

Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi

Women Health and Psychological Functioning in Different Periods of Life: Evaluation of Nursing Approach

Ayşe Koyun¹, Lale Taşkın², Füsün Terzioğlu³

¹ Öğr. Gör., Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Konya

² Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

³ Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali pek çok bilim insanı tarafından eleştirilmiş ve hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece “sağlıklı” olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır. Kadını; yaşam döngüsü çerçevesinde anne rahminden başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden geçmekte ve bu dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamaktadır. Yaşanılan bu farklılıklar, bir yandan kadınların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan da onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Bu yüzden kadınlarda psikolojik sorunlar daha yaygındır ve daha uzun sürmektedir. Hastalarla tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında en fazla zaman geçiren sağlık personelinin hemşireler olduğu dikkate alınırsa, kadının ruh sağlığını etkileyen sorunlara müdahalede hemşirenin rolünün çok önemli olduğu söylenebilir. Hemşirenin kadının yaşadığı sorunları belirleme, koruyucu bakım verme, erken tanı konulması, uygun tedavi edici müdahaleyi yapma ve gerekli olduğunda sevk etme gibi sorumlulukları vardır. Bu makalede, kadının yaşamboyu yaşayabileceği önemli kadın sağlığı sorunları ve bu sorunların psikolojik sağlığına etkileri ve bu sorunlar karşısındaki hemşirelik yaklaşımları tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: kadın, ruh sağlığı, hemşirelik yaklaşımı, yaşam dönemleri

ABSTRACT

World Health Organization describes health as the state of being completely fine corporally, socially and psychologically. The state of being completely fine which is indicated in this description of health has been criticised by many scientists and with the idea that noone shall ever realise the state of being completely fine corporally and psychologically, it was emphasized that individuals could be evaluated to be "healthy" as long as they are productive. Starting from the intrauterine period, woman passes through different periods such as childhood, adolescence, adulthood, elderliness and she experiences some physical, psychological and social differences in each of these periods within the frame of life cycle. While these differences influence productivities and life qualities of women negatively, they also make them more inclined to psychiatric illnesses. Therefore, psychological problems are more common among women and they last longer. Considering the fact that among the medical personnel, it is the nurses who spend time with patients during the phases of diagnosis, treatment and rehabilitation the most, it could be said that nurses have a significant role in intervening in problems that affect the psychological health of woman. The nurse has responsibilities such as determining the problem the woman goes through, providing protective care, getting an early diagnosis, making the convenient remedial intervention and consigning, when necessary. In this article, significant woman health problems that could be experienced starting from the intrauterine life until the end of life by woman, the effects of this problem to the psychological health of the woman and nursing approaches in view of these problems are discussed.

Keywords: *woman, psychological health, nursing approach, major periods of life*

Sağlık, bireyin doğumundan itibaren bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.[1] Ancak bu sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali, pek çok bilim insanı tarafından eleştirilmiş, hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece "sağlıklı" olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır.

Sağlık kavramında beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması nedeniyle uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir.[1] Halbuki ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri çerçevesinde geliştirilmesi ve yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir.

Cinsiyet - toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sonuçlarına yol açmaktadır.[2] Kadınlar

yaşam süreci boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde, erkeklere göre daha fazla risk faktörlerine maruz kalmaktadır.

Dünyada kadınlar şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü gibi olumsuz yaşantılarla ve zorlayıcı nedenlerle stresle daha fazla karşılaşmakta ve psikolojik sorunlar daha yaygın görülmektedir.[3] Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin yaklaşık 1.7-2.7 katıdır.[4] Bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır: İlki; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha fazla hastalıkla karşılaşmalarına neden olmaktadır. İkincisi; dünyanın pek çok bölgesinde yapılan çalışmalarda ruhsal belirtileri kadınların erkeklerden daha çok yaşadıkları belirlenmiştir. Üçüncüsü ise; kadınların üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksektir ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmaktadır. Yaşam dönemlerinin çoğu evrelerinde kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarının nedenleri yoksulluktan ve toplumda kadına daha az değer veren toplumsal cinsiyet ayrımcılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.[2]

Kadınlar psikolojik sorunları olduğunda, yardım arama davranışı olarak fiziksel yakınmalarla sağlık kurumlarına başvurmakta ancak duygusal gereksinimlerini ifade edememektedirler. Kelleci ve arkadaşlarının çalışmasında,[5] değişik bedensel yakınmalar nedeniyle sağlık ocağına başvuran kadınların %58.3'ünde; İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada,[6] kadınların %45'inde psikiyatrik rahatsızlık yönünden değerlendirilmesi gereken belirtiler saptanmıştır. Bu sonuçlar, kadınların sağlık kurumuna bedensel sorunlarla başvurduklarını ancak derinlemesine görüşmeler sırasında ruhsal içerikli şikâyetlerini ifade ettiklerini göstermektedir. Hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık personelinin hemşireler olduğu dikkate alındığında, kadının ruh sağlığını etkileyen sorunlarla mücadelede, hemşirenin rolünün çok önemli olduğu söylenebilir.

Bu makalede yaş dönemlerine göre kadının intrauterin (anne karnında) yaşamından başlayarak hayatının sonuna kadar yaşayabileceği önemli kadın sağlığı sorunları, bu sorunların kadının psikolojik sağlığına etkileri ve bu sorunlar karşısındaki hemşirelik yaklaşımları tartışılmıştır.

Erken Yaşam Dönemlerinde Yaşanılan Sorunlar

Cinsiyet Seçimi

Cinsiyet seçimi, doğacak bebeğin cinsiyetinin belirlenmesi ve tıbbi olmayan amaçlar için kullanılmasıdır. Cinsiyet seçimi, kürtaj için dişi fetüslerin seçil-

mesi, kız çocukların ihmal edilmesi ve kızların sağlık hizmetine erişiminde yetersiz kalınması gibi hak suiistimalleri ile sonuçlanabilirken soyun devamı, mirasın korunması, veliahtlık gibi farklı gerekçelerle erkek lehine gerçekleşmektedir.[7]

Cinsiyet seçimi uygulaması Amerika'da yasal iken, Kanada, Almanya ve İngiltere'de yasaklanmıştır. Ülkemizde cinsiyet seçimi yasal olmamakla beraber, sadece cinsiyetle taşınan hemofili yada bazı kas hastalıkları söz konusu olduğunda cinsiyet seçimine izin verilmektedir.[7] Herhangi bir sağlık sorunu olmaksızın yalnızca bebeğin cinsiyetinin kız olması sebebiyle yapılan cinsiyet seçiminin yasal olduğu Çin, Hindistan gibi ülkelerde cinsiyet oranları da etkilenmektedir.[8] Farklı hesaplamaları olmakla birlikte, kabul edilen cinsiyet oranı yaklaşık 102-106 yeni doğan erkeğe karşılık, 100 kız şeklindedir.[9,10] Çin'de 20 yıl önceki verilere göre, doğumdaki cinsiyet oranı 108 erkeğe karşılık 100 kız iken; 2000 yılında bu oran 117/100 olarak tespit edilmiştir.[9] Hindistan ve Çin'den gelen ve Amerika'da yaşayan göçmen aileler üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre bu ailelerde erkek lehine cinsiyet seçimi yapıldığı saptanmıştır.[11]

Ülkemizde 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanuna göre gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar istek üzerine rahim tahliyesi yapılmaktadır. Gebelik süresi on haftadan büyükse, ancak gebeliğin annenin hayatını tehdit ettiği/edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde, ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile rahim tahliye edilmektedir. Bunun dışında rahim tahliyesi yasal olmayıp, 765 Sayılı Türk Ceza Kanununa göre rahim tahliyesi yapan ve yaptıran kişiler cezalandırılmaktadır.[12] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, evli kadınlar arasındaki yasal rahim tahliye hızı %10'dur.[13]

Cinsiyet seçiminin önlenmesi için hemşireler, prenatal genetik taramalar ve rahim tahliyesi gibi cinsiyet seçiminin mümkün olduğu işlemler sırasında yasalara ve mesleki etik kodlara uygun hareket etmeleri gerekmektedir. Bu tür işlemlerin tüm aşamalarında cinsiyet seçimine neden olmayacak şekilde uygulama yapmalarını temin ve garanti etmelidirler. Cinsiyet oranının belirgin biçimde dengesiz olduğu ve yasal olmayan düşüklerin uygulandığı yerlerde, hemşireler meslek üyeleri 765 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun yasal yaptırımlarını harekete geçirmek için gerekli girişimleri başlatmalıdır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önlenmesi konusunda başta toplum liderleri olmak üzere halkın bilinçlendirilmesi ve farkındalıklarını artırmaya yönelik için eğitim vermek hemşirenin rolleri arasında yer almaktadır.

Yetersiz Emzirme

Emzirme, yeni doğan bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmelerini sağlamanın en doğal yoludur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ilk 6 ay yalnızca anne sütü olmak üzere tüm bebeklerin iki yıla kadar anne sütü almalarını önermektedir. WHO bebeklerin ortalama anne sütü alma sürelerinin Pakistan'da (2006) kız bebeklerde 18.2 ay, erkeklerde 19.5 ay; Mısır'da (2008) kızlarda 17.6 ay, erkeklerde 18.3 ay; Hindistan'da (2005) kızlarda 23.6 ay, erkeklerde 25.4 ay olduğunu belirlemiştir.[14] Ülkemizde TNSA 2008 verilerine göre, emzirme süresinin ortanca değeri 16 aydır. Erkek çocuklar (16.9 ay) kız çocuklara (14.9 ay) göre 2 ay daha uzun emzirilmektedir.[13] Görüldüğü gibi, bazı toplumlarda erkek bebekler kız bebeklere göre en az 1-2 ay daha uzun süre anne sütü almaktadır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada, özellikle ilk bebeklerin erkek olması istendiği belirlenmiş ve ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin kötü olmasına rağmen, kız çocuklarda malnütrisyon saptanmıştır.[15] Pakistan'da yapılmış bir çalışmada da, kız çocuğu olan annelerin emzirmeyi erken bıraktıkları belirtilmektedir.[16] Kız çocuklarının yetersiz emzirilmelerinin en önemli nedenleri, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının kadın aleyhine olması, bu bağlamda aile için kız çocukları ekonomik yük olarak görülürken erkek çocukların ekonomik güvence olarak görülmesi, erkek çocuklarının ataerkil toplumlarda soylarının devamı adına ailenin geleceği olarak kabul edilmesidir.

Ebe ve hemşirenin temel görev alanı olan prenatal emzirme sınıfları ve destek grupları, emzirme süresini ve başarısını artırmada önemli rol oynamaktadır. Bu bağlamda, hemşireler tarafından özellikle doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde annelere verilecek eğitimin emzirmeyi destekleyeceği son derece açıktır. Emzirme eğitimi sürecinde hemşire, hem anneyi hem de aileyi hedef alan emzirme eğitimi programları düzenlenmelidir.[17] Ayrıca hemşireler cinsiyet ayrımcılığının farkında olmalı, bu doğrultuda yapacağı gözlemlerle anneyi yönlendirebilmeli ve ilk 6 ay yalnızca anne sütü olmak üzere tüm bebeklerin iki yaşına kadar emzirilmesini sağlamalıdır.

İstismar, İhmal ve Bakım Eksiklikleri

Çocuk ihmal; bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık, sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal veya sosyal gelişiminin engellenmesi; çocuk istismarı ise yine bu kişiler tarafından çocukların fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen, beden/ruh

sağlığına zarar veren ve kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılması olarak tanımlanmaktadır.[18]

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği, Güney Afrika'daki çocukların %5-26'sının cinsel taciz/tecavüze uğradığını, ülkemizde ise fiziksel istismar sıklığının %30-35, cinsel istismar sıklığının %4-18 olduğunu bildirmektedir.[19] Erdoğan, cinsel istismar suçlarının %85'inin çocukların iyi tanıdığı kişilerce işlendiğine dikkat çekmektedir.[20] Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismara uğrama olasılığı o kadar artmaktadır.[21] Jain, istismara uğrayan çocukların iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiklerinde, bu çocukların %5-10'unun öldürüldüğünü, %35-50'sinin ise ciddi yaralanmalar yaşadığını bildirmişlerdir.[22]

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde birincil hemşirelik girişimleri, ihmal ve istismara yönelik halkı ve meslek üyelerini bilinçlendirmek ve farkındalıklarını artırmaktır. İkincil girişimler, mevcut ihmal ve istismarı erken tanımayı, istismar edilen çocuğun tepkilerini değerlendirmeyi, istismar sonrası aileye yaklaşımı, gelecekte olabilecek istismara karşı çocuğun ve kardeşlerinin korunmasını içerir. Üçüncül girişimler ise istismarın çocuk üzerindeki etkilerini en aza indirmeyi kapsar.[23] Çocuğun fiziksel ve duygusal tepkilerini kontrol altına alma ve kaydetme, hızlı bir şekilde tanıma, ekibin diğer üyeleri ile işbirliğini başlatma, psikososyal faktörleri tespit etme ve benlik saygısını arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerini kapsar. Çocuğun güvende olması için uygun ortam sağlama, çocuğun konuşması ve düşünmesine destek olunması ve oyun terapilerinin sağlanması diğer hemşirelik girişimleridir.

Ergenlik Dönemi (10-19 Yaş) Sorunları

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 10-19 yaşlar arasını ergenlik dönemi, 20-24 yaşlar arasını gençlik dönemi, 10-24 yaş dönemini ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır.[24] Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 sonuçlarına göre, 10-19 yaş grubu nüfus toplam nüfusun %18.5'ini oluşturmaktadır.[13]

Ergen (adölesan), vücudunda olan hızlı fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları yaşamakta, pubertede salgılanan cinsiyet hormonları ergenin cinsel ve duygusal davranışlarında değişikliklere neden olmaktadır. Ergen, fiziksel gelişmesini olumsuz etkileyen zararlı alışkanlıklara başlayabilmektedir. Kız çocuklarda erkeklere göre daha sık beslenme bozuklukları görülmekte; ayrıca kızların ergenlik döneminde geçirdikleri gebelik ve doğumlar nedeniyle

kendilerinin ve bebeklerinin sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.[25] Ergenlik döneminde en fazla yaşanan sorunlar aşağıda tartışılmıştır.

Zararlı Alışkanlıklar - Madde Bağımlılığı

Bağımlılık, birey ve nesne(si) arasında bireyin seçimiyle başlayan ve süreklilik özelliği taşıyan çok boyutlu bir ilişkidir. Bağımlılık yapan madde ise merkezi sinir sistemi üzerinde sahte bir "iyi oluş" hali oluşturan unsurdur. Ergenin anne-babası ile olan ilişkisi, kişiliği, heyecan arama, asilik ve normal dışı davranışa eğilim, akranları arasında madde kullanımı, anne-babanın geleneksel tutumu, çocukluk çağındaki irritabilite, öfke nöbetleri, kardeşlerle çatışma, ailenin sağladığı ortam gibi unsurlar madde kullanımının nedenleri arasındadır. Başkaları tarafından parasal olarak desteklenmeleri sebebiyle kızların daha pahalı maddeleri tercih ettikleri ve genellikle grup içinde (ev partileri) madde aldıkları belirtilmektedir.[26]

Ülkemizde ergenlerde madde kullanım oranını belirlemek için yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2007 yılında 9.-12. sınıflara devam eden 26.009 öğrenci ile yaptığı araştırmada, öğrenciler arasında uyuşturucu madde kullanım oranı %6,5 olarak tespit edilmiştir.[27] Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan başka bir çalışma ise birinci sınıflardaki erkek öğrencilerde şimdiye kadar madde kullanma sıklığı %7.2, kız öğrencilerde %4.7; üçüncü sınıflarda erkek öğrencilerde madde kullanma sıklığı %9.7, kız öğrencilerde %5.6 bulunmuştur.[28]

Madde bağımlılığının önlenmesinde hemşirelerin birincil müdahale stratejileri; madde bağımlılığının zararları konusunda eğitim, olumlu çevrenin sağlanması, riskli gruplara yönelik planlar ve evsizlere yönelik müdahaleleri başlatmayı içermelidir. İkincil koruma önlemleri, konuya ilişkin epidemiyolojik çalışmaların artması, ergenlerin alkol-madde kullanımı açısından değerlendirilmesi ve müdahalelerin planlanması, okul hemşireleri, rehberlik uzmanları, sosyal çalışmacılar ve ergenin ailesiyle multidisipliner işbirliğinin sağlanması, hukuk ve ceza işlemlerinin uygulanması, riskli çevrelerde yaşayanlara ilişkin tarama yapılması ve madde bağımlılarında tedavi/kontrol hizmetlerinin artırılmasıdır. Üçüncü koruma önlemleri ise tedavi merkezlerinde ve rehabilitasyon hizmetlerinde görev almaktır.[29]

Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, vücut ağırlığı takıntısı, vücudun şekli ile ilgili olumsuz düşüncelerle birlikte duygulanım bozukluklarının olduğu, psikiyatrik hastalıklar içinde en belirgin cinsiyet farklılığı gösteren hastalık grubudur. Yeme bo-

zukluklarına en sık 12–19 yaş grubu arasında rastlanmaktadır.[30] Erkek/kadın oranı 1/6 ile 1/10 arasında değişmektedir.[31] Anoreksiya nevroza, ergen kadın popülasyonunda %0.5-1 oranında; Bulimia ise %1-3 oranında görülmektedir.[32] Anoreksiya nevrosada kilo kaybı, büyüme devam ederken uygun ağırlığa erişmeyi reddetme, kilo almaktan korkma, şişmanlama endişesi, beden imgesini algılamakta bozukluk ve amenore gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bulimiada ise tıkanırçasına yeme, yemeyi kontrol edememe duygusu, kilo alımını önlemek için telafi davranışları (kusma, aşırı egzersiz, oruç tutmak, lavman yapmak, diyet hapları ya da laksatif kullanımı gibi...), beden ağırlığı ve biçimi ile sürekli zihinsel uğraşı belirgindir.[33]

Yeme bozukluklarında fazla kilolardan kurtulmak amacıyla bilinçsizce yapılan diyet sonucunda gelişen hızlı kilo kaybı, tüm vücut sistemlerini etkilemekte, hormonal ve metabolik bozukluklara neden olmaktadır. Elektrolit dengesizlikleri, hipoglisemik ataklar, ergenlik gecikmesi, oligomenore, amenore ve tiroid işlev bozuklukları gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır.[30]

Yeme bozukluğu olan hastalarda sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eş zamanlı olarak bulunmaktadır. Bu konuda Herpetz'in yaptığı çalışmada, yeme bozukluğu olan hastaların %53'ünde ek bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir.[34] Yeme bozuklukları ile major depresyon arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır.[35,36] Bu hastaların benlik algısının normalden daha düşük olduğu [37] ve bu durumun da depresyonun ortaya çıkışında rol alabileceği düşünülmektedir.

Yeme bozukluklarında hemşirelik girişimleri, terapilerle birlikte kilo restorasyonu sağlamada destek olunması, komplikasyonların önlenmesi, hastada varolan sorunların tespiti ve uygun hemşirelik girişimlerinin sağlanması, sorun olan tutumların değiştirilmesi, psikopatolojik durumların değerlendirilmesi ve tedavisi, aile ve sosyal ilişkilerin düzenlenmesini kapsamaktadır.[38] Hastaların çoğunda yeme bozukluğunun yanı sıra tedavi edilmesi gereken depresyon, kaygı bozukluğu ve diğer psikiyatrik sorunlarda mevcuttur. Bu nedenle yeme bozukluklarının tedavisinde multidisipliner işbirliği (psikoterapist, diyetisyen, doktor ve hemşire gibi...) ile ekip yaklaşımı gereklidir.

Ergenlikte Üreme Sağlığı Sorunları

Bu dönemdeki en önemli üreme sağlığı sorunları ergenlik dönemindeki evliliklere bağlı erken gebelikler, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler, düşüğe bağlı olarak gelişen komplikasyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) oluşturmaktadır.

Ülkemizde 4721 Sayılı Türk Medenî Kanunu'na göre 17 yaşını dolduran herkes evlenebilmekte,[39] ancak taraf olduğumuz “Çocuk Hakları Sözleşmesi” insanların 18 yaşını dolduruncaya kadar “çocuk” sayılacağını belirtmektedir.[40] Dolayısıyla anatomik ve psikolojik gelişim tamamlanmadan ortaya çıkan ergen evlilikleri/gebelikleri, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ergen annelerin ve bebeklerinin morbidite ve mortalite hızları yükselmektedir. Ergen annelerde, düşük ve ölü doğum riskleri de artmaktadır. Ayrıca, kadınların ergenlik döneminde anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi ve iş imkânlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçları da bulunmaktadır.[41]

Türkiye’de ergenlik dönemi gebeliklerinin en temel nedeni, kültürel olarak erken yaşta yapılan evliliklerdir. Ülkemizde kadınların %2.5’i 15-19 yaşları arasında evlenmekte ve bu kadınların %6’sı çocuk sahibi olmaktadır.[13] Bu dönemde yapılan doğumların %8’ininde hiç doğum öncesi bakım alınmadığı ve %10.5’inin doğumunda sağlık personeli bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu yaş grubundaki evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı %40.2 olup, bu oranın tüm yaş grupları içinde en düşük oran olduğu tespit edilmiştir.[13] Bu sonuçlar, ergenlerin çoğunun doğum kontrol yöntemlerini bilmediklerini göstermektedir. Ergenlik dönemindeki gebelikler; üniversite gençlerinin evlilik öncesi cinsel tutumlarının eskiye oranla farklılık göstermesi nedeniyle cinsel özgürlüğün artması sonucunda da giderek yaygınlaşmaktadır. Batı ülkelerinde olduğu kadar sık olmasa da ülkemizde özellikle büyük şehirlerde evlilik dışı gebelik sayılarının her geçen gün arttığı gözlenmektedir.

