da dijital uçurumun ortaya çıkmasına neden olur. Dijital uçurum, sosyoekonomik gelişmenin hızı ile halkın yeni teknolojileri ve kültürü kabul etme yeteneği arasındaki koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan sosyal bir olguyu ifade eder (Hong vd., 2017). Dünyada Dijital sağlık okuryazarlığının amacı dijitalleşme bağlamında kullanıcıların sadece pasif kullanıcılar olmayıp elde edilen içerikle etkileşime girerek veya sağlıkla ilgili kendi bilgi ve deneyimlerini paylaşarak iletişim sürecine aktif bir şekilde katılmalarıdır (Uysal ve Ulusinan, 2020).

Dijital sağlık; bilgi ve iletişimle teknolojilerinin, bilgisayar bilimini ve verilerin, bireylerin, sağlık iş gücünün ve sağlık sistemlerinin bilinçli karar vermesini desteklemek, hastalıklara karşı dayanıklılığı güçlendirmek, sağlığı ve sağlıklı yaşamı iyileştirmek amacıyla sistematik olarak uygulanmasına atıfta bulunan bir şemsiye terimidir (WHO, 2020). Dijital sağlık (elektronik sağlık); sağlık hizmetleri, sağlık gözetimi, sağlık literatürü ve sağlık eğitimi, bilgi ve araştırma dahil olmak üzere sağlıkla ilgili kullanımı ifade eder (WHO, 2016). Teletıp; Sağlık hizmetlerinin telekomünikasyon platformları aracılığıyla uzaktan izlenmesini sağlayan bir sistemdir (WHO, 2018). Uzaktan izleme; Dijital teknolojilerin mümkün kıldığı hastaların sağlığının veya teşhis verilerinin uzaktan izlenmesini ifade eder. Dijital tedaviler; dijital teknolojiler kullanarak sunulan kanıta dayalı tedavilere denir (WHO, 2019). mHealth yani mobil sağlık; E-sağlık'ın bir bileşenidir. Sağlık hedeflerini desteklemek için mobil ve kablosuz teknolojilerin kullanımını ifade eder (WHO, 2011).

Dünyada özellikle COVID-19' un patlak vermesinden sonra sağlık bilgisi kaynakları çeşitlendi, yanlış ve yanıltıcı bilgilerle doldu. İnternet, sağlık bilgilerini her zamankinden daha erişilebilir hale getirdi ancak çevrimiçi sağlık bilgilerinin eşit olmayan kalitesine ilişkin endişeler mevcuttur (Abdulai vd., 2021). Halk için tehdit oluşturan ağ bilgilerinin doğru ve yanlış olduğunu insanlar tespit edememektedir. Çevrimiçi hata bilgilerinin olumsuz etkilerinin nasıl aşılabacağı ve halkın ağlar aracılığıyla hızlı bir şekilde doğru sağlık bilgilerine ulaşabilmesi ve sağlıklarını koruyabilmesi çağın gelişimi için bir ihtiyaçtır. Nüfusta dijital sağlık okuryazarlığını arttırmanın, yüksek kaliteli, web tabanlı sağlık kaynakları elde etmenin etkili bir yolu olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, dijital sağlık okuryazarlığı, kamuoyunun ilgisini çeken yeni ortaya çıkan bir araştırma alanı haline gelmiştir (Wang vd., 2021)

SAĞLIKTA OKURYAZARLIK

Okuryazarlığın sabit ve ortak bir anlamı yoktur. Zamana ve mekâna göre gelişir. 1960' lı yıllarda okumanın ve yazmanın basit bir yeteneği olarak düşünülüyordu. UNESCO'nun 1958 tarihli tanımına göre terim, bireyin günlük yaşamıyla ilgili basit, kısa bir ifadeyi anlayarak okuma ve yazma becerisini ifade etmektedir (UNESCO,2020). Okuryazarlık kavramı o zamandan bu zamana her biri farklı ustalık düzeyleri ölçeğinde tasarlanan ve farklı amaçlara hizmet eden çeşitli beceri alanlarını kapsayacak şekilde gelişti. Beşerî sermaye teorisinin ortaya çıkmasıyla birlikte okuryazarlık, temel okuma, yazma ve aritmetik becerilerinin yanı sıra, bireylerin çalışmaları, ekonomik ve sosyal kalkınma ihtiyaçları için benimsenen teknik bilgilerin de kapsama dahil edilmesiyle yeni bir anlam kazanmıştır (Robinson, 2014). İşlevsel okuryazarlık olarak bilinen bu okuryazarlık türü, UNESCO tarafından şu anlama gelecek şekilde genişletilmiştir: “Bir kişi, kendi grubunun veya topluluğunun etkin işleyişi için okuryazarlık gerektiren tüm faaliyetlerle meşgul olabilmesi ve ayrıca kendisinin ve toplumun gelişimi için okuma, yazma ve aritmetik becerilerini kullanmaya devam etmesidir.” olarak tanımlamıştır (Haneman ve Robinson, 2022).

Okuryazarlık, bir yetişkinin toplumda işlev görmesi ve davranması için ihtiyaç duyduğu çeşitli beceriler olarak görülen, kişisel gelişim ve sosyal gelişim gibi bir kültürün temel sistemini anlamak ve uygulamak için bir dizi karmaşık yeteneği içerir. Bu becerilerden biri sağlıkla ilgili durumlarda kullanma yeteneğini içeren sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlıkla ilgili uygun kararları vermek için gerekli temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve idrak kapasitesine sahip olma olarak tanımlanmaktadır (Nielsen, 2004). Sağlık okuryazarlığı becerisi, sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmenin ana itici gücüdür (Shiri ve Afshani, 2022). Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık durumunu iyileştiren sosyal ve çevresel faktörlerin daha iyi yönetilmesi için halk sağlığında kritik bir önem kazanmıştır (Bröder vd., 2018). Sağlık okuryazarlığı, toplumsal ve bireysel faktör-

lerin ortak çabalarının bir sonucudur. Sağlık alanındaki okuryazarlığın kaygılarını ve boyutlarını ele almaktadır. Sağlık okuryazarlığının eksikliği son yüzyılda küresel bir sorun olarak ortaya çıkmıştır (Reisi vd., 2011). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını sağlığın en büyük belirleyicilerinden biri olarak tanımlamış ve sağlık okuryazarlığını geliştirmek için dünya çapındaki ülkelere stratejik faaliyetleri izlemek ve koordine etmek için bir dernek kurmalarını tavsiye etmiştir (Khalili vd., 2014).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 4.6' ya yönelik ilerleme, 2016' dan bu zamana UNESCO'nun yıllık Küresel Eğitim izleme (GEM) Raporları (UNESCO 2016, 2017c, 2018, 2020, 2021) tarafından değerlendiriliyor ve önemli bir şekilde, 2016 raporu şunu belirtiyor: Birinin okuryazar olup olmadığı şeklindeki okuryazarlık kavramından, dikkatleri süreklilik içinde okuryazarlık becerilerinde ne kadar yetkin olduğuna ilişkin daha incelikli bir kavrama kaydırıyor (UNESCO, 2016). Okuryazarlık, pratik kullanım yoğunluğuna bağlı olarak, elde edilen yeterlilik seviyelerinin de zamanla kaybolabileceği, yetersiz kalabileceği veya yeni yönlerle tamamlanması gerekebileceği anlamına gelmektedir. Dolayısıyla okuryazarlığın gelişimi aynı zamanda kendi kendini motive eden yaşam boyu öğrenmeyle de yakından ilişkilidir (Hanemann ve Robinson, 2022).

Anne sağlığının iyileştirilmesi, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin önemli hedefleri arasında yer almaktadır. Gebelik bir kadının hayatındaki en hassas dönemlerden biridir ve gebelik veya doğum sırasındaki ölümlerin çoğu önlenemez. Bu nedenle gebelik ve doğum sonrası dönemde kaliteli sağlık bakımının sağlanması, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi ve ölümlerinin önlenmesinde temel stratejilerden biridir. Gebelikte yetersiz bakım, erken doğum gibi vakaların artmasına, düşük doğum ağırlıklı bebek, anne ve çocuk ölümlerinin gibi durumların artmasına neden olmaktadır (Asadi vd., 2020). Dünyada her yıl yarım milyon anne gebelik ve doğum sorunları nedeniyle ölmektedir. Gebelik ve doğum sorunları nedeniyle yaklaşık 4 buçuk milyon ölü doğum ve 3 milyon bebek ölümü yaşanmaktadır. Bu nedenle düzenli gebelik bakımı anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Mirzaei ve Yar Ahmadi, 2011).

Günümüzde özellikle yüksek riskli sağlık davranışları ve hassas durumlarda sağlıkla ilgili bilgilere yeterli erişim, anlayış ve uygulama önemlidir (Asadi vd., 2020). Sağlık okuryazarlığı sadece hastalar için değil, sağlıklı bireyler ve gebeler içinde önem kazanmıştır (Nawabi vd., 2021). Çocukların ve ailelerinin sağlığını iyileştirmek için kadınların eğitimi hayati önem taşıdığından, sağlık okuryazarlığının artırılmasına öncelikli vurgu yapılması gereken birincil nüfus olarak kadınlar belirlenmiştir (Asadi vd., 2020). Üstelik okuryazarlık kadınların bilişsel becerilerinin bir göstergesi olabilir. Daha fazla bilişsel beceri ve özellikle okuryazarlık, kadınların kendi sağlıkları hakkında bilgi arama yeteneğini artırarak ve kadınların yazılı

talimatları daha iyi takip edebilmelerini sağlayarak anne sağlığına fayda sağlamaktadır (Weitzman, 2017). Sağlık okuryazarlığı, bir kadının kendisi ve çocukları için sağlığı geliştirme faaliyetlerine ve önleme faaliyetlerine katılma becerisinde önemli bir unsurdur. Yeterli bilgi anlayışı olmadan, bir kadının sağlık bakımı zor veya imkânsız olacaktır ve bilinçli kararlar kendisi ve ailesi için olumlu sağlık sonuçlarını göstermektedir (Asadi vd., 2020). Gebelik, sağlık davranışının önemli hale geldiği böyle bir durum için örnek olarak gösterilebilir; çünkü bu aşamada davranışlar hem kadının hem de fetüsün sağlığını etkiler (Song vd., 2012). Annelerin sağlık okuryazarlığı durumuna dikkat etmesi iki nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, gebe bir kadının sağlık sistemiyle ilk karşılaşması olabilir; bu nedenle, bu karmaşık sistem üzerinde ilk kez çalışmak, yeterli okuryazarlık becerisine sahip olsa bile karmaşık olabilir; düşük okuryazarlığa sahip kadınlar, yeni bilgileri öğrenmede ve yönergeleri takip etmede önemli sayılabilecek ölçüde daha fazla sorun yaşar. İkincisi, bir gebenin sağlık durumu ve sağlık bilgilerini doğrudan anlaması, fetal gelişim, obstetrik dönem, postnatal dönem, gebelik sürecinin anneye olan psikolojik etkisi, postpartum dönem, emzirme dönemi, bebek bakımı, gebenin anneliğe hazır olma süreci gibi dönemlerde kadınlar farklı kaynaklardan gelen çeşitli sağlık bilgileriyle karşı karşıya kalırlar ve etkilenebilirler (Song vd., 2012; Asadi vd., 2020).

Kanıtla dayalı öneriler ve bilgi materyallerinin varlığına rağmen, sınırlı sağlık okuryazarlığı, gebelik sırasında yüksek morbidite ile ilişkilili olduğu, çünkü sağlık okuryazarlığı yetersiz olan gebelerin, koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmak veya bunlara katılmak için kişisel bakım davranışlarına ve sağlığı teşvik edici davranışlara katılma olasılıkları daha düştüğü, sağlık okuryazarlığı sınırlı olan gebe kadınların gebelik sırasında folik asit alma veya daha geç gebelik döneminde doğum öncesi bakım alma olasılıkları daha düştüğü ve hastanede kalış sürelerinin uzadığı saptanmıştır (Dağlar ve Oskay 2022; Zheng vd., 2020). Üstelik bu kadınların doğumdan sonraki ilk iki ay emzirmeye başlama olasılıkları daha düşüktür. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan kadınlar hamilelikte sigara içmenin tehlikelerini daha iyi anlamaktadırlar. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olan kadınlar için doğum öncesi hizmetlere ilişkin yazılı bilgilerin anlaşılması daha zordur. Bu nedenle, bu kadınların bilinçli tıbbi kararlar verme olasılıkları daha düşüktür. Hamilelik sırasında annenin yaşam tarzı, epigenetik programlama yoluyla ileriki yıllarda çocuk sağlığını etkilediğinden hem annenin hem de çocuğun sağlıklı kalması için hamile kadınların sağlık okuryazarlığını ilerletecek yaklaşımların geliştirilmesi önemlidir (Nawabi vd., 2021).

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2021) verilerine göre, 2008 ve 2021 yılları kıyaslayacak olursak, 2008 yılında toplamda okuma yazma bilmeyen bireylerin oranı %10 iken bu oran 2021 yılında %2,5'e gerilemiştir. Kadınlarda 2008 yılında okuma yazma bilmeyen birey oranı %15,8 iken 2021

yılında %4,2' ye düşmüştür. SGGM (2020), Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amaçlı yapmış olduğu araştırmada; Türkiye genelini temsil eden 6 bin 228 hane halkı üzerinden grup oluşturulmuş ve bu grup üzerinden yapılan araştırmanın sonuçlara göre katılanların sağlık okuryazarlık düzeyi; %30,9' u yetersiz, %38' i sorunlu sınırlı, %23,4' ü yeterli, %7,7' sinin ise mükemmel olduğu saptanmıştır. Ipsos Türkiye'nin yapmış olduğu Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Raporu (2021) sonuçlarında, ülkemizde her 4 kişiden 1' i sağlık okuryazarlığı kavramını duymuş, ancak sağlık okuryazarlığı kavramını duyanlar arasından %65' i bu konuyla alakalı bilgisinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. 'Sağlık okuryazarlığı nedir?' sorusu sorulduğunda %37' si, 'hangi durumda hangi sağlık kuruluşuna gitmek gerektiğini bilebilmek' cevabını vermiştir. Katılımcıların %42' si doğru ve yanlış bilgiyi ayırt etmekte zorlandığını ifade ederken bu kişilerin anlaşılmayan durumlarda sağlık çalışanlarına soru sorma yüzdesinin %8 olduğu görülmüştür. Koruyucu sağlık kavramını duyan kişilerin oranı %32 iken konuya ilişkin bilgi düzeyi oranı %50' dir. Sağlıkla ilgili bilgileri sosyal medya ve internetteki haberlerden öğrenen kişi oranı %60 olmasına rağmen %50'si sağlıkla ilgili gelişmeleri takip etmediğini ifade etmiştir. %80'i de teknolojik gelişmelerin sağlıklarını daha iyi yönetebilmeleri için önemli bir araç olduğunu ifade etmiştir (Vildan ve Cesur, 2023).

Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını ne ölçüde etkilediği henüz belli olmasa da sağlıkla ilgili hoş olmayan sonuçların çoğunun yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanmasının birçok nedeni olduğu düşünülmektedir (Williams, 2016). Amerikan Sağlık Hizmetleri Stratejileri Merkezi tarafından yapılan bir araştırmaya göre, sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin yazılı ve sözlü bilgileri anlama olasılıkları daha düşük olduğu raporlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ülke çapında yapılan çalışmada Yetersiz sağlık okuryazarlığının yaygınlığı %48 olduğu ve yetişkinlerin yalnızca %11' inin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (Reisi, 2011).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı, yetersiz öz yönetim ve kronik hastalıklarda daha kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğundan sağlık eşitsizliğinde önemli bir etkidir (Taggart vd., 2012). Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı gösteren kişilere göre daha fazla acil servis ziyaretine, daha fazla ve daha uzun hastanede kalışa, sağlık hizmetlerinde daha kötü sonuçlara ve koruyucu hizmetlerden daha az yararlanmaya sahiptir (Berkman vd., 2011). Örneğin Avrupa'da yapılan çok uluslu bir araştırma, yanıt verenlerin %12' sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ve %47' sinin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ve ülkeler arasında büyük farklılıklar bulunduğunu ortaya çıkarmaktadır (Sorensen vd., 2015). Yine yapılan bir sistematik derlemede, çoğu batı ülkelerinde olmasına rağmen, katılımcıların çoğunluğunun yüksek öğrenime sahip olduğunu ve tek

başına yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamına gelmediği, bu nedenle hamilelik sırasında sağlık okuryazarlığına duyarlı müdahaleler, eğitim ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakılmaksızın tüm hamile kadınlar için faydalı olacağı sonucuna varılmıştır. Bu incelemeye dahil edilen çalışmalar, sağlık okuryazarlığı ile sağlık inançları ve tutumları, bilgi ve yaşam tarzı kategorileri dahilindeki sonuçlar arasındaki ilişkileri göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olan kadınların ilaç tedavisine ilişkin daha olumsuz inançları olduğu, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kadınlar ise doğum öncesi testler konusunda daha bilinçli seçimler yaptığı görülmüştür. Yaşam tarzıyla ilgili olarak, bir çalışma sınırlı sağlık okuryazarlığı ile sigara içme olasılığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı araştırması, sınırlı sağlık okuryazarlığıyla el ele giden diğer olumsuz davranışların yanı sıra bu ilişkiyi de doğrulamaktadır (Nawabi vd., 2021).

Dünyadaki diğer ülkeleri değerlendirecek olursak, İran’da bu alanda yapılan çalışmada insanların %56,6’ sının yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür (Reisi, 2011). İran nüfusunun yarısının sağlık okuryazarlığı sınırlı bilgide olduğu bu kişilerin genelde yaşlılar, ev hanımları, işsizler gibi kişilerin dahil olduğu gruplar belirtilmiştir (Asadi vd., 2020). İran’daki kadınların yalnızca %32,4’ ünün iyi sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve çoğunun sağlık okuryazarlığı düzeyi zayıf olduğu belirtilmiştir (Zareban vd., 2016). İran toplumunda sağlık okuryazarlığının durumunu inceleyen bir meta-analiz çalışmasının sonuçları, İranlıların çoğunun yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmadığını vurgulamıştır. Sonuçlar ayrıca kadınların yalnızca %27’ sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu gösterdi (Dadipoor, 2018). Yapılan başka bir çalışmanın sonuçları, kadınların %44’ ünün sağlık okuryazarlığı düzeyinin zayıf olduğunu gösterdi (Asadi vd., 2020).

GEBELER ARASINDA DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ MEVCUT DURUMU VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Gebelik kadınların hayatında benzersiz ve doğal bir fizyolojik süreçtir. Gebelikte ortaya çıkan fiziksel değişimlerin yanında psikososyal değişimlerde kadınlar için stres oluşturmaktadır. Gebelikte oluşan bu stres “prenatal sıkıntı” olarak tarif edilmektedir (Atasever ve Sis, 2018). Kadının bu dönemde görülen fizyolojik, psikolojik ve fiziksel değişimlere adapte olamaması sonucu emosyonel zorluklar görülmektedir. Bu zorlukların orijini genetik, sosyal ve psikolojik sebeplere bağlanmaktadır (Öztürk ve Aydın, 2017).

Gebelik sırasındaki sağlık davranışları gebeliğin sürecini, sonuçlarını etkiler (Eslami vd., 2023). Kadınlarda gebelik sürecinde sağlık davranışlarının iyileştirmenin yolları sağlık uygulamaları, doğru ve dengeli beslenme, gebelikte kontrollü kilo artışı, hareketli yaşam, ağız-bakım sağlığı, gebelik sürecinde ve obstetri hakkında eğitim, sigaranın sağlığa vermiş olduğu zarar,

alkol-uyuşturucu gibi maddeler ve riskli cinsel davranışlar veya diğer enfeksiyon ajanlarına mârûziyetten kaçınma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar uygun vitaminlerin ne zaman ve ne sürede kullanımı ve mineral desteği, Genetiği Değiştirilmiş Organizmalı (GDO) ürünler ve gebelikte yenmemesi gereken gıdalar gibi konuları içermektedir (Gök vd., 2022). Gebelik döneminde kadınların sağlık davranışlarını iyileştirmenin bir yolu da, öz-yeterlik yeteneklerini teşvik etmektir. Öz-yeterlik yetenekleri, bireyin karşılaştıkları durumlarla başa çıkma becerisine olan güvenini yansıtmaktadır. Bireyler öz-bakım duygusu, yaşadıkları gerçek olaylarda süreci nasıl yönettikleri kapsamaktadır (Eslami vd., 2023). Yapılan çalışmalarda, gebelik niyetinin kadının yaşam tarzındaki değişiklikleri ile ilişkili olsa da gebelik planlayan kadınların çok az bir kısmı hayatında sağlık davranışlarını değiştirmektedir. Ayrıca yapılan bu çalışmalarda, Antepartum döneminde sağlık bilgisi alan kadınların, Prenatal dönem için hazırlık olmayanlara göre yaşam tarzı davranışlarını değiştirme oranlarının daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (Poels, 2017). Bu nedenle bilgiye ulaşma, Antepartum dönemde ve Prenatal dönem sırasında yaşam tarzlarını iyileştirilmesi için motivasyonel bir kolaylaştırıcı olduğu söylenebilir (Rezaee vd., 2022).

Son on yılda kadınların gebelikleri sürecinde dijital ortam ve sosyal medya okur-yazarlığını, bilgi arama ve sağlık yönetiminde gebenin konforunu düşünülecek olursak kümülatif talep görmektedir (Baltacı vd., 2023). Yapılan çalışmada kullanılabilirlik ve erişilebilirlik, kullanım kolaylığı, düşük maliyet, anonimlik, kısa sürede çok miktarda bilgiye ulaşabilme ve istediği bilgiyi bulma fırsatı gibi sebeplerden dolayı gebe kadınlar arasında internet kullanımının arttığını görülmektedir (Rezaee vd., 2022).

Sağlık okuryazarlığı iki başlığa ayrılmaktadır. Bunlardan birincisi yüksek sağlık okuryazarlığı, ikincisi düşük sağlık okuryazarlığıdır. Yüksek sağlık okuryazarlığı planlı gebelik, vitamin ve mineral kullanımı, bilinçli Doğum, Doğum Sonrası Etkin Emzirme ve Düzenli Muayene, Hastaneye Yatışların Azalması Üzerinde Etkilidir (Taş, 2016). Düşük sağlık okuryazarlığı ise gebede sağlık bilgilerini doğru anlama ve uygulamada, yeni sağlık bilgileri öğrenmede, süreci takip etmede problem oluşabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde dijitalleşmenin üst düzeylere çıkması ve çevrimiçi olmanın kolay olması sonucunda gebelerin bilgi edinme gereksiniminin daha çok dijital ortamlardan karşıladığı görülmüştür (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarında, Türkiye’de hanelerin İnternet kullanma oranı, 16-74 yaş grubundaki insanlarda 2021 yılında %82,6 iken 2022 yılında %85,0 yükselmiştir. Son üç ay içinde kadınlarda 2021 yılında %77,5 iken 2022 yılında %80,9 yükselmiştir. Dijital ortamda kullanan kadınların %68,2 olduğu görülmüştür (TÜİK 2022). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, dijital sağlık okuryazarlığı gebelerin yaşı ilerledikçe arttığı bulunmuştur. Bunun sebebi

yaş ve eğitim düzeyinin artmasının farkındalığın ve sağlık bilincinin artması olduğu düşünülmektedir. Buna ilave olarak çalışmada ortaöğretim mezunu olan gebelerin dijital sağlık okuryazarlık düzeylerinin ilköğretim mezunu olan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çelik ve Derya,2019; Flannery, 2019). Yine ülkemizde yapılan çalışmada aile gelir düzeyinin yüksek olmasından çok gebelerin daha iyi gelir düzeyine sahip olması, dolayısıyla sosyal güvenceye sahip olmasının, elektronik kaynaklara dolayısıyla dijital sağlık hizmetlerine daha kolay erişmesini ve bunlardan faydalanmasını sağladığı ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Aktürk, 2018). Ülkemizde yapılan farklı bir çalışmada gebelerin %73,8' i gebe olduğu belirlendikten sonra zamanının büyük bir bölümünü yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündüklerinden dolayı internette geçirdiği, sağlık çalışanına ulaşmada zorluk çekmeleri ya da bilgiye hızlı ulaşmak istemeleri nedenleriyle internette sıklıkla gebelik ve doğuma ilişkin araştırma yaptıklarını görülmüştür. Gebelerin %12,7' si internetteki bilgilerin doğru olup olmadığını sağlık profesyonellerine danıştığı bildirmiştir (Hadımlı, 2018).

Elektronik sağlık bilgisi kaynakları anneler tarafından olumlu karşılanmaktadır (Gazmararianvd., 2014). Bu kaynaklar Web siteleri, blog gönderileri ve sosyal ağ siteleri (SNS) gibi birçok seçeneği içerir. Yapılan bir çalışmada annelerin çevrimiçi kaynakları kullanımıyla ilgili önemli bir bulgusu, katılımcıların yaklaşık yarısının kendileri kadar bebekleriyle ilgili sağlık bilgilerini de YouTube üzerinden aramasıydı; bu da YouTube'un anneler için yeni bir medya platformu olduğunu güçlendirmektedir. Örneğin YouTube, eğitim düzeyi düşük annelerin daha sık kullandığı bir kanal iken, gelir düzeyi ve anelik yaşı daha yüksek olan anneler e-postayı daha sık kullandığı görülmüştür. Her grubun özelliklerine ve tercih edilen medyaya dayalı olarak yeterli bilgi sunarak, hemşirelerin de dahil olması üzere dijital sağlık müdahalelerini geliştirenler, sağlıkla ilgili ihtiyaçları olan yeni annelere daha kesin bir şekilde ulaşabilecekler (Walker vd., 2017).

Konuyla ilgili yurtdışı literatür incelendiğinde Hindistan'da 1347 gebe kadın üzerinde yapılan bir araştırma, kadınların %86' sının gebelik ile ilgili bilgilere ulaşmak için interneti kullandığını göstermiştir (Scaioli vd., 2015). İtalya'da yapılan çok merkezli büyük bir çalışma, katılımcı kadınların neredeyse tamamına yakınının gebelikte dijital sağlık kullanıcıları olduğunu saptanmıştır (Bert, vd., 2013). Bunun yanı sıra Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal bir araştırma, çocuk doğuran kadınların yaklaşık %75' inin gebelik ve bebek bilgilerini dijital ortamda aradığını göstermiştir (Sayakhot ve Carolan-Olah, 2016). İsveç'te yapılan bir başka araştırma da hamile kadınlar arasında internet kullanımının yakın bir yaygınlığa sahip olduğunu saptanmıştır (Larsson, 2009). Almanya, ABD, Suudi Arabistan, Çin ve Avustralya'dan yapılan diğer çalışmalar da aynı sonuçları bildirmiştir (Jayaseelan, ve Pichandy, 2016; Wallwiener, 2016; Lee,2018; Grimes, 2014).

Sağlık okuryazarlık düzeyi artan gebelerin yaşam konfor ve kalitelerinin iyileştiğini görülmektedir. Gebelerin elektronik kaynaklar aracılığıyla bilgilenebilmesinin, farkındalığını ve sağlık uygulamalarını anlayıp kullanabilmesini arttıracak ve yaşamındaki refahını şekillendirebileceği düşünülmektedir (Baltacı vd., 2023). Bu refahın artırılmasında, sağlık sektöründeki dijital dönüşümle birlikte teknolojik kaynakların hemşirelik profesyonellerinin rutininin bir parçası haline gelmesi ve eylem alanlarını genişletmesi nedeniyle hemşirelik de bu yenilikçi sürece katılmaktadır (Barbosa, 2021). Hemşirelik eğitimi teorik ve klinik bilgi birikimine dayanan, pratik beceri gerektiren bir bilim ve sanattır. Tıp ve teknolojik ilerlemeler, değişen ihtiyaçlar nedeniyle hemşirelik eğitimi ve sağlık bakım uygulamalarının teknoloji ile desteklenmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde dijital öğrenim yöntemlerinin kullanımı modern hemşirelik anlayışının gelişimine katkı sağlayacaktır. Teknoloji, hemşirelerin hasta bakımı sağlama şeklini değiştirmektedir. Hemşirelik deneyimi, bilgisi ve becerileri, bilgiyi düşünmenin ve işlemenin yeni yollarını öğrenmeye geçiş yapacaktır (Robert,2019; Cesur, 2022). Mobil sağlık gibi Dijital sağlık platformları, hemşirelik alanında hasta eğitiminden, hastalıkların önlenmesine, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşmasına, sağlık bakım harcamalarının daha aza indirilmesi, sağlık bakım servislerini ve kanıta dayalı araştırmaların gelişmesini sağlayan ve toplum tarafından ilgi görmesinden dolayı hızla büyümekte olan bir alandır. Dijital sağlık hemşirelik alanındaki sağlık bakımının ve eğitimin uygulanmasında fırsatlar sunmaktadır. Hemşirenin iş yükünü azaltmaktadır. Sağlık profesyonellerinin uzak mesafede olmalarına karşın iletişimi kolaylaştırmaktadır. Böylece daha fazla hastaya kısa sürede ulaşmayı sağlamaktadır (Doswell vd., 2013). Hemşireliğin farklı dijital teknolojilerin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinin sonuçlarını anlaması önemlidir. Bu nedenle, bakım sağlamak için gerekli gizlilik ve mahremiyet konularına saygı göstererek etik ve yasal ilkelere uygun olmalıdır. Bu nedenle dijital dünya, hemşirelik uygulamalarını geliştirmek veya mevcut sağlık sistemini elektronik bir platformda yeniden inşa etmekle ilgili değildir (Harrington, 2016). Çünkü bilim, kültür ve etiğe dayanan bir yaklaşım olmadan teknolojinin sağlık için potansiyel faydaları kullanılmadan kalacaktır (Harrington, 2016; Lancet Dijital Sağlık, 2020).

Sağlık profesyoneli olan Hemşirelik, yapmış olduğu sağlık hizmetleri sunumunda dijital sağlık gibi uygulamaların gerçekleşmesin de bazı engeller vardır. Bunlar; mesleki eğitim, yetkilendirme standartları ve politikaları konusunda yaşanan belirsizlikler, teknoloji kullanımında eğitsel ve uygulamaya yönelik sınırlılıklar, kurumların ve toplumun teknolojik donanımındaki sınırlılıklar yanında uygulamada hemşirelerin mesleki özzerkliğinin sınırlı olması ile sıralanabilir. Ancak, toplumumuzun yaşam biçiminin ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarındaki değişimler dijital sağlık alandaki hemşirelik

uygulamalarını gerekli kılmaktadır. Hemşireler, dijital sağlık alanındaki oluşabilecek sorunları tanımlamalı, hemşirelik hizmetlerini elde edilen bilgilere göre planlamalıdır (Ardahan, 2018). İçinde bulunduğumuz dönemde teknolojik gelişmeler hemşireliğin insani yönünü, empati duygusunu, profesyonel değerlerini, birey merkezli ve doğal ve dengeleri gözeten yaşam ve tedaviyi benimseyen bakış açısını değiştirmemelidir (Çobanoğlu ve Oğuzhan, 2023).

SONUÇ

Çalışmaların incelenmesi sonucunda dijital sağlık okuryazarlığını geliştirecek eğitimler düzenlenerek, gebelerde dijital sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesine arkasından doğru kaynaklardan doğru bilgiye ulaşarak gebelik doğum ve doğum sonrası süreci fizyolojik ve psikolojik olarak olumlu yönde etkilemesini sağlayacaktır. Gebelerde dijital platformların yoğun kullanımı ve bu platformlardaki bilgi kirliliğinin önüne geçilebilmesi için ülkemizde dijital sağlık okuryazarlığını geliştirecek projeler ve çalışmalar yapılması gerekmektedir. Gebelere en yakın sağlık profesyoneli olan hemşire ve ebelerin dijital sağlık okur yazarlık gelişimi sağlamak ve farkındalığını artırmak için daha fazla çalışmaların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdulai, A. F., Tiffere, A. H., Adam, F., & Kabanunye, M. M. (2021). Covid-19 İnförma-tion-Related Digital Literacy Among Online Health Consumers İn A Low-İn-come Country. *International Journal Of Medical İnförmatıcs*, 145, 104322.
- Ac06953645, A. (Ed.). (2008). *Health İnförmatıcs-İnförma-tion Security Management İn Health Using Iso/Iec 27002*. Iso.
- Aktürk, Ü. (2018). Bir Aile Sağlığı Bölgesindeki 18-49 Yaş Arası Kadınların E-Sağlık Okur -58.
- Akalın, B., & Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta Dijitalleşme Ve Yapay Zekâ. *Sdü Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(2), 128-137.
- Ardahan, M. (2018). Mobil Sağlık Ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(6), 427-433.
- Asadi, L., Amiri, F., & Safinejad, H. (2020). Investigating The Effect Of Health Lite-racy Level On İmproving The Quality Of Care During Pregnancy İn Pregnant Women Covered By Health Centers. *Journal Of Education And Health Promo-tion*, 9.
- Atasever, İ., & Sis Çelik, A. (2018). The Validity And Reliability Of The Antenatal Per-ceived Stress Inventory Turkish Version: A Methodological Study. *Health Care For Women International*, 39(10), 1140-1157.
- Baltacı, N., Nurdan, K. A. Y. A., & Kılıçkaya, İ. (2023). Gebelerin E-Sağlık Okurya-zarlığının Ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(4), 301-313.
- Barbosa, S. F. F., Abbott, P., & Dal Sasso, G. T. M. (2021). Nursing in the Digital Health Era. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 53(1), 5-6.
- Beer, P., & Mulder, R. H. (2020). The Effects Of Technological Developments On Work And Their İmlications For Continuous Vocational Education And Training: A Systematic Review. *Frontiers İn Psychology*, 11, 918.
- Bert, F., Gualano, M. R., Brusaferrö, S., De Vito, E., de Waure, C., La Torre, G., Manzoli, L., Messina, G., Todros, T., Torregrossa, M. V., & Siliquini, R. (2013). Pregnancy e-health: a multicenter Italian cross-sectional study on Internet use and deci-sion-making among pregnant women. *Journal of epidemiology and community health*, 67(12), 1013-1018.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy And Health Outcomes: An Updated Systematic Re-view. *Annals Of İnternal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bjelke, M., Martinsson, A. K., Lendahls, L., & Oscarsson, M. (2016). Using the Inter-net as a source of information during pregnancy- A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 40, 187-191.

- Bronsoler, A., Doyle, J. O. S. E. P. H., & Van Reenen, J. (2020). The Impact Of New Technology On The Healthcare Workforce. *Work Of The Future*. <https://Workofthefuture.Mit.Edu/Wpcontent/Uploads/2020/10/2020-Research-Brief-Bronsoler-Doyle-Vanreenen.Pdf>.
- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., Mcelhinney, E., Nutbeam, D., ... & Wills, J. (2018). Iuhpe Position Statement On Health Literacy: A Practical Vision For A Health Literate World.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association Between Low Functional Health Literacy And Mortality İn Older Adults: Longitudinal Cohort Study. *Bmj*, 344.
- Cesur, B. 1. Uluslararası 1. Ulusal Dijital Dünya& Dijital Sağlık& Dijital Ebelik Kongresi(2022).
- Chau, K. Y., Lam, M. H. S., Cheung, M. L., Tso, E. K. H., Flint, S. W., Broom, D. R., ... & Lee, K. Y. (2019). Smart Technology For Healthcare: Exploring The Antecedents Of Adoption İntention Of Healthcare Wearable Technology. *Health Psychology Research*, 7(1).
- Collins, T. E., Akselrod, S., Altmysheva, A., Nga, P. T. Q., Banatvala, N., & Berlina, D. (2023). The Promise Of Digital Health Technologies For İntegrated Care For Maternal And Child Health And Non-Communicable Diseases. *Bmj*, 381.
- Çelik, A. S., & Derya, Y. A. (2019). Gebelerin Öz Bakım Gücü İle Sağlık Uygulamaları Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 111-119.
- Çınar, B., Güngör, Y., Sercan, U. Y. A. R., & Tarhan, Ç. (2022). Covid19 Pandemisinin Türkiye'deki Dijital Dönüşüm Süreçlerine Etkisi. *Journal Of Research İn Business*, 7(İmısc2021 Special Issue), 91-102.
- Çobanoğlu, A., & Oğuzhan, H. (2023). Hemşirelikte Teknolojinin Gelişimi Ve Mesleğin Geleceğine Etkileri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(2), 114-122.
- Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
- Dadipoor, S., Ramezankhani, A., Aghamolaei, T., Rakhshani, F., & Safari-Moradabadi, A. (2018). Evaluation Of Health Literacy İn The Iranian Population. *Health Scope*, 7(3).
- Dağlar, Ö. Ş., & Oskay, Ü. (2022). Sağlık Okuryazarlığının Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri: Bir Sistematik Derleme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 585-595.
- Doswell, W. M., Braxter, B., Dabbs, A., Nilsen, W., & Klem, M. (2013). Mhealth: Technology For Nursing Practice, Education, And Research. *J Nurs Educ Pract*, 10, 99.
- Eslami, V., Sany, S. B. T., Tehrani, H., Ghavami, V., & Peyman, N. (2023). Examining Health Literacy And Self-Efficacy Levels And Their Association With Preventive Behaviors Of Urinary Tract İnfektion İn Iranian Pregnant Women: Across Sectional Study. *Bmc Women's Health*, 23(1), 258.

- Eysenbach, G. (2001). What Is E-Health?. *Journal Of Medical Internet Research*, 3(2), E833.
- Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health Literacy İn Pregnant Women: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(7), 3847.
- Flannery, C., Dahly, D., Byrne, M., Khashan, A., Mchugh, S., Kenny, L. C., ... & Kearney, P. M. (2019). Social, Biological, Behavioural And Psychological Factors Related To Physical Activity During Early Pregnancy İn The Screening For Pregnancy Endpoints (Cork, Ireland) Cohort Study. *Bmj Open*, 9(6), E025003.
- Gazmararian, J. A., Dalmida, S. G., Merino, Y., Blake, S., Thompson, W., & Gaydos, L. (2014). What New Mothers Need To Know: Perspectives From Women And Providers İn Georgia. *Maternal And Child Health Journal*, 18, 839-851.
- Gao, L. L., Larsson, M., & Luo, S. Y. (2013). Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 29(7), 730-735.
- Greene, T., Shmueli, G., Ray, S., & Fell, J. (2019). Adjusting To The Gdpr: The İmpact On Data Scientists And Behavioral Researchers. *Big Data*, 7(3), 140-162.
- Grimes, H. A., Forster, D. A., & Newton, M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(1), e26-e33.
- Gök, M. Ş., Küçük, K., & Kanbur, A. (2022) Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(6), 409-41.
- Güven, A., & Kılınç, İ. (2022). Sağlık İşletmelerinde Endüstri 4.0 Kapsamında Örgütsel Değişim Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası İşletme Bilimi Ve Uygulamaları Dergisi*, 2(2), 89-112.
- Hadımlı, A. P., Akyüz, M. D., & Nazan, T. U. N. A. (2018). Gebelerin İnterneti Kullanma Sıklıkları Ve Nedenleri. *Life Sciences*, 13(3), 32-43.
- Hanemann, U., & Robinson, C. (2022). Rethinking Literacy From A Lifelong Learning Perspective İn The Context Of The Sustainable Development Goals And The International Conference On Adult Education. *International Review Of Education*, 68(2), 233-258.
- Harrington L. (2016). Going Digital: What Does It Really Mean for Nursing?. *AACN advanced critical care*, 27(4), 358-361.
- Huberty, J., Dinkel, D., Beets, M. W., & Coleman, J. (2013). Describing the use of the internet for health, physical activity, and nutrition information in pregnant women. *Maternal and child health journal*, 17(8), 1363-1372.
- Ho, K. H. M., Cheng, H. Y., Mckenna, L., & Cheung, D. S. K. (2024). Nursing And Midwifery İn A Changing World: Addressing Planetary Health And Digital Literacy Through A Global Curriculum. *Nursing Open*, 11(1), E2075.
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (Mmat) Version 2018 For

- Information Professionals And Researchers. *Education For Information*, 34(4), 285-291.
- Ipsos Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Raporu, (2021). 16- 65 Yaş Aralığında İbbs1 Düzeyinde Türkiye Temsiliyeti Olan 2004 Birey İle Yapılan Online Araştırma. <https://www.bayer.com.tr>. Erişim Tarihi:20 Kasım 2022.
- Jayaseelan, R., & Pichandy, C. (2016). Uses of information and communication technology among women during pregnancy. *J Mass Communicate Journalism*, 6(4), 1-7.
- Khalili Hm, Papi A, Sharifirad Gh, Farashbandi Fz, Hasanzade A. A Survery On Health Literacy Of İn Patients Educational Hospitals Of Isfahan University Of Medical Sciences. *Health Inform Manage*. 2014;11:464-73.
- Larsson M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14-20.
- Lee, H. S. (2018). A comparative study on the health information needs, seeking and source preferences among mothers of young healthy children: American mothers compared to recent immigrant Korean mothers. *Information Research: An International Electronic Journal*, 23(4),n4.
- Mirzaei, M., & Yar Ahmadi, A. (2011). An Analysis Of Women's Education And Economic Status İn Healthcare Use During Pregnancy. *Woman İn Development & Politics*, 8(4).
- Nawabi, F, Krebs, F, Vennedey, V, Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health Literacy İn Pregnant Women: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(7), 3847.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). The Extent And Associations Of Limited Health Literacy. In *Health Literacy: A Prescription To End Confusion*. National Academies Press (Us).
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health İn A Networked World. *Journal Of Medical Internet Research*, 8(2), E506.
- Öztürk, N., & Aydın, N. (2018). Anne Ruh Sağlığının Önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın Ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 29-36
- Popov, V. V., Kudryavtseva, E. V., Kumar Katiyar, N., Shishkin, A., Stepanov, S. I., & Goel, S. (2022). Industry 4.0 And Digitalisation İn Healthcare. *Materials*, 15(6), 2140.
- Doğan, S. (2021). Dünyada Ve Türkiye'de Belgelendirilmiş Dijital Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *International Journal Of Social Humanities Sciences Research*, 8(71), 1588-1597.
- Poels, M., Van Stel, H. F, Franx, A., & Koster, M. P. H. (2017). Actively Preparing For Pregnancy is associated with healthier lifestyle of women during the preconception period. *Midwifery*, 50, 228-234.
- Rahdar, S., Montazeri, M., Mirzaee, M., & Ahmadian, L. (2023). The Relationship

Between E-Health Literacy And Information Technology Acceptance, And The Willingness To Share Personal And Health Information Among Pregnant Women. *International Journal Of Medical Informatics*, 178, 105203.

- Regional Committee For Europe, 72nd Session. Seventy-Second Regional Committee For Europe: Tel Aviv, 12–14 September 2022: Regional Digital Health Action Plan For The Who European Region 2023–2030. World Health Organization. Regional Office For Europe (2022).
- Reisi, M., Mostafavi, F., Hasanzade, A., & Sharifirad, G. R. (2011). The Relationship Between Health Literacy, Health Status And Healthy Behaviors Among Elderly İn Isfahan, Iran. *Journal Of Health System Research*, 7(4), 0-0.
- Rezaee, R., Ravangard, R., Amani, F., Dehghani Tafti, A., Shokrpour, N., & Bahrami, M. A. (2022). Healthy Lifestyle During Pregnancy: Uncovering The Role Of Online Health Information Seeking Experience. *Plos One*, 17(8), E0271989.
- Robinson-Pant, A. (2014). Literacy And Education For Sustainable Development And Women's Empowerment. *Unesco Institute For Lifelong Learning*.
- Robert N. (2019). How artificial intelligence is changing nursing. *Nursing management*, 50(9), 30–39
- Sayakhot, P., & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC pregnancy and child-birth*, 16, 65.
- Sbssg Müdürlüğü, (2020). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörleri Araştırması. <https://sggm.saglik.gov.tr/Tr;2020>. Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2023.
- Scaioli, G., Bert, F., Galis, V., Brusaferrero, S., De Vito, E., La Torre, G., Manzoli, L., Messina, G., Torregrossa, M. V., Ricciardi, W., Gualano, M. R., & Siliquini, R. (2015). Pregnancy And İnternet: Sociodemographic And Geographic Differences İn E-Health Practice. Results From An Italian Multicenter Study. *Public Health*, 129(9), 1258–1266.
- Sharma, D. K., Chakravarthi, D. S., Shaikh, A. A., Ahmed, A. A. A., Jaiswal, S., & Naved, M. (2023). The Aspect Of Vast Data Management Problem İn Healthcare Sector And İmplementation Of Cloud Computing Technique. *Materials Today: Proceedings*, 80, 3805-3810.
- Shiri-Mohammadabad, H., & Afshani, S. A. (2022). Does Health Literacy Cause Better Women's Self-Care Performance? A Cross-Sectional Study İn Iran. *Journal Of Health Literacy*, 7(1), 56-66.
- Song, F. W., West, J. E., Lundy, L., & Smith Dahmen, N. (2012). Women, Pregnancy, And Health Information Online: The Making Of İnformed Patients And İdeal Mothers. *Gender & Society*, 26(5), 773-798.
- Sukkar, E. (2021). Health Literacy Around The World: Policy Approaches To Wellbeing Through Knowledge And Empowerment. *Economist Impact*. Erişim Edresi: (<https://Impact.Economist.Com/Perspectives/>). Erişim Tarihi:10.03.2024

- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health Literacy In Europe: Comparative Results Of The European Health Literacy Survey (Hls-Eu). *The European Journal Of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Şahin, E., Çatıker, A., Özdil, K., & Bulucu Büyüksoy, G. D. (2023). Predictors Of Ehealth Literacy In Pregnant Women: A Structural Equation Model Analysis. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 160(3), 783-789.
- Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., ... & Harris, M. F. (2012). A Systematic Review Of Interventions In Primary Care To Improve Health Literacy For Chronic Disease Behavioral Risk Factors. *Bmc Family Practice*, 13, 1-12
- Taş, T. A. (2016). Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-24. Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-24.
- The Lancet Digital Health (2020). Reflecting On A Future Ready For Digital Health. *The Lancet. Digital Health*, 2(5), E209.
- Tunçsiper, Ç. (2023). Dijital Dönüşüm Ve Sağlık Ekonomisi: Dijital Sağlık Üzerine Bibliyometrik Bir Analiz. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 21-31.
- Türkiye İstatistik Kurumu (Tüik). (2021). Okuryazarlık Ve Cinsiyete Göre Nüfus 2008-2021.
- United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization. (2016). *Education For People And Planet: Creating Sustainable Futures For All*. Unesco.
- Vildan, Ü. N. L. Ü., & Cesur, B. (2023). Gebelik Döneminde Dijital Sağlık Okuryazarlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(Special Issue), 370-374.
- Wang, C., Wu, X., & Qi, H. (2021, December). A Comprehensive Analysis Of E-Health Literacy Research Focuses And Trends. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 1, P. 66). Mdpi.
- Walker, L. O., Mackert, M. S., Ahn, J., Vaughan, M. W., Sterling, B. S., Guy, S., & Hendrickson, S. (2017). E-Health And New Moms: Contextual Factors Associated With Sources Of Health Information. *Public Health Nursing*, 34(6), 561-568.
- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Laserer, W., Reck, C., Pauluschke-Fröhlich, J., Brucker, S. Y., Wallwiener, C. W., & Wallwiener, M. (2016). Pregnancy eHealth and mHealth: user proportions and characteristics of pregnant women using Web-based information sources-a cross-sectional study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 294(5), 937-944.
- Weitzman, A. (2017). The Effects Of Women's Education On Maternal Health: Evidence From Peru. *Social Science & Medicine*, 180, 1-9.
- Williams, M. V. (2016). The Impact Of Inadequate Functional Health Literacy On Patients Understanding Of Diagnosis, Prescribed Medications, And Compliance.
- World Health Organization. Global Strategy On Digital Health 2020-2025. 2021. Ht-

tps://Www.Who.İnt/Docs/Default Source/Documents/Gs4dhdaa2a9f352b-0445bafbc79ca799dce4d.Pdf

- World Health Organization. 71st World Health Assembly Resolution On Digital Health. 2018. https://Apps.Who.İnt/Gb/Ebwha/Pdf_Files/Wha71/A71_Aconf1-En.Pdf
- World Health Organization. *Digital Implementation Investment Guide (Dug): Integrating Digital Interventions Into Health Programmes*. Who, 2020. <https://Www.Who.İnt/Publications/İ/İtem/9789240010567>.
- World Health Organization. Global Diffusion Of Ehealth: Making Universal Health Coverage Achievable: Report Of The Third Global Survey On Ehealth. 2016. <https://Www.Who.İnt/Publications/İ/İtem/9789241511780>
- World Health Organization. Classification Of Digital Health Interventions V1.0: A Shared Language To Describe The Uses Of Digital Technology For Health. 2018. <https://Apps.Who.İnt/İris/Handle/10665/260480>.
- World Health Organization. Recommendations On Digital Interventions For Health System Strengthening. 2019. <https://Www.Who.İnt/Publications/İ/İtem/9789241550505>
- World Health Organization. Mhealth: New Horizons For Health Through Mobile Technologies. 2011. <http://Apps.Who.İnt/İris/Handle/10665/44607>
- Yalçın, Y., A. (2020). Endüstri 4.0'dan Toplum 5.0'a: Kavramsal Çerçeve. İçinde Endüstri 4.0'dan Toplum 5.0'a Güncel Yaklaşımlar. Eds: S. Çiğdem Ve A. Boztaş. Ss.1-28, Ankara: Nobel Yayınları, ISBN: 9786254023811
- Yazarlık Düzeylerinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal Of Human Rhythm*, 4(1), 52
- Zheng, X., Yu, H., Qiu, X., Chair, S. Y., Wong, E. M. L., & Wang, Q. (2020). The Effects Of A Nurse-Led Lifestyle Intervention Program On Cardiovascular Risk, Self-Efficacy And Health Promoting Behaviours Among Patients With Metabolic Syndrome: Randomized Controlled Trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 109, 103638.
- Zareban, I., Izadirad, H., & Jadgal, K. (2016). Evaluation Of Health Literacy, Health Status And Health Services Utilization İn Women İn Baluchistan Region Of Iran. *Journal Of Health Literacy*, 1(2), 71-82.

BÖLÜM 9

KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU

Nur ÜREDİ¹

Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ²

Esin ÇEBER TURFAN³



1 Ebe, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı, İzmir/Türkiye, 0000-0002-4265-8033

2 Dr. Öğr. Üyesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü İzmir/Türkiye,0000-0002-2774-892X

3 Prof. Dr., Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü İzmir/Türkiye,0000-0003-2505-4913

Giriş

Kadın cinsel işlev bozukluğu, bir kadın cinsel aktivite sırasında vücudun normal olarak deneyimlediği çeşitli fiziksel aşamaların bir kısmını veya tamamını tam, sağlıklı ve zevkli bir şekilde deneyimleyemediğinde ortaya çıkar (Poornowrooz ve ark., 2019). Cinsel işlev bozukluğu, bireylerde cinsel istekte bozulma ve cinsel tepki döngüsüyle ilişkili psikofizyolojik değişikliklerle karakterizedir. Kadın cinsel işlev bozukluğu cinsel ilgi/arzu ve uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genito-pelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu içerir. Bu bozukluklar kadınlar arasında oldukça yaygındır ve prevalansı çeşitli çalışmalara göre %19 ile %63 arasında değişmektedir (Khani ve ark., 2013). Cinsel ilgi/arzu problemleri en yaygın olanıdır, bunu uyarılma ve orgazm problemleri takip etmektedir (McCabe ve ark., 2015).

Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu çok faktörlü bir sorundur. Biyopsikososyal bir etiyojisi vardır. Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bir durumdan kaynaklanabilir. Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu aslında oldukça yaygındır. Birçok kadın hayatının bir noktasında cinsel işlev sorunları yaşamaktadır (El Sherbini ve ark., 2019).

Kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğunun fizyolojik veya hormonal nedenleri vardır. Bu nedenler pelvik yapışıklıklar, yumurtalık kistleri, fibroid tümörler, servikal veya uterin anormallikler, cilt anormallikleri, enfeksiyon veya en yaygın olarak endometriozise bağlı olabilir (Alahveriani ve ark., 2010).

Cinsel işlev bozukluğu aynı zamanda yaş ve eğitim düzeyi gibi çeşitli demografik özelliklerle de ilişkilidir. Cinsel işlev bozukluğuyla ilişkili yaygın risk faktörleri arasında bireyin genel sağlık durumu, bazı kronik hastalıklar, psikiyatrik/psikolojik bozukluklar ve sosyo-demografik koşullar yer alır (Lewis ve ark., 2004).

Fiziksel ve duygusal sağlığı kötü olan kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğu yaşama olasılığı daha yüksektir (Eo, 1999). Kadın cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesi ve kişilerarası ilişkiler üzerinde önemli bir etkisi vardır.

Epidemiyoloji

En yaygın cinsel sorun cinsel ilişkiye karşı ilgisizliktir, bunu orgazm yaşayamama ve ağırlı cinsel ilişki izlemektedir (Jha & Thakar, 2010). Çalışmalar cinsel işlev bozukluğunu tanımlamak için farklı kriterler kullanmaktadır, bu nedenle gerçek prevalansı bilmek zordur. Ancak, cinsel sorunları olan kadınların yalnızca %21'i yardım istemiştir (Srivastava ve ark., 2008). Jinekoloji kliniğine başvuran kadınlarda cinsel kaygı yaygınlığının %98 kadar yüksek olduğu bildirilmektedir (Nusbaum ve ark., 2000). Buna rağmen cinsel işlev bozukluğu gözden kaçabilir ve hastalar tarafından gizlenebilir. Ayrıca, klinisyenler genellikle sınırlı zaman ve eğitim, utanma ve etkili tedavi seçenekle-

rinin bulunmaması gibi nedenlerle cinsel sorunları tartışmaktan kaçınmaktadır.

Normal Cinsel Tepki Döngüsü

Kadın cinsel tepki döngüsü, karmaşık biyopsikososyal etkiler nedeniyle yeterince anlaşılmamıştır ve tanımlanması zordur. Cinsel tepki hem zihnin hem de bedenın karşılıklı etkileşimi ile ilişkilidir. Kadınların yaklaşık %30'u vajinal penetrasyon sırasında, %50'si ise doğrudan klitoral stimülasyon sırasında orgazma ulaşabilir (Aslan & Fynes, 2008). Partnerli cinsel ilişkilerde, sevgi ve duygusal yakınlık duyguları cinsel tatmini başlatmak ve sürdürmek için önemlidir (Butzer & Campbell 2008).

Ruh sağlığı, cinsel istek ve duyarlılığın sağlam bir belirleyicisidir; kendilerini iyi ruh sağlığı içinde olarak tanımlayan kadınların cinsel ilişkileriyle ilgili sıkıntı bildirme olasılığı, daha düşük ruh sağlığı puanları bildiren kadınlara göre daha düşüktür (Avis ve ark., 2005). Araştırmalar, düşük arzu ile düşük benlik imajı, ruh hali dengesizliği ve anksiyete eğilimi arasında yüksek bir korelasyon olduğunu göstermiştir (Shifren, 2002). Buna ek olarak, kişinin kendisinin/partnerinin uyarılmasıyla ilgili endişeler, gebelik korkusu, cinsel yolla bulaşan hastalık korkusu ve mahremiyet eksikliği gibi çeşitli faktörler cinsel faaliyetten alıkoyan unsurlar olarak belirtilmektedir (Jha & Thakar, 2010).

Cinsel İşlev Bozukluğunun Risk Faktörleri

Cinsel işlev bozukluğu için risk faktörleri şu kategorilere göre düzenlenmiştir: biyolojik, psikolojik, psikiyatrik ve sosyokültürel faktörler.

Biyolojik Faktörler

Biyolojik risk faktörleri daha çok ilgi/arzu ve uyarılma bozukluklarıyla ilişkili görünmektedir. Kadınların genel sağlık durumunun yüksek cinsel işlev bozukluğu seviyeleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Parish ve ark., 2021). Kötü sağlık durumu cinsel isteksizlik, genital/pelvik ağrı ve orgazm bozukluklarıyla da ilişkilidir (Laumann ve ark., 1999; Johannes ve ark., 2009; Öberg & Fugl-Meyer, 2005). Abdo ve arkadaşları, kronik hastalığa sahip olan kadınların cinsel aktiviteye ilgi duymama veya uyarılmama, orgazm güçlüğü yaşama olasılığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Abdo ve ark., 2004). Gebelik ve doğum, psikolojik ve biyolojik değişiklikler içerdiği için bir kadının cinsel işlevini de doğrudan etkileyebilir (Witting ve ark., 2008). Araştırmalar, multipar kadınların nullipar kadınlara göre daha fazla genito-pelvik ağrı ve orgazm sorunu yaşadığını göstermiştir (Witting ve ark., 2008).

Johannes ve arkadaşları histerektomi yapılan kadınların cinsek ilgi/isteksizlik ve orgazm sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir (Johannes ve ark.,

2009). Benzer şekilde, McPherson ve arkadaşları, bilateral ooferektomi ile histerektomi yapılan kadınlarda, sadece histerektomi yapılan kadınlara kıyasla libido ve cinsel uyarılmanın bozulduğunu bulmuşlardır (McPherson ve ark., 2005). Araştırmalar kardiyovasküler, endokrin ve nörolojik bozuklukların insel işlev bozukluğu gelişimine katkıda bulunabileceğini göstermiştir. Diyabet, tiroid bozuklukları, adrenal rahatsızlıklar ve hiperprolaktinemi gibi endokrin bozukluklar da kadınları cinsel işlev bozukluğuna yatkın hale getirebilir (Graziottin & Leiblum, 2005).

Tip 1 diyabetik kadınların cinsel işlev bozukluklarına ilişkin raporlar incelendiğinde, en sık (%27) şikâyet olarak vajinal kayganlığın azaldığını ortaya koymuştur (Enzlin ve ark., 2002).

Nörolojik nedenleri inceleyen araştırmalar, omurilik yaralanması olan kadınların %50'sinden daha azının orgazma ulaşabildiğini göstermiştir (Sipskl ve ark., 1999).

Psikolojik faktörler

Cinsel işlev bozukluğu, özellikle de cinsel istek bozukluğu, majör depresyonla tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir, ancak belirli bir bireyde depresyon ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin yönü genellikle belirsizdir (Baldwin, 2001; Dobkin ve ark., 2006; Hurlbert ve ark., 2006). Meta analiz, ilişkinin çift yönlü olduğunu, depresyonun cinsel işlev bozukluğu geliştirme riskini, cinsel işlev bozukluğunun da depresyon geliştirme riskini artırdığını ortaya koymuştur (Atlantis & Sullivan, 2012). Kadınların %80'i depresyonlarının bir belirtisi olarak cinsel isteklerinin azaldığını bildirmiştir (Clayton, 2007).

Depresyon tanısı almış kadın üniversite öğrencileri, depresyonda olmayan öğrencilere kıyasla cinsel ilişki sırasında ağrı deneyimlerinin artmasına ek olarak arzu, uyarılma ve orgazm seviyelerinin azaldığını da bildirmişlerdir (Lykins ve ark., 2006). Kadınların çoğu depresyonun cinsel tepkiyi azalttığını belirtirken, bir azınlık depresyonda olmanın uyarılmaları üzerinde çok az etkisi olduğunu ve bazen cinsel isteği artırdığını belirtmiştir (Lykins ve ark., 2006). Depresyondaki kadınlar ayrıca, çiftin tipik cinsel etkileşim modeline göre veya kendi azalmış arzularından ziyade eşlerinin cinsel istek seviyesine uymak için cinsel aktivitede bulunmaya devam ettiklerini bildirmişlerdir. (Cyranowski ve ark., 2004).

Sosyokültürel Faktörler

Aile değerleri, cinsiyetle ilişkili suçluluk ve çocuklukta cinsel istismarın yaşam boyu cinsel sorunların gelişimine zemin hazırlayan faktörler olduğu ileri sürülmektedir (Graziottin & Leiblum, 2005; Basson, 2004; Bancroft, 2008). Geçmişteki olumsuz cinsel deneyimlerin, özellikle de zorlama veya istismarın engelleyici etkisi önemli ölçüde deneysel incelemeye tabi tutul-

muştur (Graziottin & Leiblum, 2005; McCabe & Cobain, 1998; Basson, 2004). Çocuklukta cinsel istismara maruz kaldığını bildiren bazı kadınlar, özellikle cinsel isteksizlik ve cinsel ağrı olmak üzere yüksek oranda yetişkin cinsel işlev bozukluğu yaşamaktadır (Heiman & Heard-Davison, 2004; Leonard & Follette 2002).

Hall, çocuk cinsel istismarının kadınların cinsel işlevselliği üzerindeki uzun vadeli etkilerinin, istismarın özelliklerine (sıklık, fiziksel şiddet, penetrasyon) ve istismar ile yetişkin cinsel işlevselliği üzerindeki etkinin ölçümü arasındaki süreye bağlı olarak farklılık gösterdiğini öne sürmüştür (Hall, 2007).

Klinik Değerlendirme

Jinekolojik sorunlarla başvuran hastalarda genellikle altta yatan cinsel işlev bozukluğu vardır. Bu durum fiziksel sorunlardan, psikolojik faktörlerden veya her ikisinin birleşiminden kaynaklanabilir. Ancak hastalar genellikle bu bilgiyi gönüllü olarak vermek konusunda isteksizdir. Sıklıkla jinekolojik sorunların tedavisinin cinsel sorunları hafifleteceği yönünde bir beklenti vardır, ancak hastaların herhangi bir tedaviye başlamadan önce sonuçlar konusunda gerçekçi beklentilere sahip olmaları önemlidir. Bu ancak, rutin jinekolojik konsültasyonun bir parçasını oluşturması gereken, cinsel işlevin temel bir değerlendirmesinin yapılmasıyla mümkündür. Yeni bir hasta ziyareti sırasında kısa bir cinsel öykü almak, sorunların belirlenmesine yardımcı olabilir ve hastalara cinsel endişelerin tartışılmasının hoş karşılandığını gösterebilir.

Gebelik ve Doğumun Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisi

Gebelik ve doğum, bir kadının hayatında hormonal ve fiziksel değişikliklere neden olan ve anne sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olan belirli bir dönemdir (Chang ve ark., 2011). Cinsel ilişkiler, gebelik sırasında birçok fiziksel ve psikolojik değişiklik nedeniyle değişir. Gebeliğe bağlı fizyolojik ve anatomik değişiklikler gebelik sürecinde cinsel işlevi etkileyebilir. Gebelik sırasında cinsel aktiviteden vazgeçme ve cinsel ilişkiye ilişkin suçluluk duygusu, değişen beden imajı, eşe yönelik çekicilik duygusunun azalması, fetüse zarar verme korkusu, kürtaj korkusu ve erken doğum gibi bazı faktörler kadının cinsel tepkisini etkileyebilir (Fan ve ark., 2017).

Bayrami ve arkadaşları gebeliğin birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerinde kadınların sırasıyla %66,3, %50,7 ve %69,2'sinin cinsel işlev bozukluğundan muzdarip olduğunu ve cinsel istek bozukluğunun gebeliğin her trimesterinde en sık bildirilen cinsel işlev bozukluğu olacağını göstermiştir (Bayrami ve ark., 2008). Anne, doğum sonrası dönemde gebelik dönemine kıyasla daha az ilgi ve bakım görmekte, ölüm ve sakatlıkların çoğu bu dönemde meydana gelmektedir (Lee& Tsai, 2012).

Doğum, pelvik taban kaslarında anatomik ve işlevsel değişikliklere yol açar ve bu da kadınların doğum sonrası dönemde cinsel sorunlarla ilgili şika-

yetlerinin bir kısmından sorumlu olabilir (Anzaku & Mikah 2014). Doğum sayısı, emzirme, doğum şekli, epizyotomi, yorgunluk ve doğum sonrası depresyon dahil olmak üzere fiziksel ve psikolojik işlev bozukluğu gibi çeşitli faktörler doğum sonrası cinsel işlev bozukluğunu etkilemektedir (Abouzari-Gazafroodi ve ark., 2015). Postpartum dönemde, cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel istek eksikliği, vajinal kuruluk ve orgazma ulaşamama gibi değişiklikler kadının cinsel yanıt döngüsünü etkileyebilir. Postpartum dönemde cinsel istek ve cinsel aktivite gebeliğe göre azalmakta ve cinsel sorunlar daha sık ortaya çıkmaktadır (Dabiri ve ark., 2014). Çalışmalar, kadınların %91,3'ünün doğum sonrası cinsel sorunlar yaşadığını göstermiştir (Acele & Karaçam, 2012).

Cinsel istek genellikle hamilelik sırasında azalabilir (Srivastava ve ark., 2008). Bu durum genellikle doğum sonrası dönemde de devam eder. Bebek bakımı, yorgunluk, hormonal değişiklikler, emzirme, doğum sonrası depresyon ve beden imajındaki değişim gibi faktörler bu duruma etki eder. Cinsel sorunlar doğumdan sonra sürekli olarak artmakta, %83'ü ilk 3 ayda sorun yaşamakta, 6 ayda %64'e düşmekte, ancak hiçbir zaman nullipar kadınlarla (%38) karşılaştırılabilir seviyelere ulaşamamaktadır (Kershaw & Jha, 2022). Doğum şeklinin doğum sonrası disparoni ile ilişkili olduğu, özellikle operatif vajinal doğumun spontan vajinal doğuma kıyasla en az iki kat artmış risk taşıdığı yaygın olarak bildirilmektedir (Barrett ve ark., 2000).

Menopoz Döneminin Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisi

Menopoz, tüm kadınların yaşla birlikte yaşadığı doğal bir dönemdir. Genetik, biyolojik ve psikolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir (Forman ve ark., 2013). Östrojen seviyelerindeki düşüş, yaşam kalitesini bozan ve kadınların fiziksel, zihinsel ve cinsel sağlığını etkileyen bir dizi semptom üretir (Shirvani & Heidari, 2016). Menopoz geçişi normal cinsel yanıtta yer alan biyolojik sistemleri etkileyerek cinsel ilişkileri bozabilir (Tiznobek ve ark., 2017). Menopozla bağlı cinsel istek kaybı, yaşam kalitesinin tüm yönleri üzerinde geniş kapsamlı etkileri olan bir semptomdur. Postmenopozun fiziksel görünüm ve kadınlık algısının değişmesinin yanı sıra ruh hali bozukluklarıyla da ilişkili olduğu ve bunun da cinsel işlevi etkileyebileceği gösterilmiştir (Afghari & Ahmad Shirvani 2012). Menopozla ilişkili hormonal değişiklikler (özellikle östrojendeki azalma), yaşlanma ile, daha yüksek cinsel işlev bozukluğu riski ile ilişkili görünmektedir (Levine ve ark., 2008; Mollaioli ve ark., 2018)

Postmenopozal kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı %68-86 arasında değişmektedir. 40-69 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada, kadınların %71'i cinsel olarak aktif olduklarını bildirmiştir (Addis ve ark., 2006). Bu yaş grubunda sık görülen cinsel şikayetler arasında istek kaybı, cinsel ilişki sıklığında azalma, disparoni, vajinal kuruluk ve erkek partnerin cinsel işlev bozukluğu yer almaktadır.

Literatürde cinsel işlev ve bunu etkileyen faktörler konusunda tartışmalar vardır. Bazı çalışmalar menopoza geçişinin cinsel işlevi olumsuz etkilediğini gösterirken (Bachmann, 1995) diğerleri bunun tam tersi etkiler göstermiştir (Youngkin & Davis, 1998; Dennerstein ve ark., 2001; Sadock & Sadock 2007). Bazı postmenopozal kadınlar, gebelik korkusunu geride bıraktıkları için menopoza dönemini cinsellik açısından hayatlarının en iyi zamanı olarak görmektedir (Youngkin & Davis, 1998; Dennerstein ve ark., 2001; Sadock & Sadock 2007).

Menopoz, cinsel isteksizlik, cinsel aktivite sıklığında azalma, cinsel yarıta azalma, orgazm sorunları ve genital duyarlılıkta azalma (Bachmann, 1995) gibi cinsel sorunlarda artışla ilişkilendirilmiştir. Östrojen yoksunluğu ve androjenlerin azalması gibi hormonal değişiklikler, cinsel organlarda ve cinsel işlevi etkileyen diğer vücut sistemlerinde değişikliklere yol açabilir.

Kadınların şu anda yaşamlarının üçte birini veya daha fazlasını menopoza sonra geçirdikleri düşünüldüğünde cinsel sağlıklarına dikkat etmek ve cinsel aktivitenin azalmasını önlemek için stratejiler oluşturmak önemlidir.

İnfertilitenin Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisi

Gebe kalmaya çalışan çiftlerde, cinselliğin başarısını değerlendirmek, alınan zevkten çok gebe kalma yeteneği üzerinden odaklanan bir yaklaşıma dönüşebilir. Gebe kalmak için mücadele ederken, kadın öz değer ve beden imajı kaybı yaşayabilir, bu da cinsel istekte azalmaya, cinsel uyarılma bozukluklarına ve anorgazmiye yol açabilir (Kershaw & Jha, 2022).

Pek çok kişinin zihninde gebelik cinsel ilişkinin bir sonucudur, gebelik oluşmadığında cinsel ilişki kişilerin zihninde hantal bir ilişki olarak görülür ve giderek cinsel ilişkiye girme isteği ve eğilimi azalır (Mirzaian ve ark., 2011). İnfertilitenin kendisi cinsel sorunların bir sonucu olabileceği gibi, arzu edilen bir cinsel ilişkiye sahip olmak da doğurganlığı artırabilir (Sargolzaee ve ark., 2001).

Cinsel işlev bozuklukları ve infertilite arasındaki ilişki karşılıklı olabilir. Cinsel işlev bozukluğu gebe kalmada zorluğa neden olabileceği gibi, gebe kalma girişimleri de cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir (Khayata ve ark., 2003). Farklı araştırmacılar infertilitenin çift ilişkisi üzerindeki etkisi konusunda farklı görüşlere sahiptir. Besharat'ın 45 infertil ve 45 fertil kadın üzerinde yaptığı çalışma, infertil kadınların fertil kadınlara göre daha fazla cinsel sorun yaşadığını göstermiştir (Besharat & Hosseinzade, 2005). Güleç ve arkadaşları da fertil ve infertil çiftlerde cinsel işlevin önemli ölçüde farklı olmadığını bildirmişlerdir (Güleç ve ark., 2011). Çeşitli çalışmaların sonuçları, infertilitede cinsel sorunların oranlarının ve yaygın tipinin farklı olduğunu göstermiştir (Tayebi & Ardakani, 2007; Khademi ve ark., 2008).

Pelvik Taban Disfonksiyonunun Cinsel İşlev Bozukluğuna Etkisi

Pelvik taban kasları, orgazm sırasında artan lokal kan dolaşımı ve istemsiz kasılmalarla cinsel uyarılara tepki verir (Masters ve ark., 1985). Kegel'e göre, pelvik taban kaslarının kullanılmaması, zayıflığı ve hipotonisitesi orgazm başarısızlığına katkıda bulunur. Bununla birlikte, bu kasların artan güç, dayanıklılık veya motor kontrolün diğer yönleri gibi hangi yönlerinin cinsel işlevi iyileştirmede daha fazla rol oynayacağı açık değildir (Sacomori ve ark., 2015). Pelvik taban kaslarını eğitmek, tüm alanlarında kadın cinsel işlevini geliştirmeye yardımcı olur (Zahariou, ve ark., 2008; Shafik, 2000).

Bazı yazarlar pelvik taban disfonksiyonunun kadın cinsel işlevini nasıl etkileyebileceğini açıklamak için farklı mekanizmalar önermiştir. Bazı çalışmalara göre, pelvik kasların zayıflığı kadının orgazma ulaşamamasına katkıda bulunabilir (AH, 1952) ve anorgazmi yaşayan kadınlar, orgazm olanlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük pubokoksigeus kas gücü göstermiştir (Graber & Kline-Graber, 1979). Benzer şekilde, klitoris korpüsü kavernozumuna bağlı kasların gücündeki bir artış orgazm ve uyarılmanın artmasına yol açabilir (Shafik, 2000). de Menezes Franco ve arkadaşları (de Menezes Franco ve ark., 2017) randomize kontrollü bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğu olan postmenopozal kadınların menopozda olmayan kadınlara kıyasla pelvik fonksiyon zayıflığı gösterdiğini bildirmiştir. Ancak, bu bulgulara rağmen, diğer çalışmalar cinsel işlev ile pelvik taban disfonksiyonu arasında bir ilişki bulamamıştır (Handa, 2004). Görünüşte çelişkili olan bu gerçekler, pelvik taban disfonksiyonunun cinsel işlev bozukluğu üzerindeki rolünün ne olabileceği konusunda şüpheler vardır (Li-Yun-Fong ve ark., 2017).

Cinsel İşlev Bozukluğunda Ebelerin Rolü

- Ebeler kadınlara bütün yaşam evrelerinde bakım sunar, eğitim ve danışmanlık verir. Kadınların yaşamları boyunca yakın temas halindedir.
- Ebeler bireylere erken yaşta cinsel eğitim vererek cinsellik konusundaki çekingenlik ve tabuların üstesinden gelinmesini sağlayabilir.
- Kadınların cinsel kaygılarını dile getirmeleri konusunda ebeler kadınlara fırsat sunar. Kadınlara özgüvenli olmaları konusunda eğitim ve danışmanlık verir.
- Ebeler, doğum öncesi, gebelik, doğum, doğum sonrası dönemde kadınlara cinsel sağlık konusunda eğitim ve danışmanlık vermelidir.
- Ebeler cinsel sağlığın korunması için kegel egzersizleri eğitimi verebilir.
- Ebeler cinsellik ve cinsel sağlık endişeleri hakkında kamu bilincini artırma

- Disiplinler arası ekip çalışması içinde cinsel sağlık değerlendirmesi ve danışmanlığına odaklanarak cinsel sağlık hizmetlerini günlük klinik uygulamalara entegre edilebilir.

Sonuç

Sağlıklı cinsellik temel bir insan hakkıdır (Dermer ve Bachenberg, 2015). Cinsel işlev bozukluğu, yaşam kalitesi üzerinde önemli ölçüde etkileri olan yaygın bir durumdur. Cinsel işlev bozukluğunun yönetilmesi hayati öneme sahiptir ve sağlık personeli tarafından uygun tarama, teşhis ve yönlendirmeyi gerektirir. Cinsel işlev bozukluklarından yalnızca bireyin değil partnerinde bu süreçte değerlendirilmesi gerekir. Kadınlar hayatları boyunca cinsel sağlık yönünden desteklenmeli ve takip edilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Abdo, C. H. N., Oliveira, W. M., Moreira, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, 16(2), 160-166.
2. Abouzari-Gazafroodi, K., Najafi, F., Kazemnejad, E., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2015). Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. *Reproductive Health*, 12, 1-5.
3. Acele, E. Ö., & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 929-937.
4. Addis, I. B., Van Den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., Thom, D. H., & Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Study Group. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and gynecology*, 107(4), 755.
5. Afghari, A., & Ahmad Shirvani, M. (2012). Psycho-emotional changes in menopause: A qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 22(93), 27-38.
6. AH, K. (1952). Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western journal of surgery, obstetrics, and gynecology*, 60(10), 521-524.
7. Alahveriani, K., Rajaie, H., Shakeri, Z., & Lohrasbi, A. (2010). Studying the relationship between sexual disorder and marriage satisfaction in those suffering from depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1672-1675.
8. Anzaku, A. S., & Mikah, S. (2014). Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among Nigerian women in Jos. *Annals of medical and health sciences research*, 4(2), 210-216.
9. Aslan, E., & Fynes, M. (2008). Female sexual dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 19, 293-305.
10. Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, 9(6), 1497-1507.
11. Avis, N. E., Zhao, X., Johannes, C. B., Ory, M., Brockwell, S., & Greendale, G. A. (2005). Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, 12(4), 385-398.
12. Bachmann, G. A. (1995). Influence of menopause on sexuality. *International journal of fertility and menopausal studies*, 40, 16-22.
13. Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British medical bulletin*, 57(1), 81-99.

14. Bancroft, J. (2008). *Human sexuality and its problems*. Elsevier Health Sciences.
15. Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(2), 186-195.
16. Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., ... & Wagner, G. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 24-34.
17. Bayrami, R., Sattarzadeh, N., Koochaksariie, F. R., & Pezeshki, M. Z. (2008). Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *Journal of Reproduction & Infertility*, 9(3).
18. Besharat, M. A., & Hosseinzade, R. (2005). Comparison of mental health and sexual problems fertile and infertile women. *J Psychiatry Clin Psychol*, 12, 146-151.
19. Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships*, 15(1), 141-154.
20. Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H. H., Chao, Y. M. Y., & Lai, Y. H. (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *International journal of nursing studies*, 48(4), 409-418.
21. Clayton, A. H. (2007). Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(Supplement_4), 260-268.
22. Cyranowski, J. M., Frank, E., Cherry, C., Houck, P., & Kupfer, D. J. (2004). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of psychiatric research*, 38(3), 267-273.
23. Dabiri, F., Yabandeh, A. P., Shahi, A., Kamjoo, A., & Teshnizi, S. H. (2014). The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman medical journal*, 29(4), 276.
24. de Menezes Franco, M., Driusso, P., Bø, K., Carvalho de Abreu, D. C., da Silva Lara, L. A., de Sá Rosa e Silva, A. C. J., & Ferreira, C. H. J. (2017). Relationship between pelvic floor muscle strength and sexual dysfunction in postmenopausal women: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*, 28, 931-936.
25. Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?. *Fertility and sterility*, 76(3), 456-460.
26. Dermer S, Bachenberg M. The importance of training marital, couple, and family therapists in sexual health. *Aust NZ J Fam Ther* 2015;36(4):492–503.
27. Dobkin, R. D., Leiblum, S. R., Rosen, R. C., Menza, M., & Marin, H. (2006). Depression and sexual functioning in minority women: current status and future directions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(1), 23-36.

28. El Sherbini, H. H., & Abdou, R. A. E. H. (2019). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction among married women attending family health centers in Alexandria. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 21(1), 1-24.
29. Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Bosteels, J., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2002). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes care*, 25(4), 672-677.
30. Eo, L. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Jama*, 28, 537-544.
31. Fan, D., Li, S., Wang, W., Tian, G., Liu, L., Wu, S., ... & Liu, Z. (2017). Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17, 1-9.
32. Forman, M. R., Mangini, L. D., Thelus-Jean, R., & Hayward, M. D. (2013). Life-course origins of the ages at menarche and menopause. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 1-21.
33. Graber, B., & Kline-Graber, G. (1979). Female orgasm: role of pubococcygeus muscle. *The Journal of clinical psychiatry*, 40(8), 348-351.
34. Graziottin, A., & Leiblum, S. R. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(Supplement_3), 133-145.
35. Graziottin, A., & Leiblum, S. R. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(Supplement_3), 133-145.
36. Güleç, G., Hassa, H., YALÇIN, E. G., & Yenilmez, C. (2011). The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 166.
37. Hall, K. (2007). Sexual dysfunction and childhood sexual abuse: Gender differences and treatment implications.
38. Handa, V. L., Harvey, L., Cundiff, G. W., Siddique, S. A., & Kjerulff, K. H. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 191(3), 751-756.
39. Heiman, J. R., & Heard-Davison, A. R. (2004). Child sexual abuse and adult sexual relationships: Review and perspective.
40. Hurlbert, D. F., Fertel, E. R., Singh, D., & Fernandez, F. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1/2), 15.
41. Jha, S., & Thakar, R. (2010). Female sexual dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 153(2), 117-123.
42. Johannes, C. B., Clayton, A. H., Odom, D. M., Rosen, R. C., Russo, P. A., Shifren, J. L., & Monz, B. U. (2009). Distressing sexual problems in United States

- women revisited: prevalence after accounting for depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(12), 4580.
43. Kershaw, V., & Jha, S. (2022). Female sexual dysfunction. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 24(1), 12-23.
 44. Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M., & Ghaemi, M. (2008). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *The journal of sexual medicine*, 5(6), 1402-1410.
 45. Khani A, Jaafarpour M, Suhrabi Z, Khajavikan J. Women Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7(1): 278-87. Ismail S, Sayed D, Abusikkin I. Prevalence and risk factors for women sexual dysfunction in Saudi women. *Egyptian Journal of Dermatology and Venerology*. 2012; 32(2):53 -66.
 46. Khayata, G. M., Rizk, D. E. E., Hasan, M. Y., Ghazal-Aswad, S., & Asaad, M. A. N. (2003). Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 80(2), 183-188.
 47. Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
 48. Lee, J. T., & Tsai, J. L. (2012). Transtheoretical model-based postpartum sexual health education program improves women's sexual behaviors and sexual health. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(4), 986-996.
 49. Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 346-388.
 50. Levine, K. B., Williams, R. E., & Hartmann, K. E. (2008). Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause*, 15(4), 661-666.
 51. Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 35-39.
 52. Li-Yun-Fong, R. J., Larouche, M., Hyakutake, M., Koenig, N., Lovatt, C., Geoffrion, R., ... & Cundiff, G. W. (2017). Is pelvic floor dysfunction an independent threat to sexual function? A cross-sectional study in women with pelvic floor dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 14(2), 226-237.
 53. Lykins, A. D., Janssen, E., & Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43(2), 136-143.
 54. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Human sexuality*. 2 nd ed. Toronto: Little, Brown and Company; 1985.
 55. McCabe M, Sharlip ID, Lewis R, et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus Statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med* 2016;13:144-152.

56. McCabe, M. P., & Cobain, M. J. (1998). The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. *Sexual and Marital Therapy*, 13(2), 131-143.
57. McPherson, K., Herbert, A., Judge, A., Clarke, A., Bridgman, S., Maresh, M., & Overton, C. (2005). Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. *Health Expectations*, 8(3), 234-243.
58. Mirzaian, B., Hasanzade, R., & Shahidi, M. (2011). Comparing sexual attitudes of fertile and infertile couples. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 20(1), 271-281.
59. Mollaioli, D., Lin, L. T., Shah, M., Kahramaoglu, I., Cerentini, T. M., Lordelo, P., ... & LaRosa, V. L. (2018). Multidisciplinary management of sexual quality of life among menopausal women with urogynecological complains. *Ital J Gynaecol Obstet*, 30(3), 15-20.
60. Nusbaum, M. R., Gamble, G., Skinner, B., & Heiman, J. (2000). The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *Journal of Family practice*, 49(3).
61. Öberg, K., & Fugl-Meyer, K. S. (2005). On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: Some concomitant conditions and life satisfaction. *The journal of sexual medicine*, 2(2), 169-180.
62. Parish, S. J., Cottler-Casanova, S., Clayton, A. H., McCabe, M. P., Coleman, E., & Reed, G. M. (2021). The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: a review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual medicine reviews*, 9(1), 36-56.
63. Poornowrooz N, Jamali S, Haghbeen M, Javadpour S, Sharifi N, Mosallanezhad Z. The comparison of violence and sexual function between Fertile and infertile women: A study from Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2019;13(1):1-15.
64. Sacomori, C., Virtuoso, J. F., Kruger, A. P., & Cardoso, F. L. (2015). Pelvic floor muscle strength and sexual function in women. *Fisioterapia em Movimento*, 28, 657-665.
65. Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*. -New York: Lippincott.
66. Sargolzaee, M. R., Moharreri, F., Arshadi, H. R., Javadi, K., Karimi, S., & Fayyazi-bordbar, M. R. (2001). Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2(4).
67. Shafik, A. (2000). The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*, 11, 361-376.
68. Shifren, J. L. (2002). Androgen deficiency in the oophorectomized woman. *Fertility and sterility*, 77, 60-62.

69. Shirvani, M., & Heidari, M. (2016). Quality of life in postmenopausal female members and non-members of the elderly support association. *Journal of menopausal medicine*, 22(3), 154-160.
70. Sipskl, M. L., Alexander, C. J., & Rosen, R. C. (1999). Sexual response in women with spinal cord injuries: implications for our understanding of the able bodied. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(1), 11-22.
71. Srivastava, R., Thakar, R., & Sultan, A. (2008). Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstetrical & gynecological survey*, 63(8), 527-537.
72. Tayebi, N., & Ardakani, S. M. Y. (2007). The prevalence of sexual dysfunctions in infertile women. *Middle East Fertility Society Journal*, 12(3), 184.
73. Tiznobek, A., Mirmolaei, S. T., Momenimovahed, Z., Kazemnejad, A., & Taheri, S. (2017). Effect of counseling on sexual function and behavior in postmenopausal women and their spouses: a randomized, controlled trial (RCT) study. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 16(3), 99-103.
74. Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., ... & Sandnabba, N. K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(2), 89-106.
75. Youngkin, E. Q., & Davis, M. S. (1998). The climacteric, menopause, and the process of aging Women's health-a primary care clinical guide.
76. Zahariou, A. G., Karamouti, M. V., & Papaioannou, P. D. (2008). Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 19(3), 401-406.

BÖLÜM 10

ENTERAL BESLENMEDE KARIN MASAJININ ETKİLERİ

Sıddıka ERSOY¹

Fatma ÖZCAN²

Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ³



1 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çünür/ Isparta, siddikaersoy@sdu.edu.tr /ORCID İD: 0000-0001-8094-8042

2 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çünür/ Isparta, fatma_srn07_@hotmail.com /ORCID İD: 0000-0002-1778-7335

3 Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çünür/ Isparta, sukranozkahraman@sdu.edu.tr/ ORCID İD: 0000-0001-7286-6477

1. GİRİŞ

Enteral beslenme, ağız yoluyla veya jejunuma kadar olan sindirim sisteminin farklı kısımlarına, bir tüp aracılığıyla doğrudan, perkütan girişimler veya cerrahi yöntemler kullanılarak uygulanabilir. Bu beslenme yöntemi, gastrointestinal sistemi (GİS) işlevsel olan hastalara yönelik olup, makro ve mikro besinleri, nazogastrik veya nazoenterik tüpler, gastrotomi veya jejunostomi yoluyla sürekli veya aralıklı bir şekilde sağlar. Dört ile altı hafta gibi kısa süreli beslenme durumlarında, nazogastrik tüp (NGT) ve nazoenterik tüp (NET) en yaygın kullanılan yöntemlerdir. Uzun süreli beslenme gerektiğinde ise gastrotomi veya jejunostomi gibi yöntemlere başvurulmaktadır (Akıncı, 2011).

Enteral beslenme, GİS'in normal işlevlerini devam ettirme, septik riskleri ve beslenme yetersizliğini (malnütrisyon) azaltma açısından hayati bir yöntemdir. Bu tür beslenme, özellikle nöromüsküler, gastrointestinal, kardiyovasküler sorunları olan kişilerde, travma geçirenlerde ve yanıklar için tedavi görenlerde yaygın olarak kullanılır, çünkü bu hastalar genellikle ağız yoluyla yeterli beslenme almakta zorlanırlar (Uysal, Eşer & Khorsid, 2011). Yeterli beslenme desteği sağlandığında, yaralar daha hızlı iyileşir, hastanede geçirilen süre kısalmır, enfeksiyon oluşma oranı azalır ve yaralanma veya travma durumlarında katabolik reaksiyonlar azalma gösterir (Heyland, Tougas & King, 1996).

Enteral beslenmenin devamlılığını sağlamak, getirdiği avantajları maksimize etmek ve potansiyel komplikasyonları minimuma indirebilmek adına, çeşitli beslenme protokolleri ve yönergeler geliştirilmiştir (Drüyan et al., 2012). Geliştirilen yönergeler, taniya bakılmaksızın hastaneye kabul sonrası hastalara ilk 24-48 saat içinde enteral beslenme uygulanmasını tavsiye etmekte ve belirlenen beslenme miktarının tam olarak uygulanmasının önemi üzerinde durmaktadır (Bankhead et al., 2009).

Enteral beslenmenin daha güvenli olduğu ve daha iyi sonuçlar sunduğu belirtilmiştir. Enteral beslenme yoluyla beslenmek, bağırsakların normal fonksiyonlarını sürdürmelerine yardımcı olur. Bu yöntem, bağırsak villuslarının küçülmesini önler, bağırsakların geçirgenliğini azaltır ve bağırsak kan akışını teşvik ederek iskemik-reperfüzyon zararına karşı koruma sağlar. Ayrıca, çeşitli zararlara karşı bağırsak koruma bariyerinin bütünlüğünü korur, yerel ve sistemik bağışıklık yanıtını iyileştirir ve epitelyal hücrelerin çoğalmasını artırır (Zaloga, 2006).

Enteral beslenmenin geniş çaplı sağlık faydaları olmasına rağmen klinik uygulamalarda özellikle kritik hastalarda karşılaşılan bazı zorluklar bulunmaktadır. Bu hastalarda gastrointestinal motilite bozuklukları ve diğer komplikasyonlar, enteral beslenmenin etkin bir şekilde uygulanmasını güçleştirmektedir. Bu sorunlar, bu beslenme yönteminin pratikteki uygulanabilirliğini sınırlayan faktörler olarak öne çıkmaktadır. Enteral beslenmenin sürekli devam ettirilmesi hedeflenirken, çeşitli nedenler ve komplikasyonlar yüzünden

bu beslenme sürecinin aksamaları karşılaştığı gözlemlenmektedir (Kim et al., 2012).

Hastalar enteral beslenme yoluyla beslenirken, GİS ile ilgili olarak ishal, kabızlık, mide bulantısı ve kusma; beslenme tüpü ile ilgili olarak burun içi yaralar, tüp tıkanıklığı, tüpün yerinden oynaması; solunum ile ilgili pulmoner aspirasyon ve metabolik sorunlar olarak hiperglisemi, dehidrasyon, elektrolit dengesizlikleri gibi çeşitli komplikasyonlarla karşılaşabilirler (Fulbrook, Bongers & Albarran, 2007).

Literatürde, enteral beslenme ile ilişkili komplikasyonların önlenmesinde gastrografin ve enema gibi yöntemlerin yanı sıra, karın masajının uygulanmasının önemi vurgulanmaktadır (Röhm et al., 2008). Karın masajı, genellikle dairesel, hafif, ritmik hareketlerle yapılır. Bu masajın temel amacı, sindirim sistemini desteklemek, bağırsak hareketlerini teşvik etmek ve karın bölgesindeki rahatsızlıkları hafifletmektir (Tuna, 1997).

Masaj, hemşirelik alanında geniş çapta kullanılan destekleyici bir tedavi yöntemi olarak kabul edilir, aynı zamanda hemşirenin bağımsız rollerinden olduğu için uygulaması daha kolay ve konforludur (Khorsid & Yapucu, 2005). Cole ve Shanley (1998), masajı, gelişmekte olan profesyonel hemşirelik uygulamalarına uygun olarak, hemşirelerin tedavi yöntemleri arasına dahil edebilecekleri bir tamamlayıcı tedavi olarak tanımlamaktadır (Cole & Shanley, 1988). Türkiye’de yayınlanan 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı Resmi Gazete’de bulunan hemşirelik yönetmeliğinde yapılan bir değişiklik ile beslenme desteği kapsamında, hemşirelik kararı doğrultusunda uygulanan bir hemşirelik müdahalesi olarak masaj da yer almaktadır (Resmi Gazete, 2011).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Enteral Beslenme Tanımı ve Yöntemleri

Enteral beslenme, ağızdan başlayıp jejenuma kadar uzanan GİS’in çeşitli kısımlarına yönlendirilebilen bir beslenme şeklidir. İlk seçenek, mümkünse, ağız yoluyla doğrudan alımdır. Eğer hasta bu yöntemi kullanamıyorsa, NGT ya da nazoduodenal tüpler gibi araçlarla gastrik erişim sağlanabilir; bu yöntemler hem kolay uygulanabilir hem de hızlı erişim sunar, ancak yerleştirme güçlüğü, nazofaringeal hasar, tüpün yerinden oynaması ve aspirasyon gibi riskler taşır. Perkütan yöntemlerle, gastrostomi veya jejenostomi yoluyla beslenme sağlanabilir veya gerektiğinde cerrahi müdahalelerle de enteral beslenme uygulanabilir.

Gastrik yolun kullanılması, özellikle hastanın sırtüstü yatması, var olan reflü durumu ve azalmış gastrointestinal hareketlilik gibi etmenler nedeniyle aspirasyon riskini artırır, bu da pnömoni olasılığını yükseltir. Üst GİS beslenme için uygun değilse, alt kısımlar kullanılabilir. Ancak, farklı enteral erişim yöntemleri, farklı özelliklere sahip beslenme ürünlerinin kullanılmasını gerek-

tirir. Bu çeşitlilik, her hasta için en uygun enteral beslenme yönteminin dikkatlice seçilmesini gerektirir (Mullan, Roubenoff & Roubenoff, 1992).

Tüp İle Enteral Beslenme; dört haftadan kısa sürecek tedavilerde tercih edilen bir yöntemdir. Eğer hasta aspirasyon yani solunum yollarına yiyecek kaçma riski taşııyorsa, NGT kullanılarak besleme yapılır. Ancak aspirasyon riski mevcutsa, besinler nazojejunal tüp aracılığıyla doğrudan ince bağırsağa ulaştırılır. Bu yöntem, burun veya ağız yoluyla bir tüpün mideye yerleştirilmesiyle nazogastrik beslenme veya tüpün ince bağırsağın üst kısmına yerleştirilmesiyle nazojejunal beslenme sağlamayı içerir (Kaya, 2012).

Gastrostomik Enteral Beslenme: eğer enteral beslenme dört haftadan daha uzun sürmesi gerekiyorsa, enterostomi tüpü kullanılır. Bu tüp, cerrahi bir işlemle bir cerrah veya gastroenterolog tarafından hastanın midesine yerleştirilir. Enterostomi tüpünün mideye perkütan endoskopik yöntemle yerleştirilmesine perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) denir, jejunuma yerleştirilmesine ise perkütan endoskopik jejunostomi adı verilir. Hastada aspirasyon, yani solunum yollarına yiyecek kaçma riski bulunmuyorsa, gastrostomi veya PEG yöntemi tercih edilir. Aspirasyon riski varsa, jejunostomi yöntemi ile beslenme sağlanır (Özyurt et al., 2015)

Enteral beslenme, hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak çeşitli yöntemlerle uygulanabilir. Bu yöntemler bolus, aralıklı ve sürekli olmak üzere üçe ayrılır.

Bolus Yöntemi: Bu yöntemde, önceden belirlenen miktarda besin, enjektör yardımıyla belirli bir süre zarfında yavaşça hastaya verilir.

Aralıklı Yöntem: Bu, beslenme ve dinlenme dönemlerinin döngüsel olarak uygulandığı bir yöntemdir. Burada, besin 24 saatlik periyotlar boyunca hastaya dönemsel olarak verilir.

Sürekli Yöntem: Bu yöntemde, besin hastaya bir infüzyon pompası kullanılarak sürekli ve kontrollü bir şekilde verilir. Bu, beslenmenin sürekli ve düzenli bir akışını sağlar (Kabaçam & Özden, 2009).

2.2. Enteral Beslenme Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Enteral beslenme, hastaların oral alımının beş ila yedi gün boyunca kesintiye uğradığı veya kesintiye uğraması öngörülen durumlarda başlatılmalıdır. Ayrıca, malnütrisyon durumu olan hastalara bu beslenme desteği daha erken aşamada sağlanmalıdır (Winkelman & Best, 2009). Nütrisyon desteğinin ana hedefi, stres tepkisini azaltarak malnütrisyon ve buna bağlı oluşabilecek komplikasyonları engellemektir.

Hasta için gereken günlük besin alımı, makro ve mikro besinlerin özenle ayarlanmış dozları ile karşılanır ve bu, uygun formüle edilmiş solüsyonlar aracılığıyla gerçekleştirilir. Yoğun bakım ünitelerinde, hastaların diyeti tolere edebilmeleri, bağırsak bariyer disfonksiyonunu ve enfeksiyon riskini azaltmak,

hastanede yatış süresini ve mekanik ventilasyon ihtiyacını düşürmek amacıyla, yatıştan sonraki ilk 24 ila 48 saat içerisinde enteral beslenmeye başlanması önerilmektedir.

Enteral beslenmenin endikasyonları aşağıdaki durumlarla belirlenebilir:

- Oral yolla beslenemeyen veya 5-7 günden uzun süre oral beslenme kısıtlaması olan hastalar.
- Malnütrisyon durumu olanlar.
- Nörolojik durumlar (inme, kas distrofisi gibi).
- Özofagus rahatsızlıkları (yaralanmalar, kanser gibi).
- GİS rahatsızlıkları (kronik pankreatit, fistül gibi).
- Psikiyatrik rahatsızlıklar (anoreksiya nervoza, Alzheimer gibi).
- Çeşitli organ yetmezlikleri.
- Ameliyat öncesi ve sonrası beslenme ihtiyacı duyan hastalar.
- Kanser tedavisi gören ve ek beslenme desteğine ihtiyaç duyan hastalar (Ikram, Hussain & Zubairi, 2016, Seron et al.,2013, Winkelmann & Best 2009).

Enteral beslenmenin kontrendikasyonları, yani bu beslenme yönteminin uygulanmaması gereken durumlar aşağıdaki gibidir:

İleri Gastrointestinal Obstrüksiyonlar: Mide veya ince bağırsaklarda tıkanıklık durumları, enteral beslenmenin güvenle uygulanamayacağı durumlardır. Enteral beslenme yerine parenteral beslenme tercih edilir.

İntraktable Kusma ve Diyare: Kontrol altına alınamayan şiddetli kusma veya diyare durumları, enteral beslenmenin uygunsuz olduğu durumlardır. Hastanın beslenmesine bir süre ara verilir.

Aktif Gastrointestinal kanama: Aktif gastrointestinal kanamalarda enteral beslenme değerlendirilir ve genellikle kontrendikedir. Aktif kanama durumlarında hastanın enteral beslenmesi sonlandırılır ve uzayan süreçte hasta parenteral beslenir.

Akut Pankreatit: Özellikle şiddetli ve komplike olmuş akut pankreatit vakalarında enteral beslenme genellikle kontrendikedir.

Kritik İskemi veya Peritonit: Bağırsakların kritik derecede yetersiz kan akışı (iskemi) veya karın içi iltihabı (peritonit) durumları, enteral beslenmenin uygulanmaması gereken durumlardır.

Ciddi Hemodinamik İstabilite: Ağır şok veya ciddi kan dolaşımı sorunları olan hastalarda enteral beslenme dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Cerrahi Müdahaleler ve İyileşmeyen Yaralar: Yeni yapılan büyük cerrahi müdahaleler veya iyileşmeyen bağırsak yaraları da enteral beslenmenin kontrendike olduğu durumlardır.

İntraktable İleus: Bağırsak hareketlerinin durması (ileus) ve bu durumun tedaviye yanıt vermemesi, enteral beslenmeyi zorlaştırır (Seron et al., 2013, Pash, 2018).

Enteral beslenmeye uygun olmayan veya enteral beslenmeyi tolere edemeyen hastalara parenteral yolla beslenme tercih edilir (Akyol, 2017). Beslenme solüsyonunun uygulanması, solüsyonun ozmolaritesi, pH değeri, infüzyon hızı, kateterin türü ve boyutu, ve beslenme süresinin planlanması dikkate alınarak yapılır. Parenteral beslenme, hastanın periferik veya santral venlerinden biri aracılığıyla uygulanabilir (Akyol, 2017, Üstündağ, 2001).

2.3. Enteral Beslenmenin Avantajları ve Dezavantajları

Parenteral beslenme sırasında enfeksiyonla ilişkili komplikasyon oranlarının yükselmesi nedeniyle, kritik durumdaki yetişkin hastalar için enteral beslenme genellikle tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. Kritik hastalıklarda malnütrisyonun önlenmesi ve tedavi edilmesi amacıyla, beslenme desteğine yönelik özel protokoller geliştirilmiştir. Bu protokoller, beslenme etkinliğini artırmak amacıyla uygulanmaktadır (Stewart, 2014).

Enteral beslenmenin avantajları ve dezavantajları şöyle özetlenebilir:

Avantajları:

- Bağırsak hareketlerini iyileştirir, GİS'in bütünlüğünü ve işlevselliğini korur,
- Bakteri ve diğer mikroorganizmaların vücut içinde yayılmasını minimize eder, bağışıklık sisteminin korunmasına yardımcı olur.
- Organ yetmezliği riskini düşürür ve yara iyileşmesini hızlandırır.
- Parenteral beslenmeye kıyasla daha ekonomik bir seçenektir ve kurulumu daha basittir.
- Mekanik ventilasyona bağlı kalma süresini ve enfeksiyonla ilişkili komplikasyonları azaltarak hastanede yatış süresini kısaltır.
- Yara iyileşmesini hızlandırır ve bağışıklık sistemini güçlendirir.
- Enfeksiyon riskini azaltır.
- Ölüm ve hastalık risklerini azaltır.
- Sepsis ve enfeksiyonel komplikasyonlar daha nadirdir.
- Az sayıda sağlık çalışanı ile uygulanabilir.
- Uygulanması nispeten basittir (Stewart, 2014, Murray & Mehta, 2018).

Dezavantajları:

- Gastrointestinal, mekanik, enfeksiyon ve metabolik komplikasyonlar ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.
- İrritasyon ve rahatsızlık hissine sebep olabilir (Özyurt et al., 2000, Cotogni, 2016).
- Kesintisiz enteral beslenme, nozokomiyal (hastane kaynaklı) pnömoni riskini yükseltmektedir (Demir, 2002). Mekanik ventilasyon cihazına bağlı ve sürekli enteral beslenme alan hastaların yaklaşık yarısında (%54) nozokomiyal pnömoni vakaları tespit edilmiştir (Sepit, Türkmen & Sevinç, 2002).
- Enteral beslenme, bazı durumlarda diyareye yol açabilmektedir (Taylor et al., 2001). Bu, hastada sıvı kaybı, elektrolit dengesizliği, cilt bütünlüğünde bozulma ve genel rahatsızlık gibi sorunlara neden olabilir (Sepir, Türkmen & Sevinç, 2002).

Bu şekilde, enteral beslenmenin hem avantajları hem de dezavantajları, klinik duruma ve hastanın ihtiyaçlarına göre değerlendirilmelidir (Özyurt et al., 2000, Cotogni, 2016).

2.4. Enteral Beslenmenin Komplikasyonları

Enteral beslenme, birçok fayda sağlamasına ve parenteral beslenmeye kıyasla avantajlar sunmasına rağmen, uygulamada gereken özen gösterilmezse çeşitli komplikasyonlara yol açabilir. Bu komplikasyonlar genel olarak mekanik, gastrointestinal, metabolik ve enfeksiyöz olmak üzere dört ana kategoriye ayrılır (Koçuşlu, 2013).

Formun Üstü

Mekanik komplikasyonlar; enteral beslenmede yaşanan mekanik komplikasyonlar arasında akciğerlere yiyecek kaçması (pulmoner aspirasyon), tüp ile ilgili çeşitli sorunlar, tüpün tıkanması veya kırılması ve cilt veya mukoza zarında ülser oluşumu sayılabilir (Kalita et al., 2015).

Enteral beslenme tüplerinin sıkça karşılaşılan bir sorunu tıkanmasıdır. Bu, özellikle hastalar birden fazla ilacı ezilmiş formda alırken meydana gelir; çünkü ilaç partikülleri tüp içinde birikebilir ve enteral beslenme ya da diğer ilaçların geçişini engelleyebilir. Tüpün tıkanıklığını önlemek ve açmak için, sodyum bikarbonat tablet çözeltisi ve ılık su veya karbonatlı sıvı ile karıştırılmış enterik kaplamasız pankreatik enzim tabletleri kullanılması önerilmektedir. Ayrıca, düzenli olarak her 4 saatte bir veya her beslenme ve ilaç verildikten sonra tüpün 20-30 ml ılık su ile yıkanması, tıkanıklık oluştuğunda sodyum bikarbonatlı pankreatik enzim çözeltisi kullanılması ve mümkünse tablet ilaçların sıvı formda verilmesi tavsiye edilmektedir (Gürkan & Bilgi, 2013).

Mekanik komplikasyonlar, tüplerin düzenli aralıklarla temizlenmesi, tüp

yerleştirildiğinde radyolojik inceleme ile konumunun kontrol edilmesi ve tüpün güvenli bir şekilde sabitlenmesi gibi basit klinik önlemler alınarak önlenbilir (Burns, 2007).

Gastrointestinal Komplikasyonlar: Enteral beslenme uygulanan hastalarda, gastrointestinal komplikasyonlar en yaygın olarak karşılaşılan sorunlardır. Bu komplikasyonların başında bulantı, kusma, regürjitasyon, diyare, kabızlık ve karın şişkinliği yer alır. En sık rastlananı diyaredir (Gürkan & Bilgi, 2013). Diyare, enfeksiyonel ve enfeksiyon dışı sebeplerden kaynaklanabilir. Enfeksiyonel nedenler arasında genellikle *Clostridium difficile* bakterisi etkili olurken, enfeksiyon dışı nedenler hızlı beslenme, beslenme solüsyonunun yüksek konsantrasyonu ve laktoza intolerans gibi durumları içerir. Kusma, genellikle beslenme tüpünün yerleştirilmesinin ardından hızla başlayan beslenme, tüpün doğru pozisyonda olmaması, hızlı beslenme, beslenme sırasında hava alımı ve hastanın doğru pozisyonlandırılmaması gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. Abdominal distansiyon ise mide boşalmasının gecikmesi, yüksek hacimli beslenme veya ilaç tedavisi gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak gelişebilir (Uysal, Eşer & Khorsid, 2011).

Konstipasyon, lif oranı düşük formül mamaların kullanımı, yetersiz sıvı alımı sonucu dehidratasyon, bazı ilaçlar (örneğin opioidler), elektrolit dengesizlikleri, hormonal bozukluklar ve immobilizasyon gibi faktörlerden kaynaklanabilir (Bittencourt et al., 2012).

Metabolik Komplikasyonlar: Enteral beslenme sırasında karşılaşılabilecek metabolik komplikasyonlar arasında hiperglisemi, hipertonic dehidratasyon, düşük veya yüksek sodyum ve potasyum seviyeleri, düşük veya yüksek fosfat seviyeleri, aşırı sıvı yüklenmesi ve ödem ile dehidratasyon sayılabilir. Hızlı beslenme, beslenme solüsyonundaki yüksek protein ve elektrolit miktarları ile yetersiz sıvı alımı dehidratasyona yol açabilir. Ödem genellikle beslenme solüsyonundaki yüksek sodyum seviyesinden kaynaklanır (Burns, 2007). Bu problemler, enteral besin formülasyonunun elektrolit içeriğinin ayarlanması ve hastanın sıvı alımı ile hidrasyon durumunun sürekli gözlemlenmesi yoluyla önlenbilir. Hastanın beslenme durumu ve gereksinimleri, sıvı ve elektrolit dengesi, tüpün konumundaki olası değişiklikler düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Bu periyodik takiplerde, fiziksel muayene, alınan ve atılan sıvı miktarları, kilo değişimleri, laboratuvar test sonuçları ve vital belirtiler incelenmelidir (Kozeniecki & Fritzhall, 2015).

Enfeksiyöz Komplikasyonlar: Enteral beslenme uygulanan hastalarda enfeksiyöz komplikasyonlar olarak aspirasyon pnömonisi, sinüzit, otit, nekrotizan peritonit, enterit ve beslenme formüllerinin kontaminasyonu gibi durumlar gözlemlenmektedir (Blumenstein, Shastri & Stein, 2014). Enteral beslenmenin yol açtığı enfeksiyöz komplikasyonlar içinde en ciddi olanı, aspirasyon pnömonisidir. Aspirasyon pnömonisi komplikasyonu, mide hareketleri-

nin yavaşlaması, midedeki artmış rezidüel hacim ve tüpün yerinden oynaması gibi sebeplerle oluşan reflü sonucu meydana gelir. Mekanik ventilasyona bağlı olarak yutma ve öksürme reflekslerini kaybetmiş hastalarda aspirasyon riski artar, bu da ventilatörle ilişkili pnömoniye yol açabilir (Özyurt et al., 2000). Bir araştırmada, mekanik ventilatör kullanarak enteral beslenme gören hastalarda, aspirasyonu tespit etmek için trakeal sekresyonda yapılan pepsin testi sonucunda, hastaların %88.9'unda en az bir defa aspirasyon meydana geldiği saptanmıştır (Metheny et al., 2008). Aspirasyonu önlemek için enteral beslenme alan hastalarda, hasta başının en az 30 derece yüksek konumda tutulması, gastrik rezidüel hacmin düzenli olarak izlenmesi, hastanın bilinç seviyesinin değerlendirilmesi, beslenme hızının düzenlenmesi ve herhangi bir bulantı veya kusma belirtisinin gözlemlenmesi önemlidir (Değerli, 1997).

2.5. Enteral Beslenmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Enteral beslenme, etkili bir şekilde uygulanabilmesi için, bu alanda uzman sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi birikimine ve belirlenmiş açık görevlere sahip olmalarını gerektirir. Bu, çok disiplinli bir ekip işi olduğundan, görevlerin ve sorumlulukların açıkça tanımlanması önemlidir (Darawad et al., 2015). Hastalar, enteral besleme yoluyla beslenirken çeşitli komplikasyonlar yaşayabilirler. Bunlar arasında GİS ile ilgili olarak ishal, kabızlık, bulantı ve kusma; beslenme tüpü ile ilgili olarak burun içinde ülserler, tüp tıkanıklığı ve tüpün yerinden oynaması; solunumla ilgili olarak akciğerlere yiyecek kaçması (pulmoner aspirasyon) ve metabolik problemler olarak yüksek kan şekeri (hiperglisemi), su kaybı (dehidratasyon) ve elektrolit dengesizlikleri sayılabilir (Fulbrook, Bongers & Albarran, 2007). Bazı komplikasyonlar, özellikle uygun hemşirelik bakımının eksikliğinde ortaya çıkabilir. Bunlar arasında karın şişmesi (distansiyon), beslenme tüpünün tıkanması, yerinden çıkması, su kaybı (dehidratasyon), yiyeceklerin akciğerlere kaçması (pulmoner aspirasyon) ve burun içinde ülserler bulunur. Hemşirelerin bu tür durumları önlemek, oluşan komplikasyonları tanıyıp değerlendirmek ve gerekli önlemleri alarak doktoru bilgilendirmek gibi önemli sorumlulukları vardır (Özbayır,1995). Hemşirelerin enteral beslenme yöntemlerini etkin bir şekilde öğrenmeleri, kanıt odaklı uygun hemşirelik müdahaleleriyle hastalarda meydana gelebilecek sorunların önüne geçilmesi, hastanede geçirilen sürenin kısaltılması ve hasta yaşam kalitesinin artırılması büyük önem taşımaktadır (Sivrikaya & Erulmaz, 2018). Hemşirelerin, enteral beslenme işlemini doğru ve güvenli bir şekilde uygulamaları ve hastaların durumunu kılavuzlara uygun olarak izlemeleri önemlidir. Enteral beslenme gören hastalarda, hemşirelik uygulamalarının güncel ve kaliteli bilgi sunan kılavuzların tavsiyelerine göre yapılması, hastaların güvenliğini sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek açısından kritik bir öneme sahiptir (Akçay et al., 2020).

- Hemşireler, beslenme takımının bir parçası olarak doktor ve diyetisyenle birlikte çalışır. Bu ekip, hastaların beslenme durumunu değerlendirme,

tedaviye başlama, devam ettirme ve sonlandırma süreçlerinde önemli roller üstlenir.

- Hemşireler, enteral beslenme tüplerinin kırılma, tıkanma, çatlama, yer değiştirme, bükülme, cilt tahrişi ve enfeksiyon gibi sorunları izler ve bu sorunların önüne geçmek için gerekli hemşirelik müdahalelerini gerçekleştirir.

- Enteral beslenme ekipmanlarını gözlemler ve enfeksiyon belirtilerini izler.

- Enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla, beslenme setini her 24 saatte bir yeniler.

- Enteral beslenme yöntemlerine uygun bakım yapar.

- Aspirasyon riskini düşürmek amacıyla, beslenme esnasında yatak başının 30 derece kaldırılmasını sağlar.

- Klinik personeline, hastalara ve onların yakınlarına beslenme ürünlerinin depolanması, kullanımı ve uygulama süresi ile ilgili bilgilendirme yapar.

- Enteral beslenme işlemlerini bilimsel kanıtlara dayalı bir şekilde gerçekleştirir (Sivrikaya & Erulmaz, 2018, Pakyüz & Özbayır, 2017).

2.6. Masajın Tanımı ve Tarihçesi

Masaj, Yunanca 'yoğurma' anlamına gelen 'massein' ve Arapça 'dokunma' anlamına gelen 'mass' sözcüklerinden türemiştir. Masaj, vücudun yumuşak dokularına sistematik manipülasyonlar uygulayarak fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaratan bir yöntemdir. Elle gerçekleştirilen bu uygulamanın, cilt ve cilt altındaki basınç reseptörlerini harekete geçirerek kan dolaşımını iyileştirdiği ve bedensel temasın insanların psikolojik olarak rahatlamasına yardımcı olduğu anlaşılmaktadır. Masajın temel amacı, bireyin hem fizyolojik hem de psikolojik olarak rahatlamasını ve iyi hissetmesini sağlamaktır (Ersan & Ünver, 2019).

Masaj, tarihin her döneminde farklı kültürler tarafından iyileştirme ve bakım amaçlarıyla kullanılmış bir yöntem olup 5000 bin yıl geçmişi olduğu bilinmektedir. Öncelikle Çin'de sonraları Mısır ve Hindistan'da tedavi amaçlı kullanılan eski bir tekniktir. Tedavi amaçlı kullanımı, Mısır'ın en eski tıbbi belgelerinden biri olan Ebers Papirüsü'nde de belirtilmiştir (Korkmaz, 2018).

Rönesans döneminin sonlarına doğru, 14. yüzyılın sonlarında, masaj uygulamaları popülerlik kazanmaya başlamıştır. 17. yüzyılda P. H. Ling'in Stockholm'da ve Metzger'in Amsterdam'daki çalışmalarıyla bu uygulamalar daha da gelişmiş ve yaygınlaşmıştır. Bu çalışmalar sonucunda 'İsveç Masajı' adı verilen bir yöntem ortaya çıkmıştır. Günümüzde yaygın olarak kullanılan birçok masaj tekniği, İsveç masajının çeşitli tekniklerinin birleşimiyle oluşmaktadır (Ersan & Ünver, 2019).

İngiltere’de dokuz hemşire 1894 yılında toplanarak Masaj Derneği’ni oluşturmuşlardır. İkinci Dünya Savaşı’nın ardından, İngiltere’de birçok masaj okulu açılmış ve masaj, tedavi edici bir yöntem olarak kullanılmaya başlanmıştır (Madenci, 2007).

Türkiye’de masaj, ilk kez fizik tedavi uzmanları tarafından tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. 1909 yılında Prof. Hofmann, Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde masaj ile ilgili tedavi çalışmalarına öncülük etmiştir. 1928-1929 yıllarında ise tıp eğitim programlarına fizik tedavi ve rehabilitasyon dersleri dahil edilmiştir (Madenci, 2007). Bugün, masaj eğitimi sadece tıp fakültelelerinde değil, aynı zamanda hemşirelik okulları ve bölümleri ile fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinde de verilmektedir.

2.7. Masajın Etkileri

Masaj, profesyonel hemşirelikte önemli bir rol oynar ve hem sinir hem de kas-iskelet sistemlerine, aynı zamanda genel kan dolaşımına etki eder. Masajın rahatlatıcı etkisi kasların rahatlamasını sağlar, kan dolaşımını hızlandırarak kas spazmlarını hafifletir ve hipoksi riskini azaltır. Ayrıca, endorfin salgılanmasını artırarak ağrıyı dindirir (Alakan & Ünal, 2017). Organizmanın masaja verdiği mekanik ve refleks olmak üzere iki temel yanıtı vardır. Mekanik yanıt, masaj sırasında uygulanan basınç ve hareketlere doğrudan bir tepkidir. Bu etki, kan dolaşımını artırarak ödem ve yara izi dokusunu azaltır. Öte yandan, refleks yanıt sinir uyarılmasıyla gerçekleşir ve sempatik sinir sisteminin aktivitesinin azalması sonucu genel bir rahatlama sağlar. Bu durum, kan damarlarının genişlemesine ve kan basıncının düşmesine yol açar (Salvo, 2007). Masaj, biyomekanik, fizyolojik, nörolojik ve psikolojik çeşitli etki yollarına sahiptir. Bu mekanizmalar aracılığıyla masajın kan dolaşımını hızlandırdığı, kas gerginliğini hafiflettiği, sinirsel uyarımı artırdığı ve genel bir rahatlama hissi yarattığı belirtilmektedir (Weerapong, Hume & Kolt, 2005).

Biyomekanik etkiler kapsamında, masajın uyguladığı mekanik basınç sonucunda dokulardaki yapışıklık azalır, kasların uyumu ve esnekliği artar. Aynı zamanda, eklemlerin hareket kapasitesi genişler ve hem pasif hem de aktif sertliklerde bir azalma görülür (Field, 2014).

Fizyolojik etkiler açısından, masaj sonucunda kaslardaki ve derideki kan akışında artış, parasempatik sinir sistemi aktivitesinde yükselme ve stres hormonlarında düşüş gibi çeşitli dokusal ve organik değişimler meydana gelmektedir.

Nörolojik etkiler açısından, masajın refleksleri uyararak nöromusküler aktivasyon sağladığı, bu sayede ağrıyı ve kas gerginliğini azalttığı gözlemlenmektedir (Weerapong, Hume & Kolt, 2005).

Psikolojik etkiler olarak, masajın vücut ve zihin arasındaki bağlantıyı güçlendirici etkisi sayesinde rahatlama sağladığı ve aynı zamanda kaygı düzeylerinin azalmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (Field, 2014).

2.8. Masaj Teknikleri

Günümüzde dünya çapında yaygın olarak tercih edilen elle uygulanan masaj tekniklerinden biri klasik masajdır. Bu tekniğin temelini elle yapılan manipülasyonlar oluşturur. Klasik masajın bugünkü şeklinin oluşumunda önemli bir rol oynayan Albert Hoffa, yayınladığı makalede masajın temel manevralarını efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman ve vibrasyon olmak üzere beş ana kategoriye ayırmıştır (Ersan & Ünver, 2019).

Efloraj, yani sıvazlama, masajın temel tekniklerinden biridir ve uygulandığı alanın yüzeyel veya derinliğine bağlı olarak etkisi değişir.

Petrisaj, alt deri dokusu ve kaslara uygulanan bir yoğurma tekniğidir.

Friksiyon, parmaklar kullanılarak yapılan ve değişken basınç altında küçük, dairesel bastırma, kaydırma ve sürtme hareketlerinden oluşan bir masaj tekniğidir.

Vibrasyon, masajda kelimenin genel anlamıyla uyumlu olarak, titreşim veya sarsma hareketi olarak kullanılan bir tekniktir.

Tapotman, avuç içlerinin kubbeye benzer bir şekilde kullanılarak uygulanan, hafif vuruşlarla gerçekleştirilen bir titreşim tekniğidir (Field, 2014, Vickers, Zollman & Tracy, 1999).

2.9. Hemşirenin Masaj Uygulayıcı Olarak Rolü

Masaj, hemşirelikte kullanılan en eski ve yaygın tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biridir. Araştırmalar, özellikle el masajının hastalar üzerinde pozitif sağlık etkileri olduğunu göstermektedir. El masajı, hastaların sıklıkla karşılaştığı uyku sorunları, yorgunluk, ağrı, stres, anksiyete ve depresyon gibi belirtilerin hafifletilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Masajın herhangi bir yan etkisi olmaması, hastalara doğrudan fayda sağlaması, kolay uygulanabilir olması ve ekstra bir araç gerektirmemesi, bu yöntemi profesyonel hemşirelik uygulamalarında tercih edilen bir yöntem haline getirmiştir (Değirmen & Özerdoğan, 2009).

Resmî Gazete'de (19 Nisan 2011 tarih) yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği değişikliği ile masaj uygulaması, hemşirelerin karar verebileceği ve uygulayabileceği hemşirelik müdahaleleri arasında yer almaktadır. Hemşireler, mesleki yetkinliklerini kullanarak masaj tekniğini uygulayabilirler. Masaj, hemşirelik eğitim programlarının lisans seviyesinden itibaren Hemşirelik Esasları dersi kapsamında öğretilir ve meslek üyelerine bu beceri kazandırılır. Bu uygulamalar, hemşirenin yetkin olduğu ve bağımsız olarak yürütebildiği müdahaleler içindedir (Resmî Gazete, 2011).

2.10. Karın Masajı

Karın masajı, karın duvarını gevşetmeyi amaçlayarak, çeşitli teknikler kullanılarak ve kalın bağırsağın saat yönünde hareket ettirilmesiyle yapılan bir masaj yöntemidir.

Herhangi bir yan etkisi olmayan karın masajı, 1870'li yılların başlarından bu yana yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bugünlerde, özellikle kabızlık problemi yaşayan hastalarda sıkça tercih edilen karın masajı, bağırsak hareketlerini uyandırarak peristaltizmi artırmaktadır. Bu durum, bağırsak içeriğinin kolon içinde daha hızlı hareket etmesini sağlamaktadır (Emly, 2007). Çeşitli olgu sunumlarına göre literatürde, karın masajının kabızlık şikayetlerini azalttığına dair deneyimler rapor edilmiştir (Liu et al., 2005).

Karın masajı, abdominal kas gerginliğini azaltan, lokal kan dolaşımını iyileştiren, sindirimi kolaylaştıran ve mide asidini artıran klasik bir masaj yöntemidir. Bu yöntem, kolonun hareketlerini uyarak peristaltik aktiviteyi artırır ve kolondaki içeriği rektuma doğru itmek için manuel basınç uygular. Karın masajı ayrıca karın şişkinliğini azaltır ve abdominal kaslardaki tetik noktaları tedavi ederek kabızlık semptomlarını hafifletir (Sinclair, 2011).

Lamas ve ekibi tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü bir araştırmada, kabızlık problemi yaşayan 60 kişi tedavi ve kontrol gruplarına ayrıldı. Sekiz hafta süresince tedavi grubuna haftada beş gün ve her gün 15 dakika karın masajı yapıp laksatif ilaçlar verilirken, kontrol grubuna yalnızca laksatif tedavisi uygulandı. Araştırma sonuçlarına göre, tedavi grubundaki bireylerde, kontrol grubuna göre kabızlık şikayetlerinde belirgin azalma, karın ağrısında azalma ve kolon geçiş sürelerinde kısalma tespit edilmiştir (Lamas et al., 2010).

Yine de, karın masajın karının içi tümörleri olan kişilerde, irritabl bağırsak sendromu, inflamatuvar bağırsak hastalığı, bağırsak tıkanıklığı, spastik kolon ve gebelik gibi durumlarda kullanılmasının tavsiye edilmediği belirtilmektedir (Emly, 2007).

2.11. Karın Masajı Uygulama Tekniği

Karın masajı uygulamasına başlamadan önce, karın bölgesinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Masaj yapılırken, kişi sırtüstü yatırılmalı ve eğer bir sakınca yoksa, dizler hafifçe kıvrılmalıdır. Masaj, karın bölgesinden başlayıp, bağırsaklar yönünde saat yönünde uygulanır. Bu işlem yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmektedir (Blanc et al., 2002).

Masaj sırasında yapılan manipülasyonlar, sigmoid kolonun bulunduğu sol alt karın bölgesinden başlamaktadır (Yüksel, 2016). Karın masajını ilk defa deneyimleyecek kişiler genellikle ilk temas sırasında kaslarını gerer. Bu gerginliği hafifletmek için, masaja yüzeysel efloraj ile başlanır ve efloraj ile sonlanır. İlk

gerginlik azaldıktan sonra, daha derin efloraj, petrisaj ve vibrasyon gibi tekniklere geçilir (Tuna, 2011).

Efloraj, hem yüzeysel hem de derin olmak üzere iki farklı şekilde uygulanır. Yüzeysel efloraj, karın duvarının geniş bir alanına, iliak kemiklerinin üstünden pelvik bölgenin her iki yanına ve kasık bölgesine doğru uygulanır. Derin efloraj ise çıkan kolon, yatay kolon ve inen kolon boyunca gerçekleştirilir ve bu basınç, kalın bağırsaklardaki kasılmaları tetikler. Petrisaj, avuç içi ve parmaklar kullanılarak, çıkan kolonda yukarıya, inen kolonda aşağıya doğru yapılır. Yoğurma işleminden sonra tekrar sıvazlama hareketine geçilir. Masaj, vibrasyon tekniğiyle tamamlanır. Bu titreşim, bağırsaklardaki gazın atılmasına yardımcı olur (Emly, 2007).

2.12. Karın Masajının Gastrointestinal Sistem Üzerine Etkisi

GİS'in işlevleri, parasempatik sinir sistemi tarafından etkilenir. Bu sistem, GİS'i uyurarak bağırsak peristaltizmini ve sindirim sürecine katkıda bulunan salgıları artırır, aynı zamanda kas gevşemesine yardımcı olur. Karın masajı, parasempatik sinir sistemini harekete geçirerek GİS'e etki eder. Bu etki, mideden duodenuma geçişi kontrol eden pilor sfinkterinde bir gevşeme ve açılma refleksi yaratır, böylece sindirilmiş mide içeriğinin bağırsaklara geçişi kolaylaşır (Uysal, 2010).

Karın masajı, karın içi basıncı değiştirerek bağırsak hareketlerini canlandırır ve bu şekilde GİS de önemli bir yer tutan bağırsaklar üzerinde hem mekanik hem de refleksif bir etkiye neden olur. Bu artan peristaltizm sayesinde, yiyeceklerin GİS içindeki geçiş süresi kısalır ve sindirim süreci hızlanır. Ayrıca, masajın bağırsak tonüsünde yarattığı değişiklikler sayesinde, kişilerin yaşadığı ağrı ve rahatsızlık hissi de azalır (Kyle, 2011).

Kim ve ekibinin 2005 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, karın masajı uygulanan grupta bağırsak hareketlerinin sayısının arttığı tespit edilmiştir (Kim et al., 2005). Jeon ve Jung'un yaptıkları çalışmada, masaj uygulanan grupta dışkılama sıklığının arttığı tespit edilmiştir (Jeon & Mi, 2005). Uysal ve ekibinin yaptığı çalışmada ve Preece'in çalışmasında, karın masajı uygulanan grupta karın bölgesindeki şişkinlik sorununun daha az görüldüğü ve bu sorunun azalmasının gözlemlendiği belirlenmiştir (Uysal, Eser & Akpınar, 2011).

2.13. Enteral Beslenmede Karın Masajının Etkileri

Karın masajının GİS üzerindeki olumlu etkileri göz önünde bulundurulduğunda, enteral beslenen hastalarda sindirimi iyileştireceği düşünülebilir. Yoğun bakımda olan hastalar, metabolik dengesizlikler, bilinç düzeyinde azalma, yutma güçlüğü, akut stres reaksiyonları, anormal hormon salgılaması ve iç organların işlev bozukluğu gibi nedenlerle beslenme yetersizliği riski altındadır. Yapılan çalışmalar, bu tür hastalarda yetersiz beslenmenin yaygınlığının %30

ile %50 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (Zhao et al., 2015, McClave et al., 2016). Bu sonuçlar doğrultusunda, malnütrisyonu önlemek için mevcut tedavi yöntemlerinin kullanımının ve klinik pratikte uygulanmak üzere yeni yöntemlerin geliştirilmesinin önemi büyüktür. Son zamanlarda, enteral beslenme intoleransını azaltmanın farmasötik olmayan bir çözümü olarak karın masajı, klinik alanda büyük bir ilgi görmüştür.

Enteral beslenme intoleransı için standart bir tanım olmamakla birlikte, genellikle kusma veya reflü, ishal, karın şişkinliği, aspirasyon, mide içeriğinin boşaltılamaması ve diğer gastrointestinal belirtileri içerir. Enteral beslenme intoleransı, hastalarda beslenme eksikliğine, beslenme düzenine uyum sorunlarına, ventilatör kullanım süresinin ve yoğun bakım süresinin uzamasına neden olabilir; bu da dolaylı veya doğrudan şekilde morbidite ve mortalite oranlarını artırarak hastaların genel sağlık durumunu olumsuz etkileyebilir (Zhang et al., 2023). Farklı araştırmalar (Sheikhrabori ve arkadaşları, 2017; Preece, 2002; Lamas ve arkadaşları, 2009; Uysal ve arkadaşları, 2012) göstermiştir ki, karın masajı, vagus sinirini harekete geçirerek ve gastrointestinal hareketliliği artırarak enteral beslenme ile ilişkili gastrointestinal yan etkileri azaltma potansiyeline sahiptir (Sheikhrabori et al., 2017, Preece, 2002, Lamas at el., 2009, Uysal at el., 2012).

Karın masajının, kan dolaşımını ve peristaltizmi artırdığı için, enteral beslenen hastalara uygulandığında besinlerin emilimini ve bağırsak hareketlerini kolaylaştırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Tuna, 2012, Jeon & Mi, 2005, Cassar, 2008). Zhang ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmada, mekanik ventilasyona bağlı hastalara uygulanan karın masajının, mide retansiyonu, karın şişkinliği, aspirasyon riski, gastrik rezidü volümü (GRV) ve karın çevresindeki ölçümleri etkin bir şekilde düşürebildiği bulunmuştur. Bu değişiklikler deney ve kontrol grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak önemli farklılıklar göstermiştir (Zang et al., 2023). Buna bağlı olarak, enteral beslenme sonucu meydana gelebilecek, mide içeriği artışı, karın şişkinliği, regürjitasyon ve kusma gibi komplikasyonların önlenmesine yardımcı olunabilir (Uysal, Eser & Akpınar, 2011).

Birçok araştırma, karın masajının bağırsak hareketlerini ve sindirim sisteminden gıda geçişini hızlandırarak mide-bağırsak içeriğinin hacmini (GRV) azaltmada etkili olabileceğini göstermiştir. Bu etkinin, karın içindeki basınç değişiklikleri, bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleks etkileri yaratması ve peristaltik hareketleri (bağırsak kaslarının dalgasal kasılması) teşvik ederek gıda geçiş süresini kısaltması yoluyla gerçekleştiği belirtilmektedir (Uysal, Eser & Akpınar, 2011, Sinclair, 2011). Karın masajının faydaları, aynı zamanda parasempatik sinir sisteminin uyarılması sonucu mide ve bağırsakların harekete geçmesinden de kaynaklanıyor olabilir. Parasempatik sinir sistemi, vücuttaki 'dinlen ve sindir' yanıtını kontrol eder ve bu da sindirim sisteminin daha etkin çalışmasına yardımcı olabilmektedir. Lamas ve ark. tarafından prematüre

bebekler üzerinde yapılan bir araştırmada, karın masajının nasıl kilo alımına katkıda bulunduğu incelenmiştir. Bu çalışmada, karın masajının vagus sinirini uyararak mide hareketlerini arttırdığı ve bu şekilde bebeklerin daha iyi beslenmesine ve kilo almasına yardımcı olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Lamas et al., 2019).

Multipl skleroz hastası üzerinde yapılan bir çalışmanın sonuçları, karın masajının etkilerini ortaya koymaktadır. Araştırma, karın masajının otonom sinir sisteminin parasempatik bölümünü aktive ederek sindirim sistemi salgılarını artırdığını, sfinkter kaslarını gevşeterek ve bağırsak kaslarının hareketlerini artırarak sindirime yardımcı olduğunu göstermiştir (Çetinkaya, Ovayolu & Ovayolu, 2020, McClurg et al., 2016, McClurg et al., 2017). Kahraman ve Özdemir, sürekli enteral beslenme alan yoğun bakım hastalarında yapılan karın masajının, mide içeriği artışını ve karın şişkinliğini azaltarak ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) riskini düşürdüğünü belirtmişlerdir (Kahraman & Özdemir, 2015). Hastanın beslenme durumunu izleyen ve enteral beslenmesini takip eden hemşireler, komplikasyonları önlemede önemli roller üstlenirler. Bağımsız bir uygulama olarak karın masajının dahil edilmesi, pulmoner aspirasyonu engelleyeceği ve bu şekilde ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) oluşumunu önleyeceği düşünülmektedir. Özellikle entübe edilmiş ve enteral beslenme alan yoğun bakım hastalarına bakım veren hemşireler, bu tür sağlık hizmeti ile ilişkili komplikasyonların önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Tuna, 2011).

SONUÇ

Karın masaj uygulamalarının enteral yolla beslenen hastalar üzerindeki etkisinin olumlu olduğu çalışmalar incelendiğinde ortaya çıkmaktadır. Fakat, bu yöntemin hasta bakımında etkin şekilde kullanılabilmesi için standart bir uygulama metodu geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple, gelecekteki araştırmalarda, hemşirelerin bu konuda standart bir uygulama geliştirmeleri daha faydalı olacaktır. Türkiye’de, hemşirelerin karın masajı konusunda eğitilmesi ve bu uygulamanın yaygınlaştırılması hasta bakımına önemli katkılar sağlayabilir. Son olarak, Türkiye’deki karın masajı ile ilgili tez çalışmalarının sayıca az olmasına rağmen son yıllarda artış gösterdiği görülmekte; bu alanda yapılan deneysel çalışmaların, diğer araştırmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Akçay, K., Suluhan, D., Kesik, G., Uzunoglu, K., Kartal, E., & Şahna, A. (2020). Nursing Practices in Enteral Nutrition. *Clin Sci Nutr*, 2, 1-15.
2. Akıncı, S. B. (2011). Enteral Nutrisyon Uygulama Yöntemleri. *Klinik Gelişim*, 24(1), 20-25.
3. Akyol Durmaz, A. (2017). Yoğun Bakım Hemşireliği (1. Baskı). İstanbul: İTK Basımevi.
4. Alakan, Ş., & Ünal, E. (2017). Yoğun bakım hemşireliğinde ağrı değerlendirme si ve ağrı yönetimi. *HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 12-29.
5. Bankhead, R., Boullata, J., Brantley, S., Corkins, M., Guenter, P., Krenitsky, Y., ... et al. (2009). Enteral nutrition practice recommendations. *J Parenter Enteral Nutr*, 33(2), 122-67. <https://doi.org/10.1177/0148607108330314>
6. Blanc-Louvry, I., Costaglioli, B., Boulon, C., Leroi, A. M., & Ducrotte, P. (2002). Does mechanical massage of the abdominal wall after colectomy reduce postoperative pain and shorten the duration of ileus? Results of a randomized study. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 6(1), 43-49.
7. Blumenstein, I., Shastri, Y. M., & Stein, J. (2014). Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. *World Journal of Gastroenterology*, 20(26), 8505-8524.
8. Bittencourt, A. F., Martins, J. R., Logullo, L., Shiroma, G., Horie, L., Ortolani, M. C., ... & Waitzberg, D. L. (2012). Constipation is more frequent than diarrhea in patients fed exclusively by enteral nutrition: results of an observational study. *Nutrition in clinical practice*, 27(4), 533-539.
9. Burns, S. M. (2007). Prevention of aspiration pneumonia in the enterally fed critically ill ventilated patient: keeping the head up takes a village. *Practical Gastroenterology*, 31, 63.
10. Cassar, M.-P. (2008). *Evde Kolay Masaj* (E. Demir, Trans.). Ankara: Arkadaş Yayınevi.
11. China Neurosurgical Critical Care Specialist Council (CNCCSC), Zhao, J. Z., Zhou, D. B., Zhou, L. F., Wang, R. Z., Zhang, J. N., Wang, S., ... Wei, J. J. (2015). The experts consensus for patient management of neurosurgical critical care unit in China (2015). *Chinese Medical Journal*, 128(9), 1252-1267. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.156146>
12. Cole, A., & Shanley, E. (1998). Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1171-1176.
13. Cotogni, P. (2016). Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients: evidences and controversies. *Annals of Palliative Medicine*, 5(1), 429-449.
14. Çetinkaya, O., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2020). The effect of abdominal

- massage on enteral complications in geriatric patients. *SAGE Open Nursing*, 6(1), 1-11.
15. Darawad, M. W., Hammad, S., Al-Hussami, M., Haourani, E., Aboshaiqah, A. E., & Hamdan Mansour, A. M. (2015). Investigating critical care nurses' perception regarding enteral nutrition. *Nurse Education Today*, 35(2), 414-419.
 16. Değerli, Ü. (1997). *Klinik Nutrisyon*. İstanbul: Nobel Kitabevleri.
 17. Değirmen, N., & Özerdoğan, N. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda El ve Ayak Masajı. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 133-136.
 18. Demir, E. (2002). Çocukluk Çağında Hastane Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavileri Rehberi. *Toraks Derneği*. (<http://www.toraks.org.tr/journal/text.php?id=231>, 2004)
 19. Druyan, M. E., Compher, C., Boullata, J. I., Braunschweig, C. L., George, D. E., Simpser, E., ... ASPEN Board of Directors. (2012). Clinical guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients: applying the GRADE system to development of ASPEN clinical guidelines. *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 36(1), 77-80. doi: 10.1177/0148607111420157
 20. Emly, M. C. (2007). Abdominal Massage for Constipation. In J. Halsam & J. Laycock (Eds.), *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain* (2nd ed., pp. 223-225). London.
 21. Ersan, K., & Ünver, G. (2019). Masaj ve toparlanmaya etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1), 28-49.
 22. Field, T. (2014). Massage therapy research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(4), 224-229.
 23. Fulbrook, P., Bongers, A., & Albarran, J. W. (2007). A European survey of enteral nutrition practices and procedures in adult intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2132-2141.
 24. Gürkan, A., & Bilgi, G. (2013). Enteral Beslenme: Bakımda Güncel Yaklaşımlar. *Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Dergisi*, 16(2), 116-122.
 25. Heyland, D. K., Tougas, G., King, D., et al. (1996). Impaired gastric emptying in mechanically ventilated, critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 22, 1339-1344.
 26. Ikram, S., Hussain, E., & Zubairi, A. B. S. (2016). Nutrition in intensive care in adults: review of the literature and development of evidence-based feeding protocols. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(9), 1154-1164.
 27. Jeon, S. Y., & Mi, J. H. (2005). The effects of abdominal meridian massage on constipation among CVA patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35, 135-142.
 28. Kabaçam, G., & Özden, A. (2009). Enteral tüple beslenme. *Güncel Gastroenteroloji*, 13, 201-210.
 29. Kahraman, B. B., & Ozdemir, L. (2015). The impact of abdominal massage administered to intubated and enterally fed patients on the development of ven-

- tilator-associated pneumonia: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 519-524.
30. Kalita, M., Majewska, K., Gradowska, A., Karwowska, K., & Lawiński, M. (2015). Food, mechanic and septic complications in patients enterally nutritio-
ned in home conditions. *Polish Journal of Surgery*, 86(10), 466-472.
 31. Kaya, H. (2012). Bağırsak boğaltımı. In AÇti TA, Karadağ A (editors), *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı* (1st ed., pp. 946-948). İstanbul, Turkey: Akademi Basın ve Yayıncılık.
 32. Khorshid, L., & Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 124-130.
 33. Kim, H., Stotts, N. A., Froelicher, E. S., Engler, M. M., & Porter, C. (2012). Why patients in critical care do not receive adequate enteral nutrition? A review of the literature. *Journal of Critical Care*, 27(6), 702-713. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.07.019.
 34. Kim, M. A., Sakong, J. K., Kim, E. J., Kim, E. H., & Kim, E. H. (2005). Effect of aromatherapy massage for the relief of constipation in the elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(1), 56-64.
 35. Koçaşlı, S. (2013). Yoğun Bakım Hastalarında Beslenme. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 1(1), 55-62.
 36. Korkmaz, G. (2018). Bebek Masajının Fototerapi Altındaki Miadında Yenidoğ-
ğanlarda Bilirubin Seviyesine Etkisi [Master's thesis, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı]. Ankara, Turkey: Ankara Üniversitesi.
 37. Kozeniecki, M., & Fritzshall, R. (2015). Enteral Nutrition for Adults in the Hospital Setting. *Nutrition in Clinical Practice*, 30(5), 634-651. doi:10.1177/0884533615594012.
 38. Kyle, G. (2011). Managing constipation in adult patients. *Nurse Prescribing*, 9(10), 482-490.
 39. Lamas, K., Lindholm, L., Engstrom, B., & Jacobsson, C. (2010). Abdominal massage for people with constipation: a cost utility analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1719-1729.
 40. Lamas, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engström, B., & Jacobsson, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation--a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 759-767. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.007>.
 41. Liu, Z., Sakakibara, R., Odaka, T., Uchiyama, T., Yamamoto, T., & Ito, T. et al. (2005). Mechanism of abdominal massage for difficult defecation in a patient with myelopathy (HAM/TSP). *Journal of Neurology*, 252(10), 1280-1282.
 42. Madenci, E. (2007). Klasik Masaj. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(Özel Sayı 2), 58-61.
 43. McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R.,

- Braunschweig, C., & Compher, C. (2016). Yetişkin kritik hastada beslenme destek tedavisinin sağlanması ve değerlendirilmesi için kılavuzlar: Yoğun Bakım Tıbbi Derneği (SCCM) ve Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ASPEN). *JPEN. Parenteral ve enteral beslenme dergisi*, 40(2), 159-211.
44. McClurg, D., Aitchison, P., Jamieson, K., Dickinson, L., Paul, L., Hagen, S., & Cunnington, A. L. (2016). Abdominal massage for the alleviation of symptoms of constipation in people with Parkinson's: A randomised controlled pilot study. *Age and Ageing*, 45(2), 299-303.
 45. McClurg, D., Goodman, K., Hagen, S., Harris, F., Treweek, S., Emmanuel, A., ... & Manukyan, S. (2017). Abdominal massage for neurogenic bowel dysfunction in people with multiple sclerosis (AMBER—Abdominal Massage for Bowel Dysfunction Effectiveness Research): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-9.
 46. Metheny, N. A., Schallom, L., Oliver, D. A., & Clouse, R. E. (2008). Gastric residual volume and aspiration in critically ill patients receiving gastric feedings. *American Journal of Critical Care*, 17(6), 512-519; quiz 520.
 47. Mullan, H., Roubenoff, R. A., & Roubenoff, R. (1992). Risk of pulmonary aspiration among patients receiving enteral nutrition support. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 16, 160-164.
 48. Murray, K., & Mehta, S. (2018). Home parenteral nutrition for patients with intestinal failure due to advanced cancer. *British Journal of Nursing*, 27(Sup4a), S1-S8. doi:10.12968/bjon.2018.27.Sup4a.S1
 49. Özbayır, T. (1995). Yoğun bakımda tüple beslenen hastalarda, kullanılan yöntemin diyare oluşturma sıklığına etkisinin incelenmesi. [Unpublished doctoral dissertation, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir].
 50. Özyurt, Y., Erkal, H., Yıldırım, M., & Arkan, Z. (2000). Total Enteral Beslenme. *Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Dergi*, 11, 950-953.
 51. Pakyüz, Ç. S., & Özbayır, T. (2017). Mide ve duodenum hastalıkları. In A. Karadokvan & F. E. Aslan (Eds.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (4. baskı, pp. xxx-xxx). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
 52. Preece, J. (2002). Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 8(2), 101-105. <https://doi.org/10.1054/ctnm.2002.0610>
 53. Röhm, K., Schöllhorn, T., Boldt, J., Wolf, M., Papsdorf, M., & Piper, S. (2008). Nutrition support and treatment of motility disorders in critically ill patients—results of a survey on German intensive care units. *European Journal of Anaesthesiology*, 25, 58- 66.
 54. Salvo, S. G. (2007). Massage Physiology: Research, Effects, Indications, Contraindications, and Endangerment Sites. In *Massage Therapy Principles and Practice* (3rd ed., pp. 81-105). Philadelphia: Saunders.
 55. Seron, A. C., Zamora, E. M., Monzon, L. L., & Bonet, T. M. (2013). Enteral

- nutrition in critical care. *Journal of Clinical Medicine Research*, 5(1), 1-11.
56. Sepit, D., Türkmen, E., & Sevinç, S. (2002). Enteral Beslenme. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6, 1, 23-28.
 57. Sheikhrabari, A., Dehghan, M., Ghaedi, F., & Khademi, G. R. (2017). Complementary and Alternative Medicine Usage and Its Determinant Factors Among Diabetic Patients: An Iranian Case. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(3), 449-454. <https://doi.org/10.1177/2156587216675079>
 58. Sinclair, M. (2011). The use of abdominal massage to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(4), 436-445.
 59. Sivrikaya, S. K., & Eryılmaz, A. (2018). Nutrisyonel destek ekibinde hemşirelik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 33-37.
 60. Stewart, M. L. (2014). Nutrition Support Protocols and Their Influence on the Delivery of Enteral Nutrition: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(3), 194-199. doi:10.1111/wvn.12036
 61. Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (2001). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. (4th ed.). Philadelphia: Mosby Year Book.
 62. Uysal, N. (2010). Aralıklı enteral beslenen hastalarda abdominal masajın gastrik rezidüel volüm ve komplikasyonlarına etkisi. [Unpublished doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir].
 63. Uysal, N., Eşer, İ., & Khorsid, L. (2011). Hemşirelerin Enteral Beslenme İşlemine Yönelik Uygulama ve Kayıtlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 1-9.
 64. Uysal, N., Eşer, İ., & Akpınar, H. (2012). The effect of abdominal massage on gastric residual volume: a randomized controlled trial. *Gastroenterology Nursing*, 35(2), 117-123. <https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e31824c235a>
 65. Üstündağ, H. (2001). Total parenteral beslenme. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1), 41-43.
 66. Pash, E. (2018). Enteral nutrition: options for short-term access. *Nutrition in Clinical Practice*, 33(2), 170-176. doi:10.1002/ncp.10007.
 67. Tuna, N. (1997). *A'dan Z'ye Masaj*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
 68. Tuna, N. (2011). *A'dan Z'ye Masaj*. (6. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
 69. Weerapong, P., Hume, P. A., & Kolt, G. S. (2005). The mechanisms of massage and effects on performance, muscle recovery and injury prevention. *Sports Medicine*, 35(3), 235-256.
 70. Vickers, A., Zollman, C., & Tracy Reinish, J. (1999). *Massage Therapies*. *BMJ*, 319, 1254-1257.
 71. Winkelman, C., & Best, K. (2009). Formula for Success: Deliver Enteral Nutrition Using Best Practices. *American Nurse Today*, 4(3), 18-23.

72. Yüksel, Ğ. (2016). Masaj Teknikleri. (4. Baskı). Ankara: Hipokrat Kitabevi.
73. Zaloga, G. P. (2006). Parenteral nutrition in adult inpatients with functioning gastrointestinal tracts: assessment of outcomes. *The Lancet*, 367, 1101-1111.
74. Zhang, W., Zhou, W., Kong, Y., Li, Q., Huang, X., Zhao, B., ... & Qiu, Z. (2023). The effect of abdominal massage on enteral nutrition tolerance in patients on mechanical ventilation: A Randomized Controlled Study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 75, 103371. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103371>
75. T. C. Resmi Gazete. (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Sayı: 27910. Erişim: 29 Kasım 2023.

BÖLÜM 11

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AŞI REDDİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE TUTUMLARI

Zeynep ŞİRİN¹
Yılmaz ALTUNER²



1 Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Enstitüsü, Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi. Merkez / KARABÜK, ORCID: Z.Ş. 0009 0009 7821 3034

2 Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi. Merkez / KARABÜK, ORCID: Y.A:0000-0002-8162-2842

Aşılar, çocukların ve yetişkinlerin sağlıklarını korumada, bulaşıcı hastalıkları önlemede, hastalıkları ve maliyet yüklerini azaltmada önemli ve etkin bir halk sağlığı uygulamasıdır [1]. Sağlık Bakanlığı'nın tanımına göre aşı, herhangi bir enfeksiyona bağışıklık oluşturmak için üretilmiş, vücuda farklı yollarla verilen biyolojik maddelerdir. Aşı, sağlam ve risk taşıyan insanlara hastalık veya hastalığın neden olduğu şeylerden korumak için uygulanır. Vücut, daha önce tanışmış olduğu toksinleri ve mikropları tanıyıp onlara karşı bir mekanizma geliştirir. Vücut daha önce geliştirdiği mekanizma sayesinde mikrop ve toksinler savaşır ve hastalık oluşmaz [2].

Aşı ve Bağışıklama

Vücuda antijen verildikten sonra oluşan immün yanıtı bağışıklama denir [1]. Yanıtın oluşabilmesi için yapılan işleme ise aşılama denir [3]. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımda bağışıklama “bir insanın, tipik olarak bir aşının uygulanmasıyla bulaşıcı bir hastalığa karşı bağışıklık kazandığı veya dirençli hale getirildiği işlemidir” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre aşilar, hastalıktan ve muhtemel enfeksiyondan kişiyi korumak için vücutu uyararak kendi bağışıklık sistemini oluşturmaktadır [4].

Bulaşıcı hastalıkların salgın durumunu önlemek için aşının önemi büyüktür [5]. Aşılama ile bireysel bağışıklık oluşturulurken aynı zamanda toplumsal bağışıklık da oluşturulmuş olur [1].

Dünya’da ve Türkiye’de Aşı ve Bağışıklamanın Tarihçesi

Aşı varlığına dair ilk yazılı kaynak Çinlilerin variolasyon denilen teknikle 15. yüzyılda çiçek aşısı kullandıklarını göstermektedir. Ama 15. yüzyıldan önce de kullanıldığına dair bilgiler bulunmaktadır [6] [7]. Sistemik bağışıklama 1796 yılında Edward Jenner tarafından ilk kez uygulansa da, Pasteur 1890’lı yıllarda patojen mikroorganizmaların zayıflatılarak vücuda verilip kişinin korunabileceğini kanıtlamış ve aynı zamanda mikropların enfeksiyonlardan kaynaklandığını da keşfetmiştir [8].

Türkiye’de ise, dünyanın aşı hakkında ilk kanun hükmünde kabul edilen Çiçek Nizamnamesi (1885) yayınlanmış ve bunu takiben Pasteur Enstitüsü kurulmuştur [9]. II. Abdülhamit tarafından 1893’te, kuduz ve çiçek aşısı üretimi yapılmıştır [8].

Toplumsal bağışıklık, aşılması yapılamamış grupların korunması için büyük öneme sahiptir. Toplumda aşılınmış birey sayısı arttıkça aşılana-yan diğer kişilerin hastalık etmeniyle karşılaşma oranı düşer. Bu durumda toplumda bulaşıcı hastalık görülme sıklığında da azalma olur [10]. Tarih boyunca bulaşıcı hastalıklar her zaman önemli problemler olmuşlardır. Bu hastalıkların tedavi edilmesi için her dönemde büyük çaba sarf edilmiş ve korunmada en önemli ve en çok tercih edilen yol olarak aşılama tercih edilmiştir [11]. Günümüze kadar yapılmış başarılı aşı çalışmaları sayesinde yük-

sek seviyede bağışıklama oranları elde edilmiş ve aşıyla önlenebilen bulaşıcı hastalık görülme prevalansında önemli düşüşler kaydedilmiştir [12].

Dünya Sağlık Örgütü tüm dünyada uygulanması için genişletilmiş aşılanma programı yayınlamıştır. Bu programın amacı toplumu aşıyla önlenebilir hastalık ve salgınlardan korumaktır. Temel hedefi, aşılanmamış çocuk bırakmamaktır. Örneğin ABD, 2012 yılından itibaren altı yaşından küçük çocuklar için 13 hastalığın 32 aşısı şeklinde takvimini düzenlemiştir [13].

Türkiye’de ise uygulanan genişletilmiş bağışıklama programına dahil olan aşılarda difteri, boğmaca, tetanoz, kızamıkçık, kızamık, kabakulak, tüberküloz, hepatit-B, poliomiyelit, streptococcus pneumoniae ve haemophilus influenzae tip b’nin neden olduğu invaziv hastalıkları ve bunlardan kaynaklanan ölümleri azaltmak, kontrol altına almak ve yok etmek amacıyla ilgili yaşlarda insanlara enfekte olmadan ulaşıp bağışıklama oluşturmak için uygulanan aşılanma hizmetini kapsamaktadır. Aşı uygulamalarının olumlu etkileri tüm dünyada kabul edilse de, aşı reddi/ tereddütü kavramı ortaya çıkmıştır. Sosyal, politik, kişisel ve kültürel birçok faktörün birleşmesiyle oluşmaktadır [14].

DSÖ 2019 da sağlığı küresel ölçekte tehdit eden nedenlere aşı reddi/tereddütünü dahil etmiştir [10]. DSÖ’nün verilerine göre bugün dünyaya gelen bir çocuğun 5 yaşına ulaştığında tavsiye edilen bütün aşılarla aşılanma ihtimali yüzde 20’nin altında olacaktır [10].

Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşılanma engeline sebep olan faktörleri üç başlıkta özetlemiştir. Bağlamsal etkileri, sosyo kültürel, çevresel, ekonomik, politik vb. etkiler olarak kabul etmiştir. Birey ve grup etkilerini, eski aşı tecrübeleri, bilgi seviyesi ya da farkındalık düzeyi, sosyal normlar vb. olarak tanımlamıştır. Aşı ve aşılamaya bağlı etkileri ise, riskleri ve yararları, uygulama şekli, maliyet, sağlık çalışanlarının rolü gibi sebepler olarak tanımlamıştır [17].

Ülkelere göre değişen aşı politikaları da aşı kabulünü etkilemektedir. Batı Virginia ve Slovenya tıbbi zorunluluk harici aşı reddini onaylamamaktadır. Bunun tam aksi olarak Avustralya’da aşılanma zorunlu kabul edilmemektedir. Türkiye’de aşılanma zorunlu değildir ve ücretsiz uygulanmaktadır [18] [19].

Toplum üzerinde etki oluşturabilen insanların, kurum ve kuruluşların bağışıklama hakkında görüş ve tutumları toplumda aşı ve aşılanma konusunda bakış açısı değişikliğine sebep olabilmektedir. Medyanın ve iletişim araçlarının günümüzdeki etkileri göz önüne alındığında bağışıklamaya yönelik olumsuz veya olumlu her tutum kitleleri etkileyebilir. Bunlarla birlikte geçmişte yaşanmış olumsuz deneyimler bağışıklamaya bağlı düşünceleri etkileyebilmektedir [18] [19].

Aşı Reddi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve United Nations Children's Emergency Fun (UNICEF) hazırladığı raporda aşı reddi ve tereddütünü "Aşı tereddütü, aşığı geç kabullenmek ya da bazı aşuların yapılmasına izin vermemektir." "Aşı reddi ise tüm aşuları kendi iradesiyle reddedip aşılattırma durumudur" şeklinde tanımlamıştır [15].

Dünyada 1990'lı yıllarda, ülkemizde ise 2010 yılında "aşı reddi" kavramı ortaya çıkmıştır [16]. Özellikle son 14 yılda ABD başta sayılmak üzere dünyanın birçok ülkesinde aşı karşıtlığı artmıştır. DSÖ 2019 da sağlığı küresel ölçekte tehdit eden nedenlere aşı reddi/tereddütünü dahil etmiştir [10].

DSÖ 2015 yılına gelindiğinde kızamık hastalığının ortadan tamamen kaldırılmasını planlamıştır ama planlanan aksine Avrupa bölgesinde 2017 yılında yaklaşık 25.500 vaka bildirilmiştir. Vaka sayısı 2018 yılında 83.000'le üç katına ulaşmıştır. Ülkemizde de durum farklı değildir. 2013 yılında Suriye'de yaşanan iç savaşın ülkemize etkileri arasında yaşanan göç sonucu, Sağlık Bakanlığı'na bildirilen vaka sayısı 2012'de 349 iken 2013'te 7405 olarak kaydedilmiştir [20].

Aşuların reddedilmesiyle birlikte, aşılama ile önenebilecek hastalıkların sayısında artış olmaktadır [21].

Küresel olarak incelendiğinde dünyada Difteri-Tetanos-Boğmaca aşısının 2019 yılında 1 yaş altında uygulanma oranı %86, 2020'de ise %83 olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde ilk yazılı kayıt altına alınan vaka, 2015'te Ordu'da bir savcının ikiz bebeklerine aşı yaptırmayı reddetmesi üzerine Aile Sağlık ve Sosyal İl Müdürlüğü'nün çocuklar için sağlık önlemi davası açmasıyla kaydedilmiştir. Baba bireysel hak ihlali ve onam alınma zorunluluğu getirilmesi isteği ile karşı bir dava açtı ve dava lehine sonuçlandı. Sosyal medya ve gazetede "İkiz bebeklerine aşı yaptırmayan babanın hukuk zaferi" şeklinde yansıtılan bu durum, dini ve felsefi yönden etkin kişilerin öncü olduğu gruplarda aşı karşıtı söylemlerinde artışa neden oldu. Git gide büyüyen bu süreç sonucunda ebeveynler kendi imza ve rızalarıyla aşı yaptırmayı reddettiler [16]. Sağlık Bakanlığının yaptığı araştırmalar sonucu 2011 yılında aşı reddi yapan ailelerin sayısı 183, 2016 yılında 12.000 ve 2018 yılına gelindiğinde ise 23.000 aileye kadar ulaşmıştır. Aşığı reddedenlerin sayısında bu denli artışların olması ülkedeki bağışıklama oranlarını da etkileyerek düşüşlere sebep olmaktadır. Bu düşüşlerle birlikte salgın hastalıkların riski artmakta ve toplum sağlığını tehdit etmektedir. Aşılama oranlarının %95 üstünde olduğu durumda bile salgın hastalık görülürken, yaşanan düşüşlerle birlikte aşı yaptıranlar da dahil olmak üzere risk altında olmaktadır [22].

2016 yılında Türkiye’de yapılan çalışmada, çalışmaya katılan katılımcıların %6’sı aşı karşıtı fikrini savunduklarını ifade etmiş ve bilgi edindikleri kaynaklarını; sosyal medya, televizyon ve sağlık personelleri olarak bildirmişlerdir [23].

Aşı reddi, tüm dünyanın yaşadığı Covid-19 salgının olduğu ve aşılarının geliştirildiği dönem olması sebebiyle özel bir öneme sahiptir. Covid-19 hastalığı yayılım hızının sağlık problemleri ve toplumsal etkilerine rağmen bireyler yanlış yada yetersiz bilgiler, internet, televizyon, dini etkenler ve devlet politikaları gibi sebeplerden dolayı aşılama konusunda kararsız ve şüpheli bir yaklaşım sergilemektedir [24].

Aşı Reddinin Nedenleri

Bağışıklama uygulamalarının olumlu taraflarının yanında, bireyin bedenine direkt müdahalenin olması ve dini inanışlara yönelik netleştirilemeyen olgular, bir takım tartışmalara yol açmıştır [15] [10]. Tarihsel süreç incelendiğinde din adamı olarak kabul edilen E. Massey, aşığı ‘şeytana uymak’ olarak tanımlamıştır. “İşlediğimiz suçlar sebebiyle Tanrının bizi hastalıklarla cezalandırdığı, hastalıklarla savaşmanın Tanrıya karşı çıkmak” olarak savunduğu görülmüştür [25]. Günümüzde farklı toplumların bazı sebeplerden dolayı aşılama tereddütü olduğu görülürken, bazı toplumlar ise aşılamaı direkt reddetmektedirler. Bu kararların bireyin ve toplumun sağlığını olumsuz etkilemesiyle birlikte, halk sağlığı için olabilecek risklere ve tehditlere de zemin hazırlamaktadır [15] [10].

Aşı reddi düşüncesinin giderek yaygınlaşması ve bu sebeple bağışıklamaı negatif etkilemesiyle aşığı reddeden ve tereddütte düşen kişilere yoğunlaşma gereksinimini doğmuştur. Halbuki aşıların çoğu aşı takvimine göre uygulanmakta dolayısıyla bebeklik ve çocukluk dönemlerinde uygulanmaktadır. Bu durumda aşıların uygulanıp uygulanmamasına karar verici ebeveynlerdir [25].

Toplumda aşı reddine sebep olan diğer görüş ise “helal olmayan domuz ürünleri aşıların içeriğini oluşturmaktadır” şeklindedir. Bu görüşe destek başka bir düşünce ise, insanların vücutlarına aşılarla zararlı maddelerin verilerek mevcut nesil düzenini değiştirmeye çalışan düşmanların olduğudur. Düşüncelerin temeli çok eski olan ve ön yargılı bu grubun hangi amaç, hangi madde, hangi düşman şeklinde sorulan sorulara cevap verememesinden dolayı bu düşünceler komplo teorisi olarak kabul edilmiştir [26].

Bağışıklama üzerine düşünüldüğünde kar-zarar dengesini gözetemeyen insanların temel olarak dayandığı sebep, aşının içeriğinde bulunan maddelerin gelecekte insanda oluşturabileceği olumsuz etkilerden kaynaklanmaktadır. Kuralları genel çerçevede değerlendirdiğimizde kar-zarar ilişkisi göz önüne alınmalı ve büyük yararlar sağlanırken küçük zararlar göze alınma-

lıdır. Toplumun belli bir kesimi diğer insanlar aşısı olduğunda kendisinin de korunacağını varsaymış ve aşısı olmayı reddetmiştir. Bu gelişme karşısında aşılama oranlarında ciddi düşüşler yaşanmış bu düşünce yetersiz kalmıştır. Son yıllarda sosyal medyanın da etkisiyle aşısı karşıtlığı fikri artmıştır. Bilimsel görünen bazı paylaşımlar insanların tereddüt yaşamalarına sebep olarak negatif yönde yönlendirmiştir [26]. Örneğin, Avrupa’da 2011 yılında kızamık vakası bildiriminde önemli artışlar yaşanmış ve incelendiğinde %85’inin aşılama-mış kişilerde görüldüğü saptanmıştır [15]

Son yıllarda karşılaştığımız korona virüsün hayatımıza girmesiyle tüm dünyada büyük kayıplar yaşanmıştır. Kayıpların varlığıyla COVID-19 virüsü önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Virüsün hızla yayılıp, yayılımının kesin bir tedavi yada aşısıyla önüne geçilememesi, virüsü önleyici güvenilir ve etkili bir aşısı ihtiyacının önemini göstermiştir [27].

Our World in Data’nın yayınlamış olduğu rapora göre, 2021 itibariyle ülkeler arası Covid-19 aşısı reddi/tereddüt oranı %11-42 arasında değişmektedir. Yine 2021 yılında kaydedilen verilere göre Fransa en yüksek aşısı reddine sahip ülke, Singapur ise en yüksek aşısı tereddüt oranlarında ilk sıradadır. 2022 yılının verileri ülkeler karşılaştırıldığında aşısı reddi ve tereddütünün %9-19 arasında değiştiği saptanarak azaldığı görülmüştür. Aşısı reddi ve tereddütünde ilk sıralarda bu sefer Japonya ve Almanya görülmektedir. [28].

Tüm dünyada yaşanan geçmiş bulaşıcı hastalıkların ve pandemilerin aşısıyla kontrol altına alındığı görülmektedir. Yakın tarihte şahit olunan COVID-19 pandemi süreci, herkese aşısının önemini ve hayatımızdaki yerini açıkça ifade etmiştir. Aşısı tereddütü ve reddi yaşayan grupların bile hayatın normal düzenine geçmek için aşısı bekledikleri gözlenmiştir. Bu sebepler göz önüne alındığında, bilime ve bilgiye duyulan ihtiyacın da artması beklenirken, aşısı reddi ve tereddütü yaşayan insanların sayısında azalma beklenmektedir [29].

Birinci basamak sağlık hizmetinin temelinde olan aşılarla bireylerin/ebeveynlerin karar vermesinde sağlık çalışanları önemli rol oynamaktadır. Kişiler aşısı olsun ya da olmasın bilgi almak istediklerinde sağlık çalışanlarına başvurmaktadır. Önerileri, toplum üzerinde ve risk altındaki bireylerde aşısı davranışları açısından önemli bir role sahiptir [30]. Doğru ve güvenilir şekilde bilgi aktarımında sağlık personelinin önemini gösteren birçok çalışma mevcuttur [31] [32].

Dünyada ve ülkemizde aşılama sayesinde mortalite ve morbidite oranlarında düşüşler yaşanmıştır. Sağlık personellerinin aşısı kabulü ya da reddi konusundaki görüşleri ve tutumlarının halkın aşılamaya yaklaşımını doğrudan etkileyebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. ASLAN, F. E., “Güncel Hemşirelik Çalışmaları II”, **Akademisyen Kitabevi**, (2019).
2. “Aşılar Nasıl Etki Eder?”, <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77804/asi-lar-nasil-etki-eder.html> (2023).
3. Hazir, E., “0-24 AYLIK BEBEK/ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN AŞI RED SIKLIĞI VE NEDENLERİ”, .
4. “Vaccines and Immunization”, https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 (2023).
5. “WHO and UNICEF warn of a decline in vaccinations during COVID-19”, <https://www.who.int/news/item/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19> (2023).
6. Plotkin, S., “History of vaccination”, **Proceedings Of The National Academy Of Sciences**, 111 (34): 12283–12287 (2014).
7. “Defense Against Biological Attacks: Volume II [1st ed.] 978-3-030-03070-4;978-3-030-03071-1”, <https://dokumen.pub/defense-against-biological-attacks-volume-ii-1st-ed-978-3-030-03070-4978-3-030-03071-1.html> (2023).
8. Baker, J. P. and Katz, S. L., “Childhood vaccine development: an overview”, **Pediatric Research**, 55 (2): 347–356 (2004).
9. Gencer, M., “24–72 Ay Çocukları olan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Rutin Dışı Aşılar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Doğu-Batı Karşılaştırması”, **Konuralp Medical Journal**, 7 (3): 2 (2015).
10. gü, emel, “Aşı kararsızlığı - aşı reddi”, **Türk Pediatri Arşivi**, (2019).
11. Kutlu, H. H. and Altındiş, M., “Anti-Vaccination”, **Flora The Journal Of Infectious Diseases And Clinical Microbiology**, 23 (2): 47–58 (2018).
12. Çelik, K., Turan, S., Üner, S., Telatar, T. G., Bektaş, A., Dikmen, E. Ş., Kucur, A., and Şimşek, A. Ç., “Çocuk Aşılarında Artan Kararsızlık”, (2020).
13. Conis, E., “Vaccine Nation: America’s Changing Relationship with Immunization”, **University Of Chicago Press**, Chicago, IL, (2016).
14. Kestenbaum, L. A. and Feemster, K. A., “Identifying and Addressing Vaccine Hesitancy”, **Pediatric Annals**, 44 (4): e71–e75 (2015).
15. Bozkurt, H. B., “Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi”, **Kafkas Journal Of Medical Sciences**, 8 (1): 71–76 (2018).
16. Dergisi, E. T. B. and Tekinel, B., “Tehlikeli Olan Hangisi? Aşı Mı, Aşı Karşıtlığı Mı?”, .
17. Argüt, N., Yetim, A., and Gökçay, E. G., “The Factors Affecting Vaccination Acceptance”, **Tuberculin Skin Test In Children**, (2016).
18. Walkinshaw, E., “Mandatory vaccinations: The international landscape”, **Canadian Medical Association Journal**, 183 (16): E1167–E1168 (2011).

19. “Aşılar Açıklandı | Gavi, Aşı İttifakı”, <https://www.gavi.org/vaccineswork/vaccines-explained> (2023).
20. Tanır, G. and Yalçınkaya, R., “Re-Emergence of Measles in the World and Our Country: Causes and Consequences”, *Klimik Dergisi/Klimik Journal*, 35 (3): 120–125 (2022).
21. McKee, C. and Bohannon, K., “Exploring the Reasons Behind Parental Refusal of Vaccines”, *The Journal Of Pediatric Pharmacology And Therapeutics: JPPT: The Official Journal Of PPAG*, 21 (2): 104–109 (2016).
22. Acar, M. F., Çetinkaya, B., Genç, Y., Şahin, D., Taştan, M., and Yaman, S., “ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞI TEREDDÜTÜ KONUSUNDA ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI, HALK SAĞLIĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ”, .
23. Türkay, M., Ay, E. G., and Aktekin, M. R., “Anti-Vaccine Status in a Selected Groups in Antalya”, *Akdeniz Medical Journal*, 3 (2): (2017).
24. “IJERPH | Ücretsiz Tam Metin | Avrupalı Tıp Öğrencilerinin ve Erken Mezunların Aşılama ve Kendi Bildirdikleri Aşılama Kapsamına İlişkin Tutumları ve Bilgileri - Çok Uluslu Kesitsel Araştırma”, <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3595> (2023).
25. Yiğit, T., Oktay, B. Ö., Özdemir, C. N., and Pasa, S. M., “AŞI KARŞITLIĞI VE FİKRİ GELİŞİMİ”, *International Journal Of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 7 (53): 1244–1261 (2020).
26. Ataç, Ö. and Aker, A., “Aşı Karşıtlığı”, (2014).
27. Yavuz, E., “COVID-19 Vaccines”, *TURKISH JOURNAL OF FAMILY PRACTICE*, 24 (4): 227–234 (2020).
28. Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Hasell, J., Macdonald, B., Dattani, S., Beltekian, D., Ortiz-Ospina, E., and Roser, M., “Coronavirus Pandemic (COVID-19)”, *Our World In Data*, (2020).
29. Erkekoğlu, P., Köse, S. B. E., Balci, A., and Yi-rün, A., “Aşı Kararsızlığı ve COVID-19’un Etkileri”, *Journal Of Literature Pharmacy Sciences*, 9 (2): 208–220 (2020).
30. S, K., C, J., A, B., T, M., O, L., P, V., C, P., and undefined, “Vaccine Education of Medical Students: A Nationwide Cross-sectional Survey.”, *American Journal Of Preventive Medicine*, 53 (3): e97–e104 (2017).
31. Tomczyk, S., Bennett, N. M., Stoecker, C., Gierke, R., Moore, M. R., Whitney, C. G., Hadler, S., Pilishvili, T., and Centers for Disease Control and Prevention (CDC), “Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥65 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)”, *MMWR. Morbidity And Mortality Weekly Report*, 63 (37): 822–825 (2014).
32. Maisa, A., Milligan, S., Quinn, A., Boulter, D., Johnston, J., Treanor, C., and Bradley, D. T., “Vaccination against pertussis and influenza in pregnancy: a qualitative study of barriers and facilitators”, *Public Health*, 162: 111–117 (2018).