

HEMŞİRELİK ALANINDA  
AKADEMİK ÇALIŞMALAR  
(2024/1)

ARTİKEL AKADEMİ: 304

*Hemşirelik Alanında Akademik Çalışmalar - (2024/1)*

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN

ISBN 978-625-6627-43-7

Birinci Basım: Ekim - 2024

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

Baskı ve Cilt: Uzunist Dijital Matbaa Anonim Şirketi  
Akçaburgaz Mah.1584.Sk.No:21 / Esenyurt

Matbaa Sertifika No: 68922

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2024

Akademik etik kurallara bağlı kalınarak yapılacak olan alıntılar ve tanıtım maksadıyla yapılacak olan kısa alıntılar dışında, yazılı izni alınmadan, tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla, basımı, yayımı, kopyalanması, çoğaltımı veya dağıtımı yapılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.  
Koşuyolu Mah. Mehmet Akfan Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul  
Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708  
mail: info@artikelakademi.com  
www.artikelakademi.com

# HEMŞİRELİK ALANINDA AKADEMİK ÇALIŞMALAR

(2024/1)

Editör: **Dr. Öğr. Üyesi ABDULLAH SARMAN**

## YAZARLAR\*

Prof. Dr. Özlem OVAYOLU

Doç. Dr. Birsen ALTAY

Öğr. Gör. Dr. Ayşe ÇALMAZ

Öğr. Gör. Dr. Onur ÇETİNKAYA

Öğr. Gör. Dr. Selva Ezgi AŞKAR

Öğr. Gör. Dr. Serap KIRICI

Öğr. Gör. Burcu DAYSAL GÜLER

artikol  
akademi

İsim sıralaması akademik ünvanlar  
dikkate alınarak düzenlenmiştir.



# İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	7
1. BÖLÜM	
<b>BİR HEMŞİRELİK TEORİSİ YOLCULUĞU: MARGARET A. NEWMAN;     İNSAN BİLİNCİNİ GENİŞLETEN SAĞLIK TEORİSİ</b> .....	9
- Öğr. Gör. Dr. Ayşe ÇALMAZ	
2. BÖLÜM	
<b>ADÖLESANLARDA DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI VE     TEKNOLOJİNİN BİLİNÇLİ KULLANIMI</b> .....	29
- Öğr. Gör. Burcu DAYSAL GÜLER & Doç. Dr. Birsen ALTAY	
3. BÖLÜM	
<b>YAŞLILARDA SARKOPENİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> .....	45
- Öğr. Gör. Dr. Onur ÇETİNKAYA & Öğr. Gör. Dr. Selva Ezgi AŞKAR & Prof. Dr. Özlem OVAYOLU	
4. BÖLÜM	
<b>MENOPOZDA CİNSEL YAŞAMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER</b> .....	61
- Öğr. Gör. Dr. Serap KIRICI	
5. BÖLÜM	
<b>MENOPOZAL DÖNEMDE GÖRÜLEN SEMPTOMLAR     VE SAĞLIK SORUNLARI</b> .....	75
- Öğr. Gör. Dr. Serap KIRICI	



## ÖNSÖZ

Hemşirelik, insan vücuduna dokunan, onu olabilecek en üst seviyede rahatlatmayı amaçlayan çok yönlü bir meslektir. Bu kitapta hemşirelik mesleğine ve çalışma alanlarına ışık tutan güncel konuları ele alarak, sağlık profesyonellerine rehber olma amacını taşıyoruz.

Kitabımızda “Bir Hemşirelik Teorisi Yolculuğu: Margaret A. Newman; İnsan Bilincini Genişleten Sağlık Teorisi”, “Adölesanlarda Dijital Oyun Bağımlılığı ve Teknolojinin Bilinçli Kullanımı”, “Yaşlılarda Sarkopeni ve Hemşirelik Bakımı”, “Menopozda Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler”, “Menopozal Dönemde Görülen Semptomlar ve Sağlık Sorunları” başlıklı bölümler yer almakta olup, konularla ilgili güncel veriler ışığında ayrıntılı bilgiler verilmiştir.

Bu kitap, farklı yaş gruplarına yönelik bakım stratejilerini inceleyen bölümleriyle, hemşirelik alanında önemli bir kaynak olmayı amaçlamakta ve başta hemşireler olmak üzere sağlık profesyonellerinin mesleki gelişimlerine katkıda bulunmayı hedeflemektedir. Sağlık profesyonelleri için rehber bir kitap olarak, alana katkı sunulması amaçlanmaktadır.

Kitabın hazırlanmasında katkı sağlayan değerli akademisyenlerimize ve yazarlarımıza teşekkür ederim.

**- Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN**





# 1. BÖLÜM

## BİR HEMŞİRELİK TEORİSİ YOLCULUĞU: MARGARET A. NEWMAN; İNSAN BİLİNCİNİ GENİŞLETEN SAĞLIK TEORİSİ

**Öğr. Gör. Dr. Ayşe ÇALMAZ**

*Hitit Üniversitesi,*

*İskilip Meslek Yüksek Okulu, Çorum, Türkiye*

*aysecalmaz@hitit.edu.tr*

<https://orcid.org/0000-0002-8253-3956>

### 1. TEORİSYENİN ÖZGEÇMİŞİ

Teorisyen Margaret Ann Newman 10 Ekim 1933'te Memphis, Tennessee'de doğmuş ve tıpkı hastaların sağlık tahminleri, hayatlarındaki karmaşık ilişkiler ve olayların evrimleşmesi gibi, Newman'ın teorisi de hayatının anlamlı ilişkileri ve olayları bağlamında gelişmiştir (Alligood, 2014). Çocukken, felsefi eserleri okumayı seven Newman'ın babası sık sık ona **“Zihin, maddeden üstündür!”** diyerek Newman'a “bir duruma nasıl baktığının onun üstesinden gelmenin çeşitli yolları olabileceğini” erken öğretmiştir (Parker & Smith, 2010). Memphis, Tennessee'de sosyal ilişkileri gelişmiş bir çocuk olarak yetişen Newman, annesinin Baptist Kilisesi'nde sekreter olması etkisiyle Teksas Baylor Üniversitesi'ndeki koleje gitme kararını almıştır (Parker & Smith, 2010). Newman'ın hemşirelik mesleğine ilgisi Baylor'daki iki deneyim ile artmıştır (Alligood, 2014). Bunlardan birincisi, misyonerlik hizmetine girmeyi