Ergenlik dönemi gebeliklerde görülen sağlık sorunları (gebelik hipertansiyonu, doğumda baş pelvis uyumsuzluğuna bağlı zor doğum eylemi, anemi, malnütrisyon; fetüs ve yenidoğanda intrauterin gelişme geriliği, prematüre gibi) yanında sosyal ve psikolojik sorunlar da sıklıkla görülebilmektedir. Ergen bir taraftan kendi kimliğiyle ilgili bocalamalar yaşarken diğer taraftan ebeveyn kimliğini alacak olması stresi ile gebeliğini devam ettirip ettirmeme ikilemini yaşayabilmektedir.[41] Ergenlik dönemi gebeliğin neden olacağı psikolojik travma ile başa çıkmanın en etkin şekli gebeliği önleyici yöntemlere yönelik tedbirlerin önceden alınmasıdır. Aile ve toplum sağlığı açısından gebeliğin sağlıklı sonlanması ve gerekli psikososyal desteğin sağlanması önemlidir.

Hemşirelik hizmetleri ergenlerin üreme sağlığı konusunda bilgi ve sağlık gereksinimlerini karşılamaya, hastalıklardan korumaya, doğru davranış kazandırmaya yönelik olmalıdır. Bu dönemde hemşirelik hizmetleri fiziksel ve psikolojik gelişim, üreme organları ve fizyolojisi, CYBH ve koruma, gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilinçlendirmeyi kapsamalıdır. Hemşireler,

ergen gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası izlemlerinde etkin rol üstlenmelidir. Ayrıca hemşirelerin ergenlik ruh sağlığını korumaya yönelik görevleri; ergenlik sağlığına yönelik yapılan eğitim hizmetlerini koordine etmek, risk gruplarını belirlemek, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek, ergenliğe özel sağlık hizmeti (danışmanlık, eğitim, tanı, tedavi...) sunmak olmalıdır.[42] Ergenlik dönemi evliliklerin ve gebeliklerin önlenmesi çalışmalarının toplumun değer yargıları, eğitim ve sosyokültürel faktörlerin etkisi altında uzun zamanda sonuçlanacağı söylenebilir. Ülkemizde gençlerin erken yaşta evlenmelerinin önlenmesi, toplumda kültürel bir yapı değişikliği ile sağlanabilir. Diğer taraftan topluma verilen sağlık hizmetleri çerçevesinde adolesan gebeliklerin önlenmesi, gebelik oluştuğunda izlemleri, doğumları ve doğum sonrası izlemleri önem taşımaktadır.

Erişkinlik Dönemi Sorunları

Ergenliğin sona ermesi ile erişkinlik dönemi başlamaktadır. Kadının cinsel yönden olgunluğa eriştiği cinsel olgunluk dönemi ve menopoz, erişkinlik dönemi içinde yer almaktadır. Kadın sağlığını bozan üreme sağlığı sorunlarına ilişkin hastalanma ve ölüm hızlarında bu dönemde artış görülür. Kadının fertil çağında yaşadığı başlıca sağlık sorunları daha çok doğurganlığı ve üreme sistemi ile ilgili üreme sağlığı sorunlarıdır. Kadının incinebilirliğini etkileyen temel sorunlar; istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşüklükler, gebeliğin psikososyal yönü, postpartum sorunlar, infertilite, cinsel işlev bozuklukları, genital mutilasyon, CYBH , kadına özgü kanserler ve kadına yönelik şiddettir.

İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşüklükler

İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklükler kadın sağlığını olumsuz etkileyen uygulamalar olduğu için, kadın sağlığı açısından oldukça büyük önem taşımaktadırlar. Buna ek olarak, aile planlamasının önemli hedeflerinden biri istenmeyen gebeliklerin önlenmesi olduğundan, isteyerek düşüklüklerin aile planlaması hizmetleri arasında ayrı bir önemi bulunmaktadır. Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşayan, istenmeyen gebelikten korunmak için yöntem kullanması konusunda psikososyal engelleri olan ve/veya gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar, isteyerek düşük hızlarını arttırmaktadır.

Guttmacher Enstitüsü Dünya'da 19 milyonu yasal olmayan olmak üzere, yılda 46 milyon düşük gerçekleştiğini, gelişmekte olan ülkelerdeki gebeliklerin

yalnızca 1/4'ünün doğuma ulaştığını, 1/3'ünün istenmediğini, %11'inin güvensiz olmak üzere, %19'unun düşükle sonuçlandığını belirtmektedir.[43]

Türkiye'de istemli düşükler 1983 yılında kabul edilen Yeni Nüfus Planlaması Yasası ile yasallaşmıştır. TNSA 2008'e göre, son beş yılda 100 gebelikten 10'u isteyerek olmak üzere toplam 21 gebelik düşükle sonlanmıştır. İstemli düşük hızları, refah düzeyi yüksek olan ve kentsel yerleşim bölgelerinde yaşayan kadınlarda daha yüksektir. TNSA 2008 verilerine göre, kadınların %14'ü bir sonraki doğuma kadar en az 2 yıl beklemek istediklerini, %67'si ise ileride başka çocuk istemediklerini belirtmiş olmalarına rağmen, modern aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %46, hiçbir yöntem kullanmayan kadınların oranı ise %27 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, Türkiye'de halen evli her 5 kadından 4'ünün, doğurganlıklarını sonlandırmak yada ertelemek için aile planlaması hizmetlerinden yararlanmak ihtiyacında olduğunu ortaya koymaktadır.[13] WHO de, yüksek gelirli ülkelerde %64 olan modern yöntem kullanım oranının, Afrika Ülkelerinde %14'e kadar düştüğünü belirtmektedir.[44]

İstenmeyen gebelikler, kadın sağlığını etkileyen en stresli olaylardan biridir. Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ya da kayıp duygularını yaşamasına neden olmakta ve ruh sağlığını etkilemektedir.[45] Bunun yanı sıra özellikle sağlıklı düşük yapan kadınlarda tamamlanmamış düşük, sepsis, kanama, uterin perforasyon gibi komplikasyonlar gelişmektedir. Uzun dönemde ise, kronik pelvik ağrı, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, ektopik gebelik ve prematür doğum gibi komplikasyonlara neden olmakta ve kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.[46]

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde birincil hemşirelik girişimi, en uygun aile planlaması yönteminin seçilmesini sağlayarak, istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek olmalıdır. Hemşireler, yöntemin yan etkileri ve kullanım şeklinin iyi anlatılmasını sağlayarak aile planlamasının yaygınlaştırılması, etkinliğinin artırılmasında görev almalıdır. Güvenli annelik programları uygulanarak, istenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısının, obstetrik komplikasyonların ve ölüm riskinin azaltılması sağlanmalıdır.[47] İstemli düşüklerde ikincil hemşirelik girişimleri ise; kanama kontrolü, enfeksiyonun önlenmesi ve suçlulukla baş etmenin sağlanması, öz bakım ve aile planlaması konularında bilgi eksikliklerini giderme ve danışmanlık yapmayı içermelidir.[46]

Gebelikte Yaşanan Ruhsal Sorunlar

Gebelik, psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Kadın yaşanan bu değişimlere uyum sağlamada güçlük çekebilmektedir.

Bu nedenle, gebelik süreci bazen kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir.[48] Trimesterlere göre gebenin yaşadığı duygular aşağıda özetlenmiştir;

Birinci Trimester

Annenin duyguları gebeliği kabul edip etmemesine göre değişmekle birlikte, gebeliğin ilk haftalarında belirsizlik ve ambivalan duygular ortaya çıkmaktadır.[2] Bu dönemde gastrik distres, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya yönelim ve genel fiziksel rahatsızlık libidonun azalmasına yol açan başlıca faktörlerdir.[49]

İkinci Trimester

Gebenin fetüsü hissetmesiyle beraber, uterusun büyümesi, beden imajında olumlu etkilere, kadın ve eşinin gurur yaşamasına sebep olmaktadır.[49] İkinci trimester, kadının hamileliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Anne adayı artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser.[49]

Üçüncü Trimester

Fiziksel şikâyetler bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir. Beden imajındaki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu etkiler.[49] Bu trimesterde gebe daha duyarlı hale gelir, duygusal bağımlılık ve destek arayışları artar, doğum korkusu başlar.[2] Gebelikte doğum korkusu, çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "tokophobia" olarak adlandırılmaktadır. Bu korku, hamilelikten önce oluşmakta, gebeliğin üçüncü trimestrinde daha da artmakta ve obstetrik komplikasyonların gelişmesine sebep olabilmektedir. Kitapçıoğlu ve arkadaşları, antenatal korkuların, sezaryen ve uzamış doğum eylemine neden olabileceğine dikkat çekmektedir. Kadınlar en çok malformasyonlu bebeğe sahip olmaktan, operasyonlu doğumdan, yabancı ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan korkmaktadırlar.[50] Gamble çalışmasında, hastaların sezaryen doğumu çoğunlukla tokofobi nedeniyle tercih ettiklerini ortaya koymuştur.[49] Gebelikte ruhsal sorunların %5 ile %51 oranında görüldüğü belirtilmektedir.[51] Özellikle önceden depresyon geçirmiş olanlarda, ergenlerde, fazla sayıda çocuk sahibi olanlarda, istenmeyen gebelikte, sosyal desteği olmayanlarda ve evlilik sorunu olan gebelerde depresyon görülme riski artmaktadır.[52]

Gebelik sürecinde hemşire, gebe kadın ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum yapmalarını ve gebeliğin sağlıklı sonlanmasını sağlamalıdır. Gebelik döneminde hemşire; aile içi süreçlerde değişim, anksiyete, bilgi eksikliği,

vücut imajında bozulma gibi hemşirelik tanılarına karşı hemşirelik sürecini uygulamalı ve gebelik izlemlerini düzenli bir şekilde yapmalıdır. Anne adayında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal sorunlara karşı önlem almalıdır. Doğum sonrasında da anne ve bebek için uygun ortamlar yaratılarak, annenin yeni duruma uyumunu ve bebeğin bakımı sağlanmalıdır.

Postpartum (Doğum Sonrası) Sorunlar

Postpartum ruhsal hastalıklar; annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere üç farklı şekilde görülebilmektedir.[53]

Annelik Hüznü

Annelik hüznü postpartum dönemde %50-85 oranında görülmekte ve bu olguların %20'sinde postpartum major depresyon gelişebileceği ileri sürülmektedir. Annelik hüznü, birçok kadının en ufak bir problem karşısında kendisini gözyaşları ile boğulmuş bir durumda bulmasına yol açar. Bazı kadınlar kendilerini kısa bir süre için yetersiz hissederler ancak bu genellikle kendilerine ve bebeklerine güvenleri geliştikçe ortadan kalkar.[48] Annelik hüznü gelişen olgular, postpartum depresyon ya da psikoz açısından izlenmelidir.[48]

Postpartum Depresyon

Depresyon insidansı sıklıkla postpartum ilk 30 gün içindedir ve ağır olgularda 2 yıla kadar uzayabilmektedir.[48] Farklı toplumlarda postpartum depresyon prevalansı %10-15 olmasına karşın, Türkiye'de bu oranın %14-31 arasında değiştiği bildirilmektedir.[54] Loğusalık dönemindeki depresyonun en sık belirtileri uyku bozukluğu, yorgunluk, irritabilite, iştah azalması, dikkat dağınıklığı, yetersizlik düşünceleri, bebeğe zarar verir miyim ya da bebeğin sağlığı ile ilgili düşüncelerdir.[50]

Postpartum Psikoz

Doğum sonu psikoz görülme sıklığı 1000 doğumda 1-2 arasındadır. Ergenlik dönemi gebeliklerde, primiparlarda ve daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olanlarda daha sık görülür. Doğum sonu psikozda yorgunluk, uykusuzluk, huzursuzluk, ağlama nöbetleri, konfüzyonlar ve varsanılar görülebilmektedir.[55]

Annenin düşük benlik saygısı, destek sistemlerinin olmayışı, evlilik problemleri, devam eden yorgunluğu, doğumdan sonra kendi ve bebeği için bakım yetersizliklerine neden olabilmektedir. Bu süreçte anneler, bir taraftan kendi bakımlarıyla ve yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken diğer yandan da bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni duruma uyum sağlamak durumundadırlar. Türkiye'de doğum yapan anneler

genellikle 24 saat sonra hastaneden taburcu edilmektedir. Bu süre, doğum sonu dönemde annenin yeni durumuna uyum sağlamasına destek için yeterli değildir. Özellikle lohusalığın ilk bir haftası, fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir. Hormonlardaki ani değişiminin yanında, annenin fiziksel sorunları, ailenin yeni dönemdeki değişimlere uyum sağlayamaması çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle kadınlar özellikle doğum sonu dönemde diğer dönemlere oranla daha fazla duygusal sorunlar yaşamakta ve ruhsal hastalık riski doğumdan sonraki 12 ay boyunca en yüksek seviyede kalmaktadır.[53]

Doğum sonu dönemdeki sağlık bakımı; annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını kapsar. Annelerin ilk günlerden itibaren kendilerini rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etki yaratır. Bu nedenle, hemşireler annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır. Postpartum 6 haftalık sürede nitelikli bir izlem ve bakımı sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sürekli olarak değerlendirilmesi gereklidir. Değerlendirme, ev ziyaretleri sırasında annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede, annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Bunun yanı sıra annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgilerde değerlendirilmelidir. Anneler, kendileri ile ilgili olarak, dinlenme, hijyen, meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler, doğum sonrası sorunlar, yenidoğan beslenmesi ve bakımı konularında eğitime gereksinim duyabilmektedirler.[56,57]

İnfertilite

İnfertilite, üreme çağındaki kadın ve erkeklerin %8-10'unu ilgilendiren, önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açan bir sorundur.[58] Tanı işlemleri, uygulanan testler, tedaviler ve sonuçları ile ilgili yaşanan anksiyete ve ambivalan duygular, tedavi seçeneklerine ilişkin karar verememe, tedavi sürecine ilişkin yeterli bilgi verilmemesine yönelik keder duygusu yaşama, prognozu kontrol edememeye bağlı olarak yaşanan güçsüzlük duygusu, tanı ve tedavi sürecinde yaşanan fiziksel sıkıntılar ve ağrı infertil kadınların ruh sağlığını etkilemektedir. Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu belirtilmektedir. Çocuksuzluğun

kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınvalide, büyükanne) ve benlik değerinde düşmedir. Çocuksuzluğun erkek yönünden psikolojik anlamı, doğurtamama (erkeklik işlevlerinde yetersizlik), psikolojik eksiklik (babalık güdüsünün doyurulamaması), yalnız kalma (yaşlılıkta), iş hayatında destek eksikliği, soyunun devamının sağlanmaması, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, büyükbaba) ve sosyal güvence azlığıdır.[59]

Jedrzejczak ve arkadaşlarının çalışmasında, 60 infertil kadın değerlendirilmiş ve kadınların %25'inde infertilitenin evliliklerinde büyük bir sorun oluşturduğu tespit edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak infertil kadınların depresyon puanları ölçülmüş ve kontrol grubunun puanlarından 2 kat daha yüksek puanlar elde edilmiştir.[60] Güz ve arkadaşlarının çalışmalarında, eşinden ve ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve düşük benlik saygısı saptanmıştır.[61] İnfertil kadınların erkeklerle göre daha çok izolasyon duygusu yaşamakta oldukları bildirilmekte, eşler ve diğer kişiler arasında izolasyon duygularının arttığı belirtilmektedir.[62]

Hemşireler ekip içerisinde değişen ve gelişen rollerinin bir gereği olarak, tıbbi bakımdaki rollerinin yanında, danışmanlık ve psikolojik destek, hasta hakları savunucusu, yönetici, eğitmen, araştırmacı rollerini de üstlenmektedir. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) aşamalarında çiftlerin yanında bulunmak, hekimi asiste etmek ve ovum aspirasyonu, embriyo transferi gibi işlemler için hastanın hazırlığı, ameliyathane koordinatörlüğü ve güvenliği, işlem sonrası ise izlem uygulamaları hemşirenin tıbbi bakımdaki rolleridir. Etkili danışmanlık için, hemşire her hastanın bireysel olarak, deneyimlerine dikkat etmek zorundadır. Hasta savunuculuğu rolü infertilite hemşiresinin diğer ekip üyelerine çiftin tedavi sürecinden geri kalmasına sebep olabilecek duygusal durumlar hakkında bilgi vermesine imkan verir. Hasta bakımının kalitesi, detaylı planlama, doğru dökümantasyon ve iletişime bağlıdır. Hemşire bunları yönetim becerisini kullanarak gerçekleştirir. Hemşirenin, çifte tedaviyi anlayabileceği bir dil kullanarak uygun terimlerle açıklamalar yapmak, fertilizasyon öncesi sağlık eğitimi kapsamında ilaçları kadının kendi kendine yapmasını öğretmek gibi eğitim becerilerine ihtiyacı vardır. Hemşire güncel konuları ve yenilikleri yakından takip etmelidir. Çiftlere en iyi biçimde danışmanlık yapabilmek, yeterli bilgi aktarabilmek, etik kurullarla ilgili sorularını yanıtlayabilmek ve kendini koruyabilmek için hemşire okumalı, araştırmalıdır.[63]

Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları WHO tarafından, “bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu” olarak tanımlanmaktadır.[64] Cinsel işlev bozuklukları; cinsel istek bozuklukları (hipoaktif cinsel istek ve cinsel tiksinti), uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları, cinsel ağrı bozuklukları (disparoni, vajinismus, non-koital genital ağrı bozuklukları) şeklinde sınıflandırılmaktadır.[65]

Kadınlar arasında en sık görülen cinsel işlev bozuklukları Türkiye’yi içine alan 29 ülkede, 27.500 olgu üzerinde gerçekleştirilen Seksüel Tutumlar ve Davranışlar Global Çalışması’na göre (2003), cinsel isteksizlik (%32), orgazm problemleri (%25) ve yetersiz lubrikasyon (%24) sorunlarının olduğu belirlenmiştir.[66] Ülkemizde Çayan ve arkadaşları tarafından 179 kadın üzerinde gerçekleştirilmiş çalışmada, seksüel disfonksiyon prevalansının yaşla birlikte arttığı, düşük eğitim düzeyi, ek bir kronik hastalık bulunması, doğum sayısının fazlalığı, menopoz gibi faktörlerin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %60.3’de cinsel isteksizlik, %43’ünde uyarılma, %38’inde lubrikasyon, %45.8’inde orgazm problemleri, %38’inde memnuniyetsizlik, %36.8’inde disparoni olduğu saptanmıştır.[67]

Cinsel sağlık için hemşirelerin görevleri arasında hastanın cinsel sağlığını korumak, cinsel fonksiyonu zarar görse bile bu zararı minimuma indirmeye çalışmak, cinselliği ifade etme yetisini geliştirmek, hastaya yardım ve rehberlik etmek yer almaktadır. Kadınların cinsel sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımı; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözülmesi ve cinsel sağlığın sürdürülmesi aşamalarını içermektedir. Tüm bu aşamalarda hemşirelik girişimlerinin amacı; kadının bireysel cinsel sağlığını güçlendirmek, kadınların cinsel sorunlarını ifade edebilmeleri için cesaretlendirmek, cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemek, belirlenen sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak ve kadınların yaşam kalitesini yükseltmektir.[68]

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH)

CYBH, tüm dünyada morbidite, mortalite ve özellikle infertilitenin en önemli nedenlerinden biridir. Amerika’da yılda ortalama 14 milyon CYBH vakası rapor edilmektedir. Cinsel olarak aktif popülasyonda herpes simpleks tip 2 enfeksiyonu %20–40, human papilloma virüs enfeksiyonu ise %30–60 oranlarında görülmektedir.[69] Türkiye’de ilk olgunun görüldüğü 1985’den 30 Haziran 2007 tarihine kadar geçen sürede 2073 HIV/AIDS olgusu, 2008

yılında ise 659 HIV/AIDS olgusu rapor edilmiştir.[70,71] Diğer bir CYBH, viral hepatitlerdir ve ülkemizi de yakından ilgilendiren önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde yaşayan insanların yaklaşık %5'i (3.5-4 milyon kişi) HBsAg taşıyıcısı olup, yaşayan nüfusun 1/3'ü seropozitifdir.[72] Ülkemizde sifiliz insidansı, 2006 yılındaki Sağlık Bakanlığı verilerine göre yüz binde 5.2'dir.[73]

CYBH, ektopik gebelik, spontan abortus, erken doğum, postpartum endometritis, servikal kanser, kronik pelvik ağrı, pelvik yapışıklıklar, infertilite vb. sorunlara yol açtığı gibi, birtakım psikolojik etkilere de sahiptir. Hastaların kendilerine olan güveninin azaldığı, suçluluk, utangaçlık duygusu yaşadıkları ve hastaların genel iyilik hallerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.[74]

CYBH'ların önlenmesi birincil olarak "seks yapmamak veya enfekte olmayan tek bir cinsel eşin olması"yla mümkün olmaktadır. Ancak hemşireler bu tür bir sakınmayı, CYBH tanısı alan ve tedavi olmakta olan kişiler ve bunların cinsel eşlerine, CYBH/HIV'i veya plansız gebeliği olup kesinlikle ilişki kurmak istemeyenlere önermelidir.[75] CYBH önlenmesinde ve kontrolünde ikincil olarak "korunma" yer almaktadır. CYBH kontrolünde, yayılımını engellenmesi ve komplikasyon gelişme olasılığının azaltılması gerekir. Bu nedenle cinsel ilişki esnasında kondom kullanılması teşvik edilmelidir. Risk altındaki kişi ve hastaların eğitimi, tarama, etkin bir tanı ve tedavi, CYBH'ı olanların eşlerinin de tedavisi ve danışmanlığı ile aşılama yapılmasını içermektedir.[76] Klinik yönetim, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, risk ve klinik bulguların değerlendirmesiyle birlikte, başlıca etkenlerin tedavisini de içermektedir. Bu nedenle, hemşireler tarafından klinik görünüm, enfeksiyon sıklığı ve antimikrobiyal direnç durumlarının bilinmesi çok önemlidir.[77] CYBH'ların önlenmesinde üçüncül hemşirelik girişimi ise, halkın CYBH'a karşı eğitimi ve aşılama değildir.[78] WHO, okullarda gençlere verilecek sağlık hizmetlerinin gençlerin davranışlarını olumlu yönde değiştirdiğini belirterek ülkeleri bu hizmetleri verme konusunda daha duyarlı olmaya çağırmıştır.[77]

Genital Mutilasyon

Genital mutilasyon, kadın dış genital organlarının kültürel, dinsel yada diğer sağlık dışı nedenlerle değişik düzeylerde kesilerek hasar verilmesidir. Müslüman ve Hristiyanlarca uygulanan bu işlem, doktorlarca 'Klitorektomi' olarak tanımlanmaktadır. Afrika'da çok yaygın olan bu işlem, yaşanan göçler yüzünden Avrupa ve Amerika'da da yaygınlaşmıştır. Halen Somali'de %99'luk, Etiyopya'da %90'luk, Sudan'da %85'lik oranlarda uygulanmakta olan genital mutilasyon, ABD'de 1996'da, İngiltere'de 1985'de yasaklanmıştır. Kenya,

Senegal, İsveç ve İsviçre de bu işlemin yasa dışı sayıldığı ülkelerdendir. İşlemin yasaklandığı ülkelerde yaşayan aileler, işlemi uygulatabilmek adına kimi zaman kızlarını yurt dışına göndermeyi seçmekte, çoğu zamansa bilgisiz insanların yardımına başvurumaktadırlar.[79]

Genital mutilasyon sağlıklı koşullarda sağlık personeli dışındaki uygulamacılar tarafından uygulanmakta ve erken dönemde şiddetli ağrı, hemoraji, şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara; geç dönemde ise kronik genital yada üriner enfeksiyonlar, infertilite ve doğum problemleri gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır.[80] Genital mutilasyon yapılmış kadınlarla yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda en sık belirtilen ruhsal etkiler ise anksiyete, ağrı, korku, hafıza kaybı, cinsel istekte azalmadır.[81,82] Dandash ve arkadaşları, genital mutilasyona uğramış kadınların seksüel fonksiyonlarında, psişik sorunların da eklenmesi ile cinsel istek azlığı, orgazma ulaşmada sorunlar ve disparanoya gibi son derece olumsuz etkilenmeler rapor etmişlerdir.[83]

Genital mutilasyonun yok edilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde işbirliği kurulması gerekmektedir. Halkın ve toplum liderlerinin eğitimi ile dini liderlerle işbirliği yapılması bu uygulamayı yok etmenin en iyi yoludur. Kadın genital mutilasyonunun, kadın ve çocuk sağlığı üzerine yarattığı olumsuz etkileri konusunda insanlarda farkındalığın artırılması, devletlerin genital mutilasyona karşıtı olan politikaları benimsemesi ve yasal önlemler alması ile kadın genital mutilasyonu tümüyle önlenebilir.[84]

Meme Kanseri ve Jinekolojik Kanserler

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda en sık tanısı konulan birinci, ölüme neden olan ikinci kanser türüdür.[85] Ülkemizde meme kanseri sıklığının, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100.000 oranında olduğu tahmin edilmektedir.[86] Amerikan Kanseri Derneği'nin 2009 yılı verilerine göre, Amerika'da kadınlarda en sık tanısı konulan kanser vakaları sırasıyla meme, endometrium, over kanseri olarak sıralanmaktadır.[87] Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı kanser istatistiklerine göre, over kanseri (yüz binde 6.0), endometriyum kanseri (yüz binde 5.3) ve serviks kanseri (yüz binde 5.3) kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanserlerdir.[88]

Kanser tanısı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel fonksiyonlarını ve sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu girişimler, kadının beden imajı, benlik saygısı ve partneriyle olan cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir.[89] Mastektomi sonrası kadınların hastalığın tekrarlamasına ilişkin korku duydukları ve meme kaybına ilişkin yoğun duygular yaşadıkları belirtilmektedir. Meme kanserli

hastalarda, aynı yaş grubundaki kadınlara göre depresyon ve ümitsizlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.[90]

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser kronik bir hastalık olup hem hasta, hem de hastanın ailesi bu süreçten etkilenir.[91] Kanser tanısı konan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir. Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlarla yansıtılmaktadır. Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur; kişi, bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlar. Hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilir.[92] Öte taraftan, beden imgesi bozulan hasta bundan sonra hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırır.[92,93] Ölümün çok yakınında olabileceğini bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır. Hastanın fiziksel hastalığının şiddeti, gidişi ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu zamanla doğrudan etkileyecektir. Bu nedenle tıbbi tedaviye ek olarak hastanın psikososyal desteğe de gereksinmesinin olduğu unutulmamalıdır.[94]

Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk oranının yüksek (%30-40) olduğu belirtilmektedir. En sık belirtilen psikopatoloji major depresyondur. Major depresyon, kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup, hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyumu, zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir.[94]

Kanserde hemşirelik girişimleri; erken tanının önemini vurgulamaktan başlayarak, terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır.[95] Birincil hemşirelik girişimleri arasında kanseri önleme ve kanser kontrolü yer almaktadır.[95,96] Hemşire, tüm kadınlara her ay kendi kendine meme muayenesi yapmalarını sağlayarak, emzirmeyi teşvik ederek, 40 yaşın üzerindeki kadınları yıllık mamografi taramalarına yönlendirerek, meme kanserinden korunmayı sağlamalıdır. Vulva kanserinden korunmak için, kadınları düzenli aralıklarla vulvalarını muayene etmeleri konusunda teşvik etmeli [2] ve tehlikeli belirtilerine karşı kadınları bilgilendirmelidir.[97] Hemşire, serviks kanserini önlemek adına, tek eşliliği yada kondom kullanımını teşvik etmelidir. Bazı çalışmalarda, endometriyum kanseri ile günlük kalori miktarının artması arasında güçlü bağlantı olduğu bildirilmektedir.[96,98] Bu nedenle hemşire, kilo kontrolü ve beslenmenin önemini vurgulamalıdır. Kaaks ve Lukanova yaptıkları bir çalışmada, endometriyum, kolon ve meme

kanseri ile kilo artışı ve yetersiz aktivite arasında güçlü bir ilişki olduğunu, kilo artışının bu tür kanserleri arttırıcı endokrin değişikliklere yol açtığını belirtmişlerdir.[98]

Kanserlerde ikincil hemşirelik girişimleri, kanserli hastanın bakımını kapsamaktadır. Temel fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi, ameliyat bölgesinin korunması, hastanın durumundaki değişikliklerin izlenmesi, yorumlanması ve kaydedilmesi, aseptik uygulamalarla ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, solunum işlevlerinin sürdürülmesi, pasif egzersizlerin yapılması, ağrının analjeziklerle kontrol edilmesi, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyonun yapılması, hastanın radyoterapi ve kemoterapi için hazırlanmasını kapsar. Kemoterapi tedavisi sırasında hemşireler, uygulanacak ilacın dozunu, uygulama yolunu, yan etkilerini ve toksisite derecesini bilmelidirler. Radyoterapi uygulamalarında, uzaklık ve koruma ilkelerine göre özel önlemler alınmalıdır.[97]

Kanserde üçüncül hemşirelik girişimleri, hastanın rehabilitasyonunu ve yaşama hazırlanmasını kapsamaktadır. Kanser hastasının fiziksel rehabilitasyona, emosyonel ve psikososyal desteğe gereksinimi vardır.[99] Rehabilitasyonun amacı, kayba odaklanmak yerine, var olan güç ve yeteneklerle fiziksel fonksiyonların düzeltilmesi, gelecekte oluşacak komplikasyonların önlenmesi ve destek sistemlerinin yeniden düzenlenmesini içerir.[100] Kanser hastalarının rehabilitasyon gereksinimi, multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması gereken bir durumdur.

Kadına Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır.[3] Kadına yönelik şiddet, kadının bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit etmektedir. Şiddet, kadına güçsüzlük, utanma, korku, suçluluk ve kırgınlık gibi iç içe geçmiş çelişkili duygular yaşatmaktadır.[101]

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kadının yaşam boyunca şiddet görme olasılığı %16'dan %50'ye kadar değişmektedir.[3] Ülkemizde ise Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonuçlarına göre her 10 kadından 4'ü fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Bölgeler açısından bakıldığında Marmara Bölgesi'nde yaşayan kadınlar arasında şiddet (fiziksel+cinsel) görülme oranı %25 civarında iken, Doğu Anadolu'da %50'nin üzerine çıkmaktadır. Türkiye genelinde evlenmiş kadınların %15'i cinsel şiddete hayatlarının herhangi bir döneminde

maruz kalmıştır. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça gördükleri şiddet oranı azalmaktadır. Refah düzeyi düşük olan kadınların yaşamları boyunca şiddet görme olasılığı %50 iken, yüksek sosyoekonomik düzeydeki kadınlarda bu oran %29'a düşmektedir. Ülke genelinde kadınların %44'ü duygusal istismarı yaşamının herhangi bir döneminde yaşamıştır. Kadınların %23'ü eşi ve birlikte olduğu kişinin, kendinin çalışmasına engel olduğunu ya da işten ayrılmasına neden olduğunu belirtmiştir.[102]

Ev içi şiddet bireyde fiziksel ve ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün ve sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Ayrıca ev şiddetten zarar gören bireylerin fiziksel, ruhsal tedavileri için yapılan harcamalar toplum ekonomisini etkilemekte ve şiddet durumu toplumsal, ekonomik kalkınma için bir engel oluşturmaktadır. Aile içi şiddetin kadın üzerindeki etkileri şu şekilde olmaktadır; post travmatik stres bozukluğu, bedeni üzerindeki kontrolde azalma, benlik saygısında azalma, kendini değersiz hissetme, madde kötüye kullanımı, para harcaması, tekrarlı veya dürtüsel davranışlar, somatik yakınmalar, depresyon, intihar düşünceleridir.[103]

Temel sağlık hizmetleri doğrultusunda ev içi şiddete yaklaşımda hemşirelik yaklaşımları birincil, ikincil, üçüncül koruma basamakları çerçevesinde ele alınmaktadır. Birincil korumada aile içi şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almak amaçlanır. Bu amaca ulaşmak için hemşireler öncelikle risk gruplarını belirlemeli, sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlemelidir. Ev içi şiddet için birincil koruma stratejileri; risk faktörlerini belirleme, beyin yaşadığı gerginliği azaltma, sosyal desteği artırma, bireyin baş etme becerilerini artırma, yaşam stresörleri ile daha etkin baş etmelerini sağlama, benlik saygısını artırma gibi girişimleri içermektedir.[103] İkincil koruma şiddetin ortaya çıkardığı yetersizlikleri veya uzun süreli etkilerini azaltmak için erken müdahaleyi içerir ve şiddeti durdurmayı amaçlar. Ev içi şiddet için ikincil koruma stratejileri; şiddetin olduğu aileleri, risk altındaki birey/bireyleri ve şiddet kullanan bireyi saptamak, şiddet yönünden bir bulgu saptadığında derhal müdahale etmek, şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların bakımını sağlamak, bakımı sürdürmek için toplumdaki hizmet birimleri ile işbirliği yapmaktır.[103,104] Üçüncül korumada birey ve aileye danışmanlık yapılarak iyileşme ve rehabilitasyon süreci kolaylaştırılır. Şiddet mağduruna grup desteği sağlanır. Ailenin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesi, problem çözme becerilerini kullanması desteklenir, uygulamaların sonuçları izlenir. Şiddetin sona erdiği bu aşamada aileye danışmanlık hizmeti devam etmelidir.[103]

Klimakteriyum ve Yaşlılık Dönemi Sorunları

Altmışbeş yaş üzerindeki döneme yaşlılık dönemi denmektedir. Ülkemizde 2009 Nüfus Sayımı Sonuçlarına göre nüfusun %7'si 65 ve daha yukarı yaş grubundadır.[105] Önlenebilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı yaşam süresi artmakta ve nüfus giderek yaşlanmaktadır.[2]

Yaşlılık dönemi çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara sahne olmaktadır. Yaşlıların sayısındaki artışla beraber, kronik hastalık oranı da artmaktadır. Öte yandan, fonksiyonlardaki azalma ve kronik hastalıklar, yaşlı kişilerin başkalarına bağımlı duruma geçmelerine neden olmakta ve yaşlılar bir taraftan sağlık sorunları ile uğraşırken, diğer taraftan da sosyal sorunların üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar.[2] Bu sorunlardan bazıları; klimakterik dönem sorunları, yaşlı istismarı - ihmali ve yoksulluktur.

Klimakterik Dönem Sorunları

Klimakteriyum, kadın yaşamının üreme dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan bir geçiş dönemidir. Klimakterik dönem sadece kadını etkileyen bazı fizyolojik değişikliklerin olduğu bir dönem değil aynı zamanda yakınmalar ve hastalık süreci ile aile ve toplumu da önemli ölçüde etkileyen sorunlu bir dönemdir.[2]

Menopoz son menstrüasyonu tanımlayan bir terimdir. Türkiye'de ortalama menopoz yaşının 48-51 arasında olduğu rapor edilmektedir.[106] Kadınlarda menopozla birlikte estrogen eksikliğine bağlı olarak çeşitli dokularda atrofi gelişmekte, sekonder seks karakterlerinde gerileme olmakta, cilt kalınlığı azalmakta, osteoporoz ve kardiyovasküler değişiklikler gelişmektedir. Bozulan karbonhidrat, lipid ve protein metabolizması nedeniyle hiperglisemi ve vasküler bozukluklar ortaya çıkmaktadır.[107]

Menopoz kronik hastalıkları tetiklediği gibi ruhsal sıkıntılara da neden olabilmektedir. Düzenli menstrüasyon olmanın birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, menopozun kadınlığın kaybı olarak değerlendirilmesine yol açabilmektedir. Bu dönem doğurganlığın ve gençliğin yitimi ile birlikte ruhsal sorunlara neden olabilecek önemli bir kaynaktır.[108] Dünyada yaşlı nüfusun artması ile menopoz sonrası dönem giderek uzamakta ve bu dönemde yaşanan ruhsal sorunlar önem kazanmakta ve daha çok ilgi çekmektedir. Menopozu girmiş kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda kadınların büyük bir kısmının (%42-55 arası) adetlerin sonlanması ile rahatladıklarını yaşamlarının daha iyiye gittiğini belirtirken, %2-20 arasında değişen oranlarda

depresyon ya da kederli düşünceye sahip olmaya başladıkları saptanmıştır.[109] Varma ve arkadaşlarının menopoza giren kadınlarla yaptığı çalışmada da menopozla birlikte yaşlılık başlangıcı ve işe yaramazlık gibi düşüncelerin ortaya çıktığı bildirilmiştir.[110]

Dış çevreyle ilişkileri kısıtlı olan, ev yaşamı dışında başka bir etkinliğe katılmayan kadınlarda bu dönem daha sıkıntılı yaşanmaktadır. Menopozdaki psikolojik yakınmalarda, biyolojik ve psikolojik etkenlerin yanında kuşkusuz kültürel, toplumsal, ailesel etkenler de söz konusudur. Yaşla birlikte kadınların toplumdaki saygınlığı, özgürlüğü, değeri, rolü ve kabul edilebilirliklerinin arttığı toplumlarda menopoza ilişkin sorunlar daha azdır.[111] Geleneksel toplumlarda yaş ile birlikte kadının statüsü yükselmekteyken; batı toplumlarında doğurganlığa, güzelliğe ve gençliğe verilen önem nedeniyle menopoz dönemi daha zor bir hale gelmektedir.[109]

Klimakterik dönem sorunlarında hemşirelik yaklaşımları arasında öncelikli amaç, durum saptamasıdır. Hemşire klimakterik şikayetler olan bir kadının öncelikle klimakteriyum hakkında ne kadar bilgisinin olduğunu değerlendirmelidir. İkinci olarak kadını stres yarayan yaşantıları konusunda konuşmaya teşvik etmelidir. Böylece durumunu daha gerçekçi algılamasına yardım eder ve stres ile baş etme becerileri gözden geçirilir.[2]

Yaşlı İstismarı ve İhmali

Yaşlı istismarı üç temel grupta incelenmektedir: Ailesel, kurumsal ve kendi kendini ihmal. Ailesel istismar, yaşlı bireye kendi evinde veya bir bakıcının evinde ekonomik, fiziksel yada duygusal şiddet uygulamasıdır. Kurumsal istismar, yaşlı kişilerin yaşamlarını sürdürmeleri için oluşturulmuş yerlerde, yaşlı bireye kötü muamelede bulunulmasıdır. Kendi kendini ihmal, yaşlı bireyin sağlık veya güvenliğini tehdit eder bir şekilde, kendini ihmal etmesidir.[112]

Uysal yaşlılara yönelik kötü muamele tiplerini sıklığına göre, ihmal (%58.5), fiziksel istismar (%15.7), ekonomik istismar (%12.3), duygusal istismar (%7.3) ve cinsel istismar (%5) olarak sıralamaktadır. Yaşlı kadınların yaşlılarındaki erkeklerden daha fazla istismar ve ihmale uğradıklarını ve bu mağduriyete çoğu zaman birinci derecedeki yakınlarının neden olduklarını bildirmektedir.[113]

Yaşlı istismar ve ihmali önlemede atılacak ilk adımın, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi, tanılabilir beceri ve duyarlılıklarının artırılması olduğu kabul edilmektedir.[114] Yaşlı istismar ve ihmalden birincil korumada hangi yaş grubunda olursa olsun, şiddet ve istismarı önlemede

toplumsal yaklaşım esastır.[115] İstismar edilen yaşlının yardım alabileceği kuruluşlar ile (polis, sığınma evleri, bakım yurtları gibi resmi ve gönüllü kuruluşlar) işbirliği oluşturulması gereklidir. İkincil koruma erken dönemde vaka bulmayı ve müdahale etmeyi kapsar. Erken dönemde tespit edebilmede gözlem becerisi çok iyi kullanılmalıdır. Ev ziyaretleri sırasında veya herhangi bir yaralanma nedeni ile kuruma gelen yaşlı bireyin ürkek bakışları, kaçamak yanıtları, depresif halleri ayrıntılı olarak araştırılarak değerlendirilmelidir. Eğer istismardan şüpheleniliyorsa yaşlı birey ile yalnız görüşülmeli ve doğrudan istismara yönelik soru sormaktan kaçınılmalı, tehditkâr olmadan ve yargılamadan basit sorular sorularak veri toplanmalıdır.[116] İkincil korumada yer alan diğer uygulamalar arasında ilgili kurumlara yada koruyucu servislere vakaları bildirme, istismar eden ve edilene belirlemede değerlendirme araçlarını kullanma, krize müdahale stratejileri oluşturma ve gerekli ise acil tıbbi tedavi, istismarcıya yasal cezalar, istismar eden ve edilene sık ziyaret, istismar edeni tedavi etme, istismar eden ve edilene ekonomik yardım, ev bakım hizmetleri, yaşlı çiftlere evlilik danışmanlığı yer almaktadır.[117] Üçüncül koruma ise aile üyeleri ve yaşlıya yönelik rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini kapsar.[118] Üçüncül korumada yer alan diğer uygulamalar arasında konuşma terapileri, günlük yaşam aktivitelerine yardım, sosyal aktiviteler, günlük programlar, toplumsal aktiviteler, danışmanlık ve psikoterapi, aile danışmanlığı, alternatif yaşam olanakları, ev ortamını düzenleme, destek grupları, yaşlı eğitimi yer almaktadır.[119]

Yoksulluk

Ülkelerin çoğunda yaş ve cinsiyete bağlı yoksulluk verileri, yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden daha yoksul olduğunu göstermektedir. Kadınlar ve erkekler yoksulluğu farklı bir biçimde yaşamakta, yoksulluk süreci kadın ve erkekleri farklı biçimlerde etkilemektedir. Farklı etkileme politika notlarında da yansımasını bulmuş ve 1995'te 4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Planında "yoksulluğun kadınlaşması" ifadesi yer almıştır. Aile yapısının değişmesi, boşanmaların artması, evlilik dışı çocuk sahibi olma oranının artması ve çocukların sorumluluğun kadınlar tarafından alınması gibi nedenler yoksulluğun kadınlaşmasını açıklamak için kullanılmıştır. Kadın yoksulluğunun iki belirleyici özelliği bulunmaktadır; işgücü piyasasındaki konumu ve eğitim imkânlarından yararlanma durumu. İşgücü piyasasına katılımın düşük olmasının yarattığı sonuç kadının erkeğe ömür boyu bağımlılık ilişkisidir. İstihdama katılımın düşük olmasına paralel bir biçimde istihdamın sağladığı olanaklardan yararlanamamak, sağlık hakkına eş üzerinden ulaşmak bu bağımlılığın temel sonuç-

larıdır. Eğitim olanaklarından yeterince yararlanamamaları nedeniyle kadınların mesleki becerilerinin eksik olması, aile içindeki konumları, iş gücü piyasasının uysal bireyleri olmaları, örgütlenme kapasitelerindeki eksiklikleri nedeniyle uzun çalışma saatlerine ve sigortasız çalışmaya ses çıkarmadıkları gözlenmektedir.[120]

Kayıt dışı istihdam 2007 yılında kırsalda %66.6 (kadın %89.1; erkek %55.3), kentsel yerlerde %33.4'dir (kadın %36.6; erkek %32.5). 2008 Aralık verilerine göre ise, toplam kadın istihdamının %58'i kayıt dışı çalışmaktadır. Erkeklerde bu oran %38'dir.[121] Türkiye'de kadınların istihdama katılım oranlarının bu denli düşük olması, ücretsiz aile işçisi olarak çalışmanın yüksek oranda gerçekleşmesi kadınların aileye-erkeğe bağımlılığını artıran, yaşam seviyesini erkeğin elde ettiği gelire bağlayan bir durumu ortaya çıkarmaktadır. İnsani Yoksulluk İndeksinde okuma yazma, okullaşma, sağlık hizmetinden yararlanma vb. verilere bakıldığında, zaman içinde kadınların yaşam koşullarında iyileşme olduğu halde gelirlerinde aynı iyileşmenin meydana gelmediği görülmektedir. İyileşme ailenin gelirine bağlı olarak, erkeğe bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yine ev ekstenli çalışanların büyük bir bölümünü kadınlar oluşturmaktadır.[120]

Ülkemizde emekli memur, işçi ve esnaflar ile 2022 Sayılı yasa gereğince altmış beş yaş ve üstü muhtaç yaşlılara ödenen aylıkların genel itibariyle düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yaşlıların emeklilik sonrası yaşamlarını tatmin edici bir düzeyde sürdürebilmeleri için gerekli ekonomik güvenceden yoksun oldukları ve ekonomik sıkıntılar yaşadıkları söylenebilir. Yaşlılıkta yoksulluk konusunda üzerinde durulması gereken bir diğer husus da; sosyal güvencesizlik, düşük maaşları ve ortalama yaşam beklentisinin erkeklerden daha yüksek olması nedeniyle bu nedenle kadın yoksulluğunun daha derinden yaşanmasıdır. Nitekim, ülkemizde yaşı altmışın üzerinde olan 3.2 milyon kadının yüzde doksanından fazlası yoksulluk sınırının altında kalan bir gelire yaşamını sürdürmektedir.[122] Çocukların bakımı ve ev işleri gibi sorumluluklardan dolayı kadınlar genel olarak iş gücüne erkeklerden daha az katılmakta ve bu da ileri yaşlarda kadınların maddi koşullarını olumsuz biçimde etkilemektedir. İçli yaşlı kadınların erkeklere göre hem daha düşük bir gelire sahip olduklarını; hem de menkul ve gayrimenkul sahipliği gibi kaynaklar açısından daha fazla eşitsizlik yaşadıklarını bildirmektedir.[123]

Sosyal yardımların yoksulluğun sonuçlarını hafifletme anlamında önemli olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıkmaktadır. Bağımlılığı artıran, seçme şansını elinden alan sürekliliği olmayan, koşulları belirsiz aynı yardımlar yerine hak temelli, süreklilik, düzenlilik ve nakdi olma özelliklerini içinde barındı-

racak bir biçimde yardım mekanizması yapılandırılmalıdır. Yoksulluğa karşı kurumsal düzeyde kamu kaynaklarını harekete geçirecek politikalar oluşturulmalıdır. Kadın yoksulluğu ile mücadelenin önemli bir ayağını da güçlendirme çalışmaları oluşturmaktadır. Güçlendirme kadının yapabilirliklerinin farkına varmasını, hayatı üzerine düşünmesini ve müdahale etmesini beraberinde getirecektir. Toplumsal eşitsizliklerin temelinde eşitsiz güç ilişkileri yer almaktadır. Yoksulluk elbette salt bir kadın sorunu değildir ancak kadınların daha yoksul olmasının ve etkilerini daha derinden hissetmesinin gerisinde hem toplumsal düzlemde hem de hane içinde kadınla erkek arasında var olan eşitsiz güç ilişkileri bulunmaktadır. Bu güç ilişkilerini değiştirerek, insan odaklı politikalar uygulayarak, eşitliğe ve iyi yaşam koşullarına doğru yol alınabilir.[120]

Sonuç

Tüm dünyada nüfusun yarısını oluşturmalarına rağmen, cinsiyetlerinden dolayı kadınlar şiddete, ayrımcılığa, çeşitli hastalıklara ve psikososyal sorunlara daha fazla maruz kalmaktadır. Menstrual sorunlar, gebelik, doğum ve ailenin diğer bireylerin bakımını üstlenme gibi durumlar kadının stres faktörlerini arttırmaktadır. İş hayatına kadınlar erkeklere oranla daha az katılmakta ve daha az kazanmaktadırlar. Yaşlanmaya bağlı sorunlar kadınlar için hem bedensel hem de psikososyal açıdan zorlayıcı olmaktadır. Toplumsal ve kültürel etkenler, aile yapısı, kadının yaşamındaki olumlu/olumsuz olaylar ve kişilik özellikleri de tüm hayatı boyunca kadının yaşadığı ruhsal sorunlara rengini vermektedir. Bu nedenle kadının sağlık bakımı yaşam döngülerine göre doğumundan ölümüne kadar bir bütün olarak ele alınması gerekir. Sağlıklı kadın, sağlıklı toplum demektir. Bu nedenle kadına özgü stres alanları sorgulanarak yardım için uygun kanallara yönlendirilmelidir.

Kadının sağlık gelişiminin sosyokültürel, ekonomik ve çevresel birçok faktörün etkisiyle olduğu, bireyin sağlığı ile ilgili şu anki durumu bir önceki dönemin sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu unutulmamalıdır. Bu bilinçle kadınların ruhsal durumlarını değerlendirmeye yönelik hemşirelik hizmetlerinin sağlanması, kadınlarda ruhsal hastalıklar konusunda hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, kadınlarda ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri ve uygulamalarına ilişkin farklı desenlerde araştırmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu: Birinci basamakta ruh sağlığı eğitim programı. *Kriz Dergisi* 2004; 12:41-45.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.
3. World Health Organization. Gender and women's mental health. http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen. (14 Ekim 2008'de ulaşıldı).
4. Akdeniz F, Gönül S. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 2:70-74.
5. Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7:11-14.
6. Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)* 2006; 15:134-138.
7. Center For Genetics and Society. Sex selection. <http://www.geneticsandsociety.org/article.php?list=type&type=29> (2 Şubat 2010'da ulaşıldı).
8. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Toplumsal cinsiyet eşitliği. <http://www.ailecisisiddet.net/egitim/set/Toplumsal-Cinsiyet-Esitligi.pdf>. (8 Temmuz 2010'da ulaşıldı).
9. Özdemir O, Ocaktan E, Kanyılmaz D. Toplumlarda cinsiyet oranı ve etkilendiği düşünülen faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2005; 58:180-188.
10. Parliamentary Office of Science And Technology. Sex selection. Postnote 2003; 198:1-4.
11. Lhila A, Simon KI. Prenatal health investment decisions: Does the child's sex matter. *Demography* 2008; 45:885-905.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF570BA9B95413E3FB>. (4 Şubat 2010'de ulaşıldı).
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. TNSA 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa-2008_on_rapor-tr.pdf. (10 Nisan 2009'da ulaşıldı).
14. World Health Organization. Breastfeeding <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. (4 Şubat 2010'da ulaşıldı).
15. Cowan B. Let her die. *Indian J Matern Child Health* 1990; 1:127-128.
16. Kulsoom U, Saeed A. Breast feeding practices and beliefs about weaning among mothers of infants aged 0-12 months. *J Pak Med Assoc* 1997; 47:54-60.
17. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Korumaya Hekimlik Bülteni* 2007; 6:331-335.
18. Seçkin RÇ. Çocuk ihmal ve istismarı. http://www.halk-sagligi.uludag.edu.tr/seminaler/cocuk-ihmal_ve_istismari.pdf. (5 Kasım 2008'de ulaşıldı).

19. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara, 2007.
20. Erdoğan E. Çocuk istismarı. [http:// www.ctf.istanbul.edu.tr/anabilimdallari/pdf/109/cocuk_istismari.pdf](http://www.ctf.istanbul.edu.tr/anabilimdallari/pdf/109/cocuk_istismari.pdf). (4 Kasım 2008'de ulaşıldı).
21. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47:140-151.
22. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am 1999; 17:575-593.
23. Gürhan N. Çocuk ihmali ve istismarını önlemede hemşirenin görev ve sorumlulukları. 2. Uluslararası Katılımlı Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Sempozyumu, 8-10 Mayıs 2008, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa:23.
24. Erbil N, Divan Z, Önder P. Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. Aile ve Toplum Dergisi 2006; 3:7-15.
25. Özcebe H. Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2002; 11:374-377.
26. Tamar D, Ögel K, Çakmak D. Ergenlik döneminde madde kullanımı Ege Psikiyatri 1997; 2:502-519.
27. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye'de ortaöğretim kurumlarına devam eden öğrencilerde ve ceza infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü çocuklarda şiddet ve şiddeti etkileyen etkenlerin saptanması çalışmaları 2007. [http:// www.tuik.gov.tr/jsp/gosterge](http://www.tuik.gov.tr/jsp/gosterge). (9 Haziran 2009'da ulaşıldı).
28. Tezcan S, Özcebe H, Subaşı N, Üner S, Telatar TG. Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Ruhsal Sağlık Düzeyleri ve Madde Kullanım Boyutlarının Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Ankara, 2006.
29. Güler A. Ergenlerde madde bağımlılığı. [http:// www.halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2003-/ergenlerdemaddebagimlili_ayse.pdf](http://www.halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2003-/ergenlerdemaddebagimlili_ayse.pdf). (5 Kasım 2008'de ulaşıldı).
30. Demirel F, Bideci A, Çamurdan O, Yeşilkaya E, Cinaz P. Bilinçsiz zayıflama diyeti uygulayan ergen kızlarda gelişen hipotiroidi: Olgu sunumu. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2005; 14:188-191.
31. Küey AG. Yeme bozuklukları. Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 2008; 63:81-83.
32. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62:25-30.
33. Maner F, Aydın A. Yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi 2007; 1:23-36.
34. Herpetz-Dahlman B. Outcome in adolescent anorexia nervosa. Acta Neuropsychiatrica 2002; 14:90-98.
35. Hedlund S, Fichter MM, Quadflieg N, Brandl C. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. Eat Weight Disord 2003; 8:26-35.
36. Kuruoğlu AÇ. Yeme bozukluklarında genetik etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10:32-37.
37. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Erol S. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3:147-152.

38. Maner F, Aydın A. Yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı tedavi. [www.kdtd.org/admin/download/data/YemeBozbuli%C5%9Fseltedavi%20RCHP%20II%20\(2\)%20Fulya%20Maner.doc](http://www.kdtd.org/admin/download/data/YemeBozbuli%C5%9Fseltedavi%20RCHP%20II%20(2)%20Fulya%20Maner.doc). (12 Mart 2010'da ulaşıldı).
39. TC. Adalet Bakanlığı. Türk Medeni Kanunu. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>. (12 Mart 2010'da ulaşıldı).
40. Arın MC. Yeni Medeni Kanunun yaşamımıza getireceği değişiklikler. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/yeni_medeni_kanun.pdf. (12 Mart 2010'da ulaşıldı).
41. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4:50-54.
42. Gümüştüre Ş. İstanbul'da bir gençlik merkezi deneyimi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adölesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi 2008; 63:29-32.
43. The Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4a2f69572.pdf>. (31 Mart 2010'da ulaşıldı).
44. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. (31 Mart 2010'da ulaşıldı).
45. Saruhan A, Ünsal Ş. Kürtajda suçluluk. Hemşirelik Forumu 2003; 6:19-26.
46. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1):47-54.
47. Özvarış ŞB, Ertan AE. Üreme sağlığında yaşamboyu yaklaşımı. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/ureme_sagliginda_yasam_boyu.pdf (17 Haziran 2010'da ulaşıldı).
48. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Korumaya Hekimlik Bülteni 2007; 6:479-484.
49. Gamble JRN. Women's preference for a cesarean section. Birth 2001; 28:101-110.
50. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008; 62:349-354.
51. Marakoğlu K, Şahsivar Ş. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science 2008; 28:525-532.
52. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. J Clin Psychiatry 1997; 58:26-32.
53. Downs DS, Dinallo JM, Kirner TL. Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. Ann Behav Med 2008; 36:54-63.
54. Tezel A. Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. Yeni Symposium 2006; 44:49-52.
55. Mills EP. Depression, anxiety and childbirth depression. Anxiety & Childbirth <http://www.pndsa.co.za/research.htm>. (30 Ekim 2008'de ulaşıldı).

56. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14:54-58.
57. Akdolun BN. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6:42-49.
58. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörle-rin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002; 41:229-232.
59. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11:112-121.
60. Jedrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Szyfter J, Przewoźna J, Tazarek-Hauke G, Pawelczyk L. Feelings and emotions in women treated for infertility. *Przegl Lek* 2004; 61:1334-1337.
61. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24:267-271.
62. Jirka J, Schuatt S, Foxal JM. Loneliness and social support in infertile couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25:55-59.
63. Çek S. YÜT'de hemşirenin ekip içerisindeki rolü. http://www.inferder.org/images/yutte_hemsirenin_ekip_icin_rolu.ppt. (25 Aralık 2008'de ulaşıldı).
64. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2:46-59.
65. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 3:3-13.
66. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Buvat J, Gingeli C et al. Prevalence of sexual problems among men and women aged 40 to 80 years: results of an international survey. 2nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunction, June 28-July 1 2003, France.
67. Çayan S, Akbay, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. Türk kadınlarında cinsel fonksiyon prevalansı ve cinsel fonksiyonları bozabilecek potansiyel risk faktörleri. *Androloji Bülteni* 2004; 17:179.
68. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4:111-136.
69. Babayigit MA, Bakır B. HIV enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyolojisi ve korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004; 3:280-290.
70. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Araştırma ve Tedavi Merkezi. Niğde Valiliği Niğde İl Sağlık Müdürlüğü. 1 Aralık Dünya AIDS Günü. http://www.nsm.gov.tr/tr_TR/haber_detay.asp?haberID=343. (3 Haziran 2009'da ulaşıldı).
71. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Araştırma ve Tedavi Merkezi. Türkiye'de HIV/AIDS vakalarının yıllara göre dağılımı. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/araklik2008.shtml>. (28 Nisan 2009'da ulaşıldı).
72. Tabak F. Viral hepatitler. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlik-leri. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar Sempozyum Dizisi* 2007; 55:195-214.

73. Akın L. Türkiye’de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science 2006; 26:655-665.
74. Aksu T. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/214_8_kadin1_18.sayı.pdf. (8 Kasım 2008’de ulaşıldı).
75. Clinical Prevention Guidance. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report 2006; 55:11.
76. Miller KE, Ruiz DE, Graves JC. Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases. Am Fam Physician 2003; 67:1915-1922.
77. World Health Organisation Division Of Health Promotion, Education And Communication Health Education And Health Promotion Unit. WHO Global School Health Initiative. Health Promoting Schools. 1998. Geneva, Switzerland. http://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf. (20 Nisan 2009’da ulaşıldı).
78. İnal M. CYBE-infertilite ilişkisi ve doğurganlık. 5. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa:178.
79. Işın G. Asıl soru hangisi? PIVOLKA 2003; 2:13-19.
80. Yeni E. Kadında sirkumsizyon ve genital mutilasyon. Androloji Bülteni 2004; 18:261-263.
81. Elnashar A, Abdelhady R. The impact of female genital cutting on health of newly married women, Int J Gynaecol Obstet 2007; 97:238-244.
82. El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation and its psychosexual impact, J Sex Marital Ther 2001; 27:465-73.
83. Dandash, KF, Refaat AH., Eyada, M. Genital mutilation: a descriptive study. J. Sex Marital Ther 2001; 27:453:458.
84. Aktaş S, Çalık KY. Kadın genital mutilasyonu. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2010; 19:30-37.
85. Ünal H. Meme Kanserli Hastalara Cerrahin Bakış Açısı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 119 Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62:119-126.
86. Özmen V. Breast cancer in the World and Turkey. J Breast Health 2008; 4:6-12.
87. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2009. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/500809webpdf.pdf>. (15 Temmuz 2010’da ulaşıldı).
88. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. 2005 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. <http://www.ketem.org/istatistik.php>. (15 Temmuz 2010’da ulaşıldı).
89. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın sağlığına etkileri. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7:35-40.
90. Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2):108-114.
91. Can G. Kanserde cinsel sağlık. Androloji Bülteni 2004; 19:355-356.
92. Ulutin HC. Kanserli hastada psikolojik sorunlar. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi 2006; 9:39-41.

93. Mete HE, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi* 2001; 4:184-191.
94. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 8):58-63.
95. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12:21-26.
96. Furniss K. Tomatoes, pap smear, and tea? adopting behaviors that may prevent reproductive cancers and improve health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; 26:641-650.
97. Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9:88-97.
98. Kaaks R, Lukanova A. Effects of weight control and physical activity in cancer prevention: role of endogenous hormone metabolism. *Ann NY Acad Sci* 2002; 963:268-281.
99. Lammers SE, Schaefer KM, Ladd EC et al. Caring for women living with ovarian cancer: recommendations for advanced practice nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; 26:567-573.
100. Carlsson ME, Strang PM. Educational group support for patients with gynaecological cancer and their families. *Support Care Cancer* 1996; 4:102-109.
101. Taş AK, Uyanık D, Karakaya Z. Şiddeti içselleştiren kadın profili: Türkiye için güncel bir yaklaşım 1993. www.die.gov.tr/tkba/english_tkba/makaleler.htm-12k. (17 Ekim 2008'de ulaşıldı).
102. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-Institut Public Sector GmbH And BNB Danışmanlık (2009), Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008.
103. ICN (International Council of Nurses) (2001) Nurses, always there for you: united against violence. International Nurses' Day 2001. www.icn.ch/indkit2001.htm (30 Ekim 2008'de ulaşıldı).
104. Gürsoy E. Kadına yönelik şiddete yaklaşımda hemşirenin yeri ve önemi. 1. Kadın Sağlığı Kongresi, 20-22 Mart 2008 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı Sayfa:148.
105. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2009 Nüfus Sayımı Sonuçları. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6178>. (16 Haziran 2010'da ulaşıldı).
106. Selam B, Topçuoğlu A. Menopozda hormon replasman tedavisi kullanımı ile ilgili tartışmalar ve güncel yaklaşım. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 3:38-43.
107. Saraçolu F. Menopoz ve hormon replasman tedavisi. *Geriatrici* 1998; 1:76-88.
108. Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L, Kültür S. Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10:268-274.
109. Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: result from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas* 1991; 13:65-79.
110. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2005; 8:109-115.

111. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:108-112.
112. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum 2002; 2:43-49.
113. Taşçı E, Saruhan A. Yaşlılık ve kadın. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22:187-198.
114. Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. Nurs Outlook 2005; 53:253-259.
115. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. International J Nurs Stud 2006; 43:203-214.
116. Koştü N. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. Özveri Dergisi 2005; 4 <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov4/ov4yasliistismari.htm>. (11 Haziran 2010'da ulaşıldı).
117. Callaghan J. Elder abuse and one community's response. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 1998; 11:6-11.
118. Sayan A, Durat G. Yaşlı istismarı ve ihmali: önleyici girişimler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7:97-106.
119. Kışsal A, Beşer A. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2009; 8(4):357-364.
120. Şener Ü. Kadın yoksulluğu. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Değerlendirme Notu 2009. http://www.tepav.org.tr/tur/admin/dosyabul/upload/TEPAV_DN_kadin_yoksullugu.pdf. (8 Temmuz 2010'da ulaşıldı).
121. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadının Durumu 2009, <http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/t%C3%BCrkiyede%20kadinin%20durumu%20SON%2005.05.2009.doc>. (8 Temmuz 2010'da ulaşıldı).
122. Danış MZ. Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanzlilik.pdf (8 Kasım 2008'de ulaşıldı).
123. İçli G. Yaşlılar ve yetişkin çocuklar. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008; 1:29-38.

Yazışma Adresi/Correspondence: Ayşe Koyun, Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Konya, Turkey. E-mail: ayse.koyun@hotmail.com