istemesiyle olmuş ve fiziksel ihtiyaçlar tamamlanmadan insanların manevi refahına ulaşamayacağını hissetmiştir. İkinci ise Newman'ın bir hemşirelik öğrencisi olan oda arkadaşının bir kasırğa sonrasında yardıma çağırılması olmuş ancak bu iki yaklaşımda üniversitede okuduğu ev ekonomisi ve İngilizceyi değiştirmesi için güçlü olmamıştır (Parker & Smith, 2010; Alligood, 2014). Baylor Üniversitesi'nden mezun olduktan sonra Newman, amiyotrofik lateral skleroz (ALS) teşhisi konan annesine bakmak için Memphis'e dönmüş ve genç bir kadın olarak gözleri dışındaki tüm kasların hareketini aşamalı kaybeden annesini imkansız olacak şekilde tümüyle tanımaya çalışarak bakım vermiştir (McEwen & Wills, 2014). Hastalığın gidişatını bilmeyen Newman, gün geçtikçe hastalık ile yaşamayı öğrenmiş ve annesinin 5 yıl boyunca süren bakım süreci, onun için dönüştürücü bir süreç olmuştur. Newman **“her günün değerli olduğunu ve kişinin yaşam zamanının şimdiki zaman içinde bulunduğunu”** annesine bakım verdiği sürece öğrenmiş, bu süreç Newman'da iki önemli noktayı düşünmesine sebep olmuştur. Bunlardan ilki, sadece bir hastalığa sahip olmanın bir kişiyi sağlıklı yapmaması; Newman'ın annesinin hayatı hastalığa bağlı olmasına rağmen, hayatı onun tarafından tanımlayarak 'kronik ve ilerleyici bir hastalığın ortasında sağlık ve bütünlük yaşanabilir' düşüncesi olmuştur. İkincisi ise zamanın, hareketin ve mekanın bir şekilde sağlıkla ilişkili olması düşüncesi olmuştur. Newman'ın annesinin ALS nedeniyle yaşadığı hareket kısıtlamaları zaman, mekan ve bilinç deneyimini değiştirmiştir. Fiziksel olarak hareketsiz annesine bakarken, Newman kendi hareketi, alanı, zamanı ve bilincinde benzer değişiklikler yaşamıştır. Margaret Newman ve annesi hastalık öncesi çok aktif bir yaşam sürerken ölümcül olan hastalık sürecinin ortasında, zaman, mekan ve hareket üzerindeki sonuç kısıtlamaları ile, hem anne hem de kız, daha büyük bir bağlanma duygusuyla birlikte sağlığın anlamı hakkında daha fazla içgörü yaşamışlardır. Teorinin bu erken tohumları, 1959 yılında Newman Memphis'teki Tennessee Üniversitesi'nde hemşirelik okuluna girdiğinde verimli bir zemin bulmuştur. Annesi ise hemşirelik programının başlamasından 2 hafta önce vefat etmiş ve ilk döneminde, Newman hemşireliğin sahip olduğu her şeye tüm zekasına ve tüm insanlığına ihtiyaç duyduğunu fark etmiştir (Parker & Smith, 2010). Profesörlerinden Marie Buckley, bağımsız bir hemşirelik uygulamasının düşünülmesi için teşvik etmiş aynı zamanda hemşirelikte lisansüstü eğitimin önemini vurgulamıştır. Bu ise Newman'ı meraklandıran ve kariyeri boyunca onu zinde tutan fikir olmuştur. Klinik rotasyonları sırasında öğrenciler için yüksek beklentileri olan bir başka profesör Dorothy Hocker, Newman'ın hemşirelik

uygulamasının doğası hakkındaki görüşü üzerinde güçlü bir etki olmuştur (Parker & Smith, 2010).

Bir öğrenci olarak Newman, dersleri ve hemşirelik metinleri nedeniyle hayal kırıklığına uğramıştır. Çünkü, hastalıklar ve tıbbi tedavileri hakkında uzun tartışmalar varlığının yanı sıra hastalık teşhisi konan kişilerin hemşirelik bakımı hakkında sadece birkaç cümle kurmuşlardır. O zamanlar, hemşirelik metinlerindeki bilginin çoğu tıbbıydı ve en sonunda hemşirelik bilgilerinin sadece bir kısmı eklenmiştir. Newman hemşirelik mesleğine özgü daha fazla bilgi edinmek istemiştir. Klinikteki bir gün, Newman diyabetik koma nedeniyle hastaneye kaldırılmış, Tip 1 Diyabet tanısı almış genç bir bireye bir hekimin söylediklerini yapmaz isen öleceğini söylemesine şahit olmuş ve bu durum onu çok rahatsız etmiştir. Newman Tip 1 Diyabet hakkında bilinmesi gereken her şeyi incelemiş, ancak hastaya nasıl ulaşılabileceği konusunda bir kayıp yaşamıştı. Hemşire olarak ne yapması gerektiğini bilmiyordu ve odaya giren ve hastaya şefkatli bir şekilde sorular yönelten ve iletişim kurabilen Dorothy Hocker'a tanışmıştır. Gördükleri karşısında Newman, bu etkileşimde hemşirelik varlığının gücüne tanık olmuştur. 1961 yılında, Dorothy Johnson'ın hemşirelik bakımının önemi hakkındaki makalesi; Newman'ın Dorothy Hocker ve diyabet tanılı genç birey arasındaki etkileşimde tanık olduğu durumu anlattığı belirtmiş ve Johnson'ın yazıları, Newman'ın hemşirelik uygulamalarının doğasını daha ayrıntılı bir şekilde keşfetme arzusunu artırmıştır. Johnson, hemşirelik bilgisini tıbbi bilgiden ayırdı ve hemşirelerin, kriz yaşarken hastalar için dinamik bir denge sağladığını öne sürmüştür (Parker & Smith, 2010).

Memphis'deki Tennessee Üniversitesi'nden hemşirelik alanında ikinci bir lisans derecesi alan Newman, ardından Tıbbi cerrahi hemşireliği üzerine yüksek lisans derecesi San Francisco, California Üniversitesi'nden almıştır. Yüksek lisansta biri; medikal-cerrahi tanı ile yatak istirahatında olan bireylerde kabızlığı önlemek adına karın egzersizlerinin yararlılığı yönelik hemşirelik etkileşimlerinin değerlendirildiği iki hemşirelik uygulaması çalışması yürütmüştür (Parker & Smith, 2010; Alligood, 2014).

1964'te yüksek lisanstan mezun olduğunda Newman, Klinik Araştırma Merkezi'nin yöneticisi olmak için Memphis'e geri gitmiştir. Yönetici Newman, günün geleneksel sürece karşı çıkarak; hemşirelik uygulamaları ve hemşirelerden yapmaları/yapmamaları konusunda bilgiler vermiştir. Ayrıca Newman hemşirelerin akademik gelişimini teşvik etmiş ve hemşirelerin bilgi tabanlarını

zenginleştirmek için kütüphaneye gitmeleri için zaman oluşturmuştur (Parke r& Smith, 2010).

Newman, bu pozisyonda 2,5 yıl çalıştıktan sonra Rogers ile birlikte çalışabileceği New York Üniversitesi'nde doktora yapmaya karar vermiştir. Ayrıca New York'ta yaşamaktan heyecan duyan Newman, doktora çalışmaları için 4 yıl destek almıştır. NYU'daki doktora çalışmasında Newman hareket, zaman ve mekanı sağlık parametreleri olarak incelemeye başlamıştır. Katılımcıların hareketlerini manipüle eden deneysel bir çalışma tasarlamış, sonra zaman algısını ölçtü ve sonuçları, zaman içerisinde değişen bir algı olduğunu göstermiştir. Aslında elde ettiği sonuçlar, yaşam süresi boyunca değişen zaman algısını göstermişti; öznel zaman (nesnel zamanla karşılaştırıldığında) yaşla birlikte arttığını belirtmiştir. Sonuçları daha sonra "genişleyen bilinç olarak sağlık" olarak adlandırdığı kuramı desteklemiş ama Newman hemşirelik uygulamasını bilgilendirmek ya da şekillendirmek için çok az şey yaptığını hissettiğini dile getirmiştir (Parker & Smith, 2010). 1971'de New York Üniversitesi'nde Hemşirelik Bilimi ve Rehabilitasyon Hemşireliği'nde doktora derecesi almıştır (Parker & Smith, 2010; Alligood, 2014).

Newman 1971'de doktorasını aldıktan sonra NYU fakültesine katılmış, hemşireliğin teorik evrimi hakkında bir makale yayınlamıştır. Meslektaşı Florence Downs ile hemşirelik araştırmaları üzerine bir kitabın iki baskısını yazmıştır. Ayrıca NYU'da hemşirelik teorisi geliştirme üzerine doktora sonrası çalıştaylar düzenlemiştir. 1977'de Newman lisansüstü çalışmalardan sorumlu profesör olarak Penn State'teki fakülteye katılmıştır. O zaman, 1978'de New York'ta yapılacak bir teori konferansında konuşmaya davet edilmiş ve konferansta ilk olarak sağlık teorisini açıkça ifade etmiştir. Konuşmasının metnini, hemşirelikte teori gelişimi hakkında yazdığı bir kitapta bir bölüm olarak yayınlamıştır (Parker & Smith, 2010).

Newman ayrıca, hemşirelik teorisi gelişimine katkı sağlayabilecek 15 doktoralı hemşireyle bir grup oluşturmuş ve 10 yıl çalışmıştır. Ayrıca Rahibe Callista Roy tarafından hemşirelik tanılarının nasıl organize edileceğini fark etmeleri için kolaylaştırılan bir grup hemşire teorisyeninin bir üyesiydi. Bu grup 1978 ve 1980 yıllarında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği'ne (NANDA) bildiri sunmuştur. 1982 yılında ise Üniter İnsan Modelleri olarak adlandırdıkları ve hemşirelik tanılarında oluşan bir çerçeve geliştirmiştir (Parker & Smith, 2010).

1984'te Newman Minnesota Üniversitesi'nde teorisyen hemşire olarak görev almıştır. Teori geliştirme çalışmalarının bir parçası olarak, örnek tanımlama konusunda pilot bir çalışma yürütmüştür. Case Western'den Richard Cowling ve Army Nurse Corps'tan Jim Vail'i onunla işbirliği yapmaya davet etmiştir. Newman o sırada Ordu Hemşire Kolordusu'nun da danışmalık yapmıştır. Çalışmaya katılanlar Walter Reed Hastanesi'ndeki hemşireleri olmuştur. Vail ve Cowling başka bir odayı izlerken Newman bir hemşire ile röportaj yapmıştır. ***“Kadından hayatındaki anlamlı olayları tanımlamasını istedi ve hayatının gelişmekte olan yörüngesini çizdi. Ertesi gün Newman'ın tanımladığı sıralı kalıpları yeniden tanımlamak için kadına döndüğünde, kadın daha önce son derece olumsuz (örneğin boşanma) olarak gördüğü deneyimlerin altında genişletilmiş olasılıklara adım attığını görebiliyordu; aniden hayatını yeni bir şekilde görebildi.”*** Hemşire araştırmacıları ve katılımcıları kazandıkları bilgilerden heyecan duymuşlardır. Newman, bir örüntü tanıma hemşirelik praksi (teori, uygulama ve araştırma olarak) süreci geliştirmeye devam etmiştir. Cowling Newman'ın örüntü tanıma süreci Minnesota Üniversitesi'ndeki birçok lisansüstü öğrencisi, özellikle Susan Moch (1990), Merian Litch (1993, 1999), Helga Jonsdottir (1998), Frank Lamendola (1998), Emiko Endo (1998), Patricia Tommet (2003) ve Norma Kiser-Larson (2002) için temel oluşturmuştur. Bu grup, Newman ile düzenli olarak bir araya gelmiştir. Yüksek lisans öğrencilerinin çalışmaları ve çalışmaların anlamına odaklanan grup diyalogu teoriyi geliştirmiş ve genişletmiştir. 1985 yılında Yeni Zelanda'da, 1987'de Finlandiya'da sağlık bilinci ve hemşirelik bilgi gelişimi olarak sağlık üzerine bir dizi konferans ve diyaloglar düzenlemiştir. Newman, Vail ve Cowling sırasında bir hemşire ile röportaj yaparken Minnesota Üniversitesi'ndeyken, Newman, Uluslararası Dikkat Çeken Sağlık (Artan Bilinç Olarak) kitabının iki basımını (1986, 1994) yayınlamıştır. Tucson, Arizona'daki meslektaşları ile birlikte, Newman bir hemşire vaka yönetimi projesiyle çalışan hemşireler üzerinde bir çalışma yürütmüş; hemşireler zamanla modellerine baktıkça, daha iyi uygulama ve genel refahı artırdıklarını keşfetme şansı bulmuşlardır. Bu çalışma sağlık teorisini genişleyen bilinç olarak doğrulanmıştır. Minnesota Üniversitesi'ndeki görevinden emekli (1996) olduktan kısa bir süre sonra Margaret Newman, Memphis, Tennessee'ye geri dönmüş ve burada yazı yoluyla ve dünyanın dört bir yanından gelen öğrenciler ve akademisyenlerle diyalog kurarak hemşirelik bilgi gelişimi üzerinde çalışmaya devam etmiştir. Çalışmaları uluslararası alanda tanınmış ve hem ABD'de hem de yurtdışında

çok sayıda ödül ve onur belgesi almıştır (Alligood, 2014). Newman 1975 ve 2000 yılında Tennessee Üniversitesi Hemşirelik Koleji ‘üstün mezun ödülü’, ve 1984’te New York Üniversitesi Hemşirelik Bölümü ‘seçkin mezun ödülü’ almıştır. 1992’de Newyork Üniversitesi ‘Seçkin Bilimci Ödülü, 1993’te ‘Sigma Theta Tau Founders Elizabeth McWilliams Miller’ araştırma ödülü, 1994’te Saint Xavier Üniversitesi Hemşirelik Okulu ‘Hemşirelik Bilim Ödülü’ 1996’da Minnesota Üniversitesi’nde ‘Hemşirelikte Mükemmellik E.Louise Grant Ödülü’nü almıştır. 2008 yılında Amerikan Hemşirelik Akademisi tarafından “Yaşayan Efsane Ünvanı” almıştır (Parker & Smith, 2010).

Modeline ilişkin birçok yayın yapmıştır; Theory Development in Nursing (1979), Health as Expanding Consciousness (1986, 1994), A Developing Discipline: Selected Works of Margaret Newman (1995), ve Transforming Presence: The Difference that Nursing Makes (2008) gibi bir çok kitap ve kitap bölümü makale yayımlamıştır. Nursing Research, Western Journal of Nursing Research, Nursing and Health Care, Advances in Nursing Science gibi birçok dergide editörlük yapmıştır. NANDA hemşire teorisyenler grubunun üyesi olmuştur. Newman, Tennessee Üniversitesi, New York Üniversitesi ve Pennsylvania Eyalet Üniversitesi’nde akademik görevlerde bulunduktan sonra Minneapolis’teki Minnesota Üniversitesi’nde profesör olarak emekli oluncaya kadar çalışmış ve 1996 yılında emekli olmuştur. Margaret Ann Newman 18 Aralık 2018 tarihinde hayatını kaybetmiştir.

## **2. İNSAN BİLİNCİNİ GENİŞLETEN SAĞLIK TEORİSİ**

İnsan Bilincini Genişleten Sağlık Teorisinin merkezi, sağlığın bilincin artması olarak bilinmektedir. Newman’a (1986) göre, yaşamın ve sağlığın anlamı, bilincin artış sürecinde bulunmuştur. Daha spesifik olarak, teori “ne kadar düzensiz ve umutsuz görünse de, her durumda herkesin bilincin artmasının evrensel sürecinin bir parçası olduğunu iddia eder” ve Newman’ın sağlık açıklaması, teori kavramları ve teori önerileri soyut bir düzeydedir ve bu da Newman’ın çalışmalarının büyük bir teori olarak sınıflandırılmasına neden olmuştur (Fawcett, 2006).

İnsan Bilincini Genişleten Sağlık Teorisini anlayan ve hayatlarında anlamlı olanın gelişen örüntüsüne katılan bir hemşire ile ilişkileri sayesinde hastalar daha önce keşfedilmemiş bir eylem yoluna girebilmiştir (Parker & Smith, 2010). Bu

bakış açısıyla çalışan hemşireler, başkalarının dönüşümüne katılma sevincini yaşamakta ve diyalog sürecinde kendi yaşamlarının geliştiğini ve dönüştüğünü ifade etmişlerdir (Alligood, 2013).

Daha önce açıklandığı gibi, teorinin tohumları, Margaret Newman'ın çocukluğunda ve genç bir yetişkin olarak annesine bakım deneyiminde esnasında oluşmuştur. Newman'ın Tennessee Üniversitesi'ndeki lisans çalışmaları, Kaliforniya Üniversitesi, San Francisco'daki yüksek lisans çalışmaları ve New York Üniversitesi'ndeki doktora çalışmaları, hemşirelik disiplini bilgisini keşfetme ve ifade etme arayışını da büyük ölçüde etkilemiştir. Başta Bentov (1978), Bohm (1980), Johnson (1961), Prigogine (1976), Rogers (1970) ve Young (1976) olmak üzere çeşitli disiplinlerdeki akademisyenlerin felsefi çalışmalarını okumak ve düşünmek hemşirelik olanakları ve aynı zamanda genişleyen bilinç olarak sağlık teorisini zenginleştirmişlerdir (Alligood, 2014; Parker & Smith, 2010).

Kaliforniya Üniversitesi'nde geçirdiği süre boyunca Newman, hemşirelerin hastalara kısa sürede nasıl anlamlı bir şekilde yanıt verebileceğini araştırıp, Orlando'nun kasıtlı hemşirelik yaklaşımından etkilenmiştir. Newman, hastalar hakkında kasıtlı gözlemler yapmaya devam ederken; özel dikkat, hastaları benzersiz koşullarında neyin anlamlı olduğu hakkında konuşarak yanıt vermeye teşvik ettiği araştırma sonuçları şu şekilde açıklamıştır: Newman (1966) bir süredir hastanede olan bir hastanın odasında, gazeteyi okuyordu ve Newman kadının istenen reklamları okuduğunu fark etti ve "İstenilen reklamları okumak, ha?" Dedi ve yanıt bekledi. Kronik akciğer hastalığı tanısı alan kadının, zehirli dumanlar çıkaran bir fabrikada çalıştığını ve artık orada çalışmaktan endişeli olduğunu açıkladı. Newman kadına bunu doktoru ile görüşüp görüşmediğini sordu ve kadın bunu kimseyle görüşmediğini söyledi. Newman neden olmasın diye sorduğunda, kadın ona kimsenin sormadığını söyledi. Newman anladı ki: Hastalığının anlamı sadece fiziksel durumu değil, tüm yaşamı bağlamında anlaşıldığında, sağlığa giden bir yol hasta için belirginleşecekti (Parker & Smith, 2010).

Newman'ın paradigmatik dönüşümü, kendi kişisel deneyiminin yanı sıra Martha Rogers'ın varsayımlarından birkaçı Margaret Newman'ın teorik perspektifini şekillendirmede merkezi olmuştur. İlk olarak, Rogers sağlık ve hastalığı, Margaret Newman'ın annesiyle ve hastalarıyla daha önceki deneyimlerine uygun olan bütünün üniter bir süreci olarak gördü. İnsanlar

fiziksel veya zihinsel olarak hasta olduklarında sağlık yaşayabilirler. Sağlık, hastalığın tersi değildir, aksine sağlık ve hastalık, daha büyük bir bütünün tezahürleridir düşüncesi ile Hegel'in karşıtların kaynaşması (1967) Newman'ın sağlık ve hastalığın kaynaşmasını (diyalektik felsefesi) yeni bir sağlık kavramına kavramsallaştırmasına yardımcı olmuştur (Alligood, 2014). Rogers tüm gerçekliğin üniter bir bütün olduğunu ve her insanın benzersiz bir model sergilediğini savunmuştur. Rogers (1970) enerji alanlarının yaşayan ve cansız olan her şeyin temel birimi olduğunu gördü ve kişi, aile ve çevre alanları arasında iç içe geçme olduğunu öne sürmüştür. Kişi, aile ve çevre ayrı varlıklar değil, birbiriyle bağlantılı, üniter bir bütündür, dedi ve çevreyi tanımlanırken Rogers şöyle yazdı: “Çevre birleştirici bir kavramdır. Enerji alanın dinamik doğasını ifade eder. çevre sürekli hareket halindedir ve sonsuzdur”. Rogers üniter insanı “bütüne özgü olan ve parçaların bilgisinden tahmin edilemeyen örüntü ve tezahür özellikleri ile tanımlanan indirgenemez, bölünemez, enerji alanı” olarak tanımlamıştır (Parker, 2001). Sonunda Rogers, yaşam sürecini artan karmaşıklık olarak görmüştür. Bu varsayım, hayatı bilinci genişletme süreci olarak gören Itzhak Bentov'un (1978) çalışmaları ile birlikte Margaret Newman'ın sağlık kavramını ve nihayetinde teorisini şekillendirmeye yönelmiştir (Alligood, 2014). Bentov, hayatı, sistemin bilgi kapasitesi ve çevre ile etkileşimlerin kalitesi olarak tanımladığı, bilinci genişletme süreci olarak görmüştür (Parker & Smith, 2010).

Newman; Martha Rogers ve Itzhak Bentov'un çalışmalarından ve kendi deneyim ve anlayışından yararlanarak şunları önermiştir:

- Sağlık, hastalık veya patoloji olarak bilinen durumların yanı sıra hastalığın bulunmadığı durumları da kapsar.
- Hastalık / patoloji, kişinin altta yatan örüntüsünün bir tezahürü olarak kabul edilebilir.
- Kendini hastalık olarak gösteren kişinin modeli, hastalığın yapısal ve fonksiyonel değişikliklerinden önce mevcuttu.
- Hastalığın / patolojinin kaldırılması bireyin modelini değiştirmez.
- Bir kişinin modeli tezahür etmesinin tek yolu “hasta olmak” ise, o kişi için sağlıktır.
- Sağlık, bilincin artmasıdır, genişlemesidir (Parker & Smith, 2010).



Young'un insan evrimi teorisi Newman'ın kuramının temel kavramları olan zaman, mekan, hareket ve bilinç kavramlarını yaşam ve sağlığın dinamik görüntüsü ile tanıması için hız kazandırmıştır (Alligood, 2014). Newman'a göre "Hemşireler, kalıpları hastalıktan veya diğer yıkıcı olaylardan rahatsız olduğu için müşterilerle ortak olma sorumluluğuna sahiptir." Bu kesintiye uğramış durum, eski kurallar çalışmıyor olsa bile, kişinin eskisi gibi devam etmesi ya da yeni bir varlık biçimine geçmesi için bir seçim noktası sunmuştur. Bir seçim noktası kavramını daha açık bir şekilde açıklamak için, Newman Arthur Young'un (1976) bilinç evrimi teorisini çizmiştir (Parker & Smith, 2010). Young, toplam özgürlük ve sınırsız seçim ile başlayan ve ardından bir dizi özgürlük kaybıyla başlayan yedi bağlama sürecinin olduğunu öne sürmüştür. Bunlar bir V şekli üzerinde yedi eşit uzaklıkta nokta olarak kavramsallaştırılmıştır. Soldaki en üst noktadan başlamak birinci aşama, potansiyel özgürlüktür. Bir sonraki aşama bağlanma (zaman) dır. Bu aşamada, birey inisiyatif gerektirmeden kolektif uğruna feda edilir, çünkü her şey birey için düzenlenmektedir. Merkezleşme (uzay), üçüncü aşama, bireysel bir kimlik, öz-bilinç ve kendi kaderini tayin etmeyi içerir. Bu aşamada, birey eski varlık yollarının artık çalışmadığını öğrenir. Bu bir öz farkındalık, iç büyüme ve dönüşüm aşamasıdır. Yeni bir varlık tarzı gerekli hale gelmiştir. Newman (1994b), dördüncü aşamayı, kendiliğin gelişiminden (bireyselleşme) bireysel kendilikten daha büyük bir şeye adanmaya kayma (hareket) olarak nitelendirerek tanımlamıştır. Kişi olağanüstü yetkinlik yaşar; İşleri yaratıcısının ötesinde kendilerine ait bir yaşama sahip olmuştur. Bu aşamada, kişi sınırsız büyümenin gücünü tecrübe eder ve düzensizlik eğilimine karşı nasıl düzen kurulacağını öğrenir. Newman, beşinci aşama ile karakterize edilen bu aşkınlık deneyimlerine sahip olmadıkça, altıncı aşama (çözülme) ya da yedinci aşama (gerçek özgürlük) deneyimlemediğini ifade etmiştir. Birey özgürlüğe doğar ve zamana bağlı, uzaydaki kimliğimizi ve öğrendiğimiz hareketle işlerin çalışma şekli ve nihayetinde bizi uzay ve zamanın ötesinde mutlak bilinç durumuna götüren seçimler yaparak özgürleşir şeklinde açıklamıştır (Parker & Smith, 2010; Alligood,2014; McEwen & Wills, 2014).

Bohm'un (1980) dolaysız düzen teorisi, Newman'ın hastalığın sağlık modelinin bir tezahürü olduğu varsayımını desteklemiştir. Newman (1994) "hastalık da dahil olmak üzere çeşitli şekillerde kendini gösteren altta yatan, görünmeyen modeli ve var olan her şeyin birbirine bağlılığını ve her yerde bulunmasını" anlamaya başladığını belirtmiştir (Alligood, 2014). Moss'un (1981) en yüksek bilinç seviyesi olarak sevgi deneyimi, sağlık için doğayla

ilgili sezgisinin doğrulanması ve detaylandırılması Newman için önemli olmuştur (Fawcett, 2006; Alligood, 2014). Newman, Prigogine'in (1976) değişim teorisini, hasta bir organizasyon düzeyinden daha yüksek bir seviyeye dalgalanırken hemşirelik varlığının bilincin evrimine dair anlayışına katkıda bulunduğunu da yorumlamıştır (Parker&Smith,2010;Fawcett,2006). Prigogine bir sistemin herhangi bir bozulma gerçekleşene kadar düzenli bir şekilde dalgalanmalarla ilerlediğini fakat sistemin işleyişini bozacak herhangi bir durumda disorganizasyon yaşanıp dalgalanmaların düzensizleştiği ve sonrasında sistemin bu süreçten daha yüksek bir seviyeye gelerek tekrar organize olduğunu belirtmiştir (Alligood, 2014). Guba ve Lincoln (1989), Moustakas (1990), Polkinghorne (1988), Lather (1986) ve özellikle Heron (1981) teorisinin doğrulanmasını ve detaylandırılmasına katkıda bulunan diğer isim olmuştur (Fawcett, 2006).

### **3. TEORİNİN KAVRAMLARI**

Newman kitaplarında, İnsan Bilincini Genişleten Olarak Sağlık Teorisinin temel kavramlarını, “model” ve “bilinç” olduğunu ortaya koydu. Model kavramı çok boyutludur. Bu üç boyutludur. Hareket-Uzay-Zaman, Ritim ve Çeşitlilik. Bilinç kavramı tek boyutludur.

#### **MODEL**

Newman, “model” hakkındaki fikirleri için Rogers'dan (1970) esinlenmiştir. Rogers, her insanın yaşamının örüntüsünü, örüntüyü oluşturan maddeden ziyade kimlik veren olarak kabul etmiştir. Ancak Newman (1987), modeli “bütüncül bir sağlık görüşünün özü” olduğu iddiasıyla Rogers'ın ötesine geçmiştir. Ayrıca Rogers'a uygun olarak Newman, modeli üniter olarak görmüştür. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği (NANDA) hemşire teorisyen grubunun (Roy ve ark., 1982) çalışmalarından yola çıkarak, Newman (1986) listelenen üniter modelin dokuz özel belirtisinden bahsetmiştir. Bunlar, değişim, ilişkililik, iletişim, değer verme, seçim, algılama, hareket, hissetme ve bilmedir.

- 1. Değişim:** Modelin bir göstergesi olan değişim, birey ve çevre arasındaki öz ve enerjiyi birleştirmek ve enerjiyi bir formdan diğer bir forma dönüştürmesi,

2. **İletişim:** Bilginin bir sistemden diğerine geçmesi,
3. **İlişkilendirme:** Diğer insanlarla ve çevre ile bağlantı,
4. **Değerleme:** Değer verme,
5. **Seçme:** Bir veya daha fazla alternatifi seçilmesi,
6. **Hareket:** Aktivite ve dinlenme arasındaki ritmik dönüşümü,
7. **Algılama:** Bilgiyi alma ve yorumlama,
8. **Hissetme:** Fiziksel ve sezgisel farkındalık,
9. **Bilmek,** Benliğin ve dünyanın kişisel farkındalığı olarak tanımlanır (Fawcett, 2006).

**Model kavramı** üç boyutu kapsar: Hareket-Uzay-Zaman, Ritim ve Çeşitlilik.

Hareket- Uzay- Zaman üniter gelişen modellerin boyutları olarak görülmüştür (Fawcett, 2006). Newman bu üç kavramı tek bir boyut olarak değerlendirmiştir. İnsan bilincini genişleten sağlık teorisinde Newman bu kavramların ayrı ayrı açıklanması yerine bilincin artışında bir göstergesi olarak bu kavramların ilişkisinin yani birlikte açıklanmasının daha doğru olduğunu savunmuştur (Alligood, 2014).

- Hareket-uzay-zaman, üniter gelişen modellerin boyutları olarak tanımlanmıştır. Hareket, gerçekliği tanımının merkezidir. Hareket, örüntünün bir özelliğidir. Hareket, yaşamın doğal koşuludur. Hareket sona erdiğinde, yaşam organizmadan çıkar ve son bulur. Hareket, maddenin temel bir özelliğidir ve bir iletişim aracıdır. Hareket kişinin gerçekliği algıladığı ve dolayısıyla kendinin farkında olma araçları olarak tanımlanmıştır. Hareket modeli, bir kişinin düşünce ve duygu süreçlerinin genel organizasyonunu yansıtır. Organizma, çevresi ile etkileşime girer ve etkileşimleri üzerinde kontrol sahibi olur. Hareket, mekanın ve zamanın gerçeğe dönüştüğü bir araçtır. Hareket sayesinde kişi zaman alanı dünyasını keşfeder ve kişisel bölge kurar (Fawcett, 2006). Harekete “bilincin yansıması” da denir. İnsan sürekli bir hareket halindedir. İçerden (hücresel) ve dışarıdan (beden hareketi ve çevre ile etkileşim yoluyla) sürekli değişmektedir. Zaman ve uzayda geçen bu hareket insana gerçeklik algısı veren eşsiz bir şeydir. Hareket değişim getirir ve bireyin dünyayı deneyimlemesini sağlar. Hareketle Bilinç artmış

olur (Alligood, 2014). Zaman, kavramı hareketin bir fonksiyonu olarak görülür. Bu iddia Newman'ın (1972) hareket ve yürüyüş temposuyla ilgili zaman deneyimiyle ilgili çalışmaları tarafından desteklenmiştir. Newman'ın araştırması, bireyin ne kadar yavaş yürürse, o kadar az öznel bir zamanın yaşadığını göstermiştir (Alligood, 2014). Dünya zaman ve mekan yönlerini içermiştir. Zaman ve mekan tamamlayıcı bir ilişkiye sahiptir. Uzay ayrılmaz bir şekilde... zamanla bağlantılıdır. Uzay-zaman meseleleri kişinin kendi kaderini tayin ve statü mücadelesine çok fazla katılır. Öznel zaman geçerken algılanan zaman miktarıdır ve nesnel zaman saattir. Öznel zaman, nesnel zaman ve zamanın kullanımı ve kişisel alan, iç mekan ve yaşam alanı, bireyle ilgilidir. Buna karşılık, özel zaman, eşgüdümlü zaman ve paylaşılan zaman, paylaşılan alan ve uzaklaşma aileyle ilgilidir (Fawcett, 2006). Bilinç genişledikçe uzay-zaman doğrusal ve fiziksel sınırları aşarak mevcut zamanın ötesine geçer. Newman modelini oluşturduğunda; hareket, uzay, zaman, bilinç kavramlarını sentezlemiştir.

- Ritim modelin bir özelliğidir. Ritim hareket için temeldir ve hareket ritmi bütünlüycü bir deneyimdir. Kişilerarası ilişkilerde güçlü bir faktör olarak ritim ve bireyler arasındaki iletişimin önemli bir yönüdür. Karşılıklı olarak tatmin edici bir ilişki ritmi oluşturulmadığında, iletişim kurmak imkansız değilse bile zordur. Konuşmanın ritmi (seslendirme ve duraklamalar, kelimeler ve sessizlik) kişilerarası ilişkileri etkiler Fawcett, 2006). Bir kişinin iç dünyası ve o kişinin dünyayı algılayışının bir göstergesi, kişinin hareketinin ritmi ve düzeninde bulunabilmiştir (Alligood, 2014).
- Çeşitlilik, modelin bir özelliğidir (Newman, 1994a). Parçalarda çeşitlilik görülür (Newman, 1994a). Model kavramının her üç boyutunun (Hareket-Uzay-Zaman, Ritim ve Çeşitlilik) ayrılmaz doğası şu ifadede açıkça görülmektedir: “Model sürekli bir değişim ve hareket halinde bulunur. Parçalar farklı olabilir ancak birbirleriyle ilişkili şekilde ritmik ve hareketlidir” (Fawcett, 2006).

#### 4. BİLİNÇ

“Model sürekli bir değişim ve hareket halindedir. Parçalar farklıdır ancak birbirleriyle ilişkili şekilde hareket eder ve hareket ritmikdir”. Bu nedenle Newman bilinci; “İnsanın bilgi kapasitesi, yani [kişinin] çevre ile etkileşime girme yeteneğidir ” olarak tanımlar (Fawcett, 2006).

İnsan sisteminin bilgisi: [insan] sisteminin çevre ile etkileşim kapasitesidir. İnsan sisteminin bilgi kapasitesi birbirine bağlı bilişsel (düşünme) ve duygusal (duygu) farkındalığın yanı sıra sinir ve endokrin sistemleri içeren fizyokimyasal bakımı, büyüme süreçlerini, bağışıklık sistemini ve genetik kodu kapsar (Parker & Smith, 2010). Newman (1986, 1994a) bilinç kavramının, insan sistemi bilgisi ile çevre sistemi bilgisi arasındaki etkileşimin niceliği ve kalitesinde görülebileceğini ileri sürmüştür. Dahası, Newman Bilinci, statik bir varlıktan ziyade sürekli artan bir süreç olarak görür (Fawcett, 2006). Newman bilinci, insan-çevrenin etkileşimli kapasitesi olarak göstermek için Bentov’un yaşam tanımından yararlanmıştı. Bentov yaşamı, bilgi kapasitesi ile çevre etkileşiminin tamamlandığı zaman bilincin arttığını savundu. Bentov bilinci çevre ile çok az etkileşime giren taşlardan, besin alan ve çevreye karbondioksit salan bitkilere, hareket edebilen ve serbestçe etkileşime giren hayvanlara, çevreleriyle nasıl etkileşime gireceklerine dair planlar yapabilen ve bunu gösterebilen insanlara ve sonunda spiritüel varlıklara kadar uzanan bir spektrum olarak tanımlar (Parker & Smith, 2010). Newman ölümü bir dönüşüm noktası olarak görür; kişinin bilinci fiziksel yaşamın ötesinde gelişmeye devam eder ve evrensel bir bilincin parçası haline gelir (Fawcett, 2006).

Newman (1992) bilincin artırılması sürecini “kendinin daha fazla olma, hayatta daha fazla anlam bulma ve diğer insanlarla ve içinde yaşadığı dünyayla yeni bağlantı yüksekliklerine ulaşma süreci” olarak tanımlamıştır. Bilincin, Young’ın insan evriminin evrelerine paralel bir dizi aşamada arttığını önerdi. Bu duruma göre; Newman Young’ın, insanların birbirleriyle ve çevresi ile bir etkileşim süreci yoluyla potansiyel özgürlüğün gerçek özgürlüğe evrimleşmesini; potansiyel bilincin mutlak bilince ulaşması ile eşleştirdi. (Parker & Smith, 2010). Kişi daha büyük ağa bağlanırken özgürlük kaybedilir. Daha sonra, kimlik, öz-bilinç ve öz-belirleme merkezleme yoluyla ortaya çıkar. Geçmişte işe yarayan şeyler artık işe yaramadığında, seçim çalışır ve kişi merkezden uzaklaşarak ve bağ kurarak gelişir ve sonunda gerçek özgürlüğe kavuşur. Bağlanma ve gerçek özgürlük aşamaları fiziksel değildir, ancak farklı formlardaki iyileştirmeler ve

görünümler gibi insanüstü güçlerde ortaya çıkabilir (Fawcett, 2006). Newman, Young'ın insan evriminin aşamalarına paralel olan genişleyen bilinçliliğin evrimini veya ilerlemesini şu şekilde tanımlamıştır: İnsanlar potansiyel bilinç durumundan belirleyici madde dünyasına gelir ve kazanmalarını sağlayan anlama kapasitesine sahiptir. Birey daha büyük bir ağa bağlanırken özgürlük kaybedilir. Daha sonra yoğunlaşma aracılığıyla kimlik ve ben farkındalığı ortaya çıkar. Geçmişte yapılan şeyler artık geçerli olmadığına birey seçimler yapar, merkezden uzaklaşır ve çözümlerle sonunda gerçek özgürlüğe erişir. Çözümle ve gerçek özgürlük aşamaları fiziksel değildir, ancak iyileşme gibi insanüstü güçlerde kendini gösterebilir (Fawcett, 2006).

Bu içgörü, hareket özgürlüğünde eşlik eden kazanımlarla birlikte artan bilinçte bir dönüm noktasını temsil eder. Newman, bilincin artırılması sürecini sağlık süreci ile eşitledi: “Bilinci artırmak sağlıktır” (Fawcett, 2006; McEwen & Wills, 2014). Ayrıca sürecin son aşaması olan mutlak bilinci sevgiyle eşitledi. Açıkladı: [Son aşamada] tüm karşıtlar uzlaştırıldı. Bu tür sevgi, tüm deneyimleri eşit ve koşulsuz olarak kucaklar: acı, zevk, başarısızlık, başarı, çirkinlik, güzellik, hastalık ve hastalık dışı. Bilincin artırılması, yaşam sisteminin artan karmaşıklığıdır ve dönüşüm ve keşifle sonuçlanan aydınlatma ve modeli tanıma ile karakterizedir (McEwen & Wills, 2014).

## 5. TEORİNİN İLİŞKİSEL ÖNERMELERİ

### **Bilinç ve Model Arasındaki İlişkisel Önergeler:**

- A. Bilinç, gelişen insan-çevre etkileşim modelinin bir göstergesidir.
- B. İnsan-çevre modelinin gelişimi bilincin artması olarak görülebilir.

### **Zaman-Uzay-Hareket Boyutları ile Bilinç Arasındaki İlişkisel Önergeler:**

- C. Hareket, insan bilincinin evriminde önemli bir seçim noktasıdır.
- D. Hareket (hem fiziksel hem sosyal olarak) artık bir seçenek olmadığı seviyeye ulaştığımızda zaman-mekan-hareketin sınırlarını daha yüksek bilinç seviyesine taşımayı öğreniyoruz.
- E. Hareket, bilincin bir yansımasıdır.

- F. Herhangi bir yaşam biçiminde karakterize olan bilinç, hareket ile ifade edilir.
- G. Zaman bir bilinç ölçüsüdür.
- H. Uzun zaman-hareketin belirtileri, bilincin göstergeleridir.
- I. Kişi bilincin temelinden var olur ve zaman içinde sınırlı olduğu için özgürlüğünü kaybeder, kişi kimliğini uzayda bulur. Aynı zamanda birey hareketleri kısıtlandığında kişisel sınırlılıklarının ve artık eski kuralların geçerli olmadığına farkına varır. Birey fiziksel ya da sosyal olarak hareket gücüne sahip değilse, kendinin ötesine geçmelidir. İnsanın varlığının sınırsızlığının ve zamansızlığının farkına varan bir birey, bilincin temeline geri dönme özgürlüğü kazanır.

### **Bilinç-Zaman-Mekan-Hareket-Ritim Arasındaki İlişkisel Önerme:**

- J. Yaşayan fenomenlerin ritmi, uzay-zaman içinde maddenin gömülmüşlüğü (bilinç) canlı bir tasviridir (Fawcett, 2006).

## **6. TEORİNİN METAPARADİGMALARI**

Disiplinin üniter, dönüştürücü bir paradigmasından gelen Newman; bu kavramları tek başına görmüyor ve bu yüzden bunları ayrı ayrı tartışmıyor, ancak hemşirelik ve sağlık üzerinde daha detaylı durmaktadır (Alligood, 2014).

### **HEMŞİRELİK**

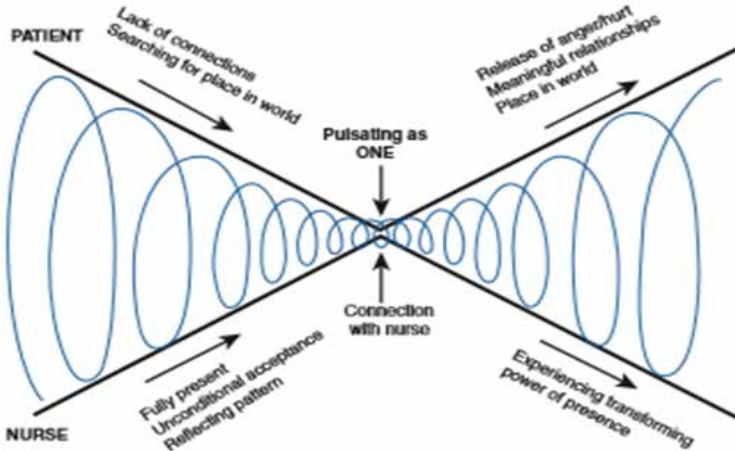
Hemşirelik, çevreyle etkileşimde bulunan kişinin modellerini tanımaya ve etkileşimi bilinci artıran bir süreç olarak kabul etmeye yöneliktir. İnsanlara, daha yüksek bilinç seviyelerine doğru evrimleşmeleri aynı zamanda içlerindeki gücü kullanmalarına yardımcı olma eylemidir.

Hemşirelik, modeli aydınlatmak ve daha üst düzey bir organizasyonun kurallarını keşfetmek amacıyla hemşirenin müşteriyi ritmik bir şekilde bağlanarak modeli tanıma sürecini kolaylaştırmadır (McEwen & Wills, 2014). Newman'ın teorisinde hemşire, hasta-hemşire etkileşiminde modeli tanıyan özenli, yardımsever varlık olarak görülmektedir. İnsanların yalnızca kendilerinin gerçekten tanınmak ve anlaşılacak istenen ilişkilerde kendilerini açabildiklerini ifade etmiştir. Bu nedenle hemşire hastaya çözülecek bir sorun olarak değil

bir gizem olarak bakabilirse ancak ilişkide varlığını sunabilir (Fawcett, 2006; Alligood, 2014).

Hemşirenin, daha yüksek, organize bir duruma gelmek için açık ve başkalarına duyarlı olduğunda ve önyargılarını bırakabildiğinde tam anlamıyla varlığını sunabildiğini söylemektedir. Böyle bir durumda; hemşire, yaşamlarında bu kritik seçim noktalarında müşterilerle bir araya gelir ve onlarla birlikte bilinci artırma sürecine katılır (Alligood, 2014).

Hemşire-hasta ilişkisi, hastanın genel durumunun bozulması sonucunda ritmik şekilde bir araya gelebilme ve sonrasında ayrılabilmeyle ilişkilidir. Hemşire ve hasta bilinci genişletme sürecinin ortak katılımcılarıdır. Hemşire hastayı kontrol etme ve manipüle etmeyi bırakırsa; hasta ile bu dalgalı, ritmik ortaklığa girme konusunda daha fazla istekli olur. Newman, bu hemşire-hasta etkileşiminin, tanıma, içgörü ve dönüşüm süreçleri boyunca bir araya gelme ve ayrılma şeklini çizmiştir.



**FIGURE 23-1** Nurse and patient coming together and moving apart in process recognition, insight, and transformation. (From Newman, M. A. [2008]. Transforming presence: The difference that nursing makes. Philadelphia: F. A. Davis.)

Newman için hemşirelik hedefi (1979) “insanları iyi yapmak ya da hastalanmalarını önlemek değil, insanların daha yüksek bilinç düzeylerine doğru geliştikleri için içlerindeki gücü kullanmalarına yardımcı olmaktır”. Newman (1994), hemşireliği tıptan ayırmaya çalışmış, hastalığın tanı ve tedavisinin tıp bilim ve uygulamasının alanı olduğunu savunurken, bütünü modelinin tanınmasının



hemşireliğin sorumluluğunda (ahlaki) olduğunu savunmuştur. Hemşirelik disiplininin odak noktası insan-aile ve toplumu aynı anda birleştiren üniter bir alandır demiştir (Alligood, 2014; Fawcett, 2006). Newman, klinik programların ve hastane vardiyalı çalışmaların zaman çizelgesinin hemşirelerin hemşire-hasta ilişkilerinin doğal ritmi ile çeliştiğini, sağlık sistemi uygulamalarının ihtiyaçlarına göre daha fazla hizmet verdiğini ve anlamlı bir hemşirelik uygulamasını bozduğunu iddia etti. Hemşirelik disiplininin bağlılıktan doğrusal zamana, kişiler arası ilişkilerde zamanın senkronizasyonuna bir yol izlediğini ve şimdi “her bilinç merkezindeki anlık bilgi akışına” geçmesi gerektiğine dikkat çekti. Örneğin, hemşireler demans tanısı almış bir bireye ya da küçük bir çocuğa bakım verirken, geçmiş ya da gelecek olmadığını farkederler, burada yalnızca ‘an’ vardır (Parker & Smith, 2010).

Newman, “entelektüelleşmenin rezonans alanını kırdığı konusunda uyarıda bulundu, eğer onunla rezonansa girmeden önce bir deneyimi analiz edersek veya değerlendirirsek, alan bozulur - rezonans sönümlenir”. “Örneğin, bazen bir hastalığın tanıdık semptomlarını gördüğümüzde, tanısal bir sonuca atlar ve daha eksiksiz bir resim sunacak diğer verilere açıklığı önleriz. Hepimizin aynı olduğunu varsayabiliriz”. Rezonans, hemşirelerin hastaların kendine özgü durumunu ve endişelerini anlamalarını sağlar. Hastalarla rezonansa girmek ve açık ilişkiler kurmak için hemşireler, hastalarla ilgili kişisel yargıları bırakmalı ve kültürel inanç ve değerleri aşmalıdır. Diğer bir deyişle, hemşirenin kendisini “var” ve “yapması gereken” tutumlardan ve toplam varlığı engelleyebilecek tüm kişisel kaygılarından kurtarması gerekir. Newman, rezonans yoluyla bütünü hissetmenin kuralcı bir yolu olmadığını belirtiyor. Hemşirelerin müşteriye en basit düzeyde dikkat etmesini, kendini sunan her şeyle başlamasını ve amaca uygun olduğunu varsaymasını önermiştir (Parker & Smith, 2010).

## SAĞLIK

Sağlık, Newman’ın teorisinin ana kavramıdır. İnsan Bilincini Genişleten Sağlık Teorisi; hastalık ve sağlığın kaynaşması sağlık olarak kabul edilen bir sentez yaratır. Hastalık ve sağlık büyük bir bütünü yansıtır; bu nedenle yeni bir sağlık kavramı olan “bütünün modeli” oluşur. Newman (1999) “sağlığın bütünün modeli ve bütünlüğünün” olduğunu söyleyerek sağlık görüşünü daha da detaylandırmıştır. Bu bütünlük kazanılamaz ya da kaybedilemez. Hasta olmak, bu perspektif içinde bütünlüğü azaltmaz, ancak bütünlük farklı bir biçim

alır. Newman (2008) modeli tanımanın ortaya çıkan sağlığın özü olduğunu belirtmektedir (Alligood, 2014). Hastalık “kişinin modelinin ilişkilerini daha uyumlu bir şekilde yeniden düzenleyen şok olabilir” ve kişi sağlığı ile buluşur (McEwen & Wills, 2014). “Artan sağlık, hastalık ve hastaliksızlığı kapsayan kişi-çevre altında yatan modelin bir açıklaması olarak görülebilir”. Bu nedenle, sağlık ve gelişen bilinç modeli aynıdır; özellikle sağlık “daha kapsayıcı bilince dönüştürücü bir süreç” olarak görülmüştür (Fawcett, 2006; Alligood, 2014).

## **ÇEVRE**

Çevre açıkça tanımlanmamış olmasına rağmen, bireyin bilincini içeren daha geniş bütün olarak tanımlanır. Büyük bir varsayım, “bilincin evrende eşzamanlı olduğu ve her konuda var olduğu” şeklindedir. Hasta ve çevre, üniter gelişen bir model olarak görülmektedir. Varsayım, evrendeki tüm maddelerin bilince sahip olduğu fakat farklı seviyelerde olduğu yönündedir. Newman’ın görüşünün yorumlanması, sağlığın bir insanın çevre ile etkileşim modeli olduğunu açıklığa kavuşturur. İnsan enerji alanındaki hastalık, eşsiz bir insan-çevre etkileşimi modelinin bir göstergesi olduğundan, çevre aynı zamanda bir enerji alanıdır (Alligood, 2014).

## **İNSAN**

Newman’ın teorisinde hasta, alıcı, birey, insan kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır ve dönüşümsel sürecin bir katılımcısı olarak görülmektedir. İnsan, bilinç kalıplarıyla tanımlanabilir. Dinamik bir enerji modeli ve çevre ile etkileşime giren açık bir sistemdir. Bireyler, artan bilinç modeli içinde bilinç merkezleri olarak görülmektedir. Kişilerin tanımı aile ve toplumu da kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Alligood, 2014). Newman için insan “sisteminin” birliği, “zihin ve maddenin aynı temel şeylerden yapıldığı” fikrine dayanmıştır (Fawcett, 2006).

## SONUÇ

Margaret A. Newman; İnsan Bilincini Genişleten Sağlık Teorisi soyut bir teori olmasına rağmen hemşirelik disiplinde bilinci genişleten bir teori olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin aldığımız ilk tanı belki de daha önce defalarca duyduğumuz ama zihin olarak algısal olarak bakmadığımız bir süreci anlatabilmektedir. Aslında teorinin somutlaştırılmış tarafı da tam olarak bu durumu ifade etmektedir. Bu da şöyle ki yaşadığımız her deneyim ya da hastalık değildir, bilincimizi genişletip aslında zaman mekan fark etmeksizin mücadele sürecini anlatmaktadır. Olumsuzluklara bilincimizde yer açıp sağlıklı bütünleştireceğimiz zamanlara...

## KAYNAKÇA

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theories And Their Work*. Missouri: Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
- Alligod, M.R. (2013). *Nursing Theories*. Missouri: Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2011). *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Fawcett, J. (2006). *Contemporary Nursing Knowledge*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). *Theoretical Basis For Nursing*. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.



## 2. BÖLÜM

### ADÖLESANLARDA DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI VE TEKNOLOJİNİN BİLİNÇLİ KULLANIMI

**Öğr. Gör. Burcu DAYSAL GÜLER**

*Hitit Üniversitesi, Alaca Avni Çelik Meslek Yüksekokulu,*

*Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü*

burcudaysal06@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1787-9536>

**Doç. Dr. Birsen ALTAY**

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi*

*Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,*

*Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*

baltay@omu.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-5823-1117>

### GİRİŞ

İnsan hayatında hızlı bir büyüme ve gelişme ile birlikte kişinin yaşamının şekillendiği en hassas ve en önemli dönem ergenlik dönemidir. Bu dönemde edinilen olumlu ya da olumsuz davranışlar yetişkinlik döneminde de devam ederek hayatın akışını etkiler. Teknolojik gelişmelerin çok hızlı bir şekilde ilerlediği bu çağda özellikle çocuk ve ergenlik dönemindeki bireylerin maruz

kalabilecekleri riskli durumlar ortaya çıkmaktadır. Teknolojinin bilinçsiz kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzlukların başında dijital oyun bağımlılığı gelmektedir. Özellikle çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayıp bireyin çevresi ile ilişkilerini, akademik hayatını, fiziksel ve sosyal gelişimini birçok yönden olumsuz olarak etkileyen dijital oyun bağımlılığı son yıllarda birçok ülkenin mücadele ettiği önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Toplumların sağlığını korumak ve geliştirmek için çocukluk ve ergenlik döneminde başlamış sorunların çözülerek olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması elzemdir.

Bu kitapçık dijital oyun bağımlılığını önleme ve mücadele etmede en fazla risk altında olan çocuklar, ergenler ve aileleri için koruyucu ve önleyici bir rehber olarak hazırlanmıştır.

## **1. ADÖLESANLARDA DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI VE TEKNOLOJİNİN BİLİNÇLİ KULLANIMI**

Teknoloji; İnsanın maddi çevresini denetlemek ve değiştirmek amacıyla geliştirdiği araç gereçlerle bunlara ilişkin bilgilerin tümüdür (TDK). İnsan yaşamını kolaylaştırmak ve geliştirmek için sadece bir araçtır.

### **1.1. Teknoloji Kullanımını Nasıl Zararlı Hale Getiriyoruz?**

- Denetimsiz, sınırsız ve amaçsız,
- Gündelik yaşamı ve sorumlulukları aksatacak şekilde,
- Uzun süreli ve uygun olmayan içeriklerle, kullanımını nasıl zararlı hale getiriyoruz?
- Fiziksel, sosyal, psikolojik ve zihinsel gelişimi olumsuz etkileyecek şekilde teknoloji kullandığımızda, bu kullanım bizim için zararlı hale gelir.



[https://www.freepik.com/premium-vector/online-dating-app-set-virtual-internet-love-concept-mobile-phone-applications-romantic-relationship-flirting-chats-communication-flat-graphic-vector-illustrations-isolated-white-background\\_151567745.htm#fromView=search&page=1&position=9&uuid=40f3f499-a49c-4e4b-86f6-c9204c0551c5](https://www.freepik.com/premium-vector/online-dating-app-set-virtual-internet-love-concept-mobile-phone-applications-romantic-relationship-flirting-chats-communication-flat-graphic-vector-illustrations-isolated-white-background_151567745.htm#fromView=search&page=1&position=9&uuid=40f3f499-a49c-4e4b-86f6-c9204c0551c5)

Teknolojinin kullanımının en eğlenceli örneklerinden biri de dijital oyunlardır. Dijital oyun oyunların bilinçsiz ve kontrolsüz olarak oynanması riskli bir tablonun ortaya çıkmasına sebep olabilir.

## 1.2. Neden Dijital Oyunlar Oynuyoruz ?

- Kontrolsüz ve ölçsüz kullanımın ne olduğuna dair bilgi eksikliğimiz,
- Bağımlılığın sonuçlarını bilmememiz veya önemsemememiz,
- Merak duygumuz,
- Arkadaş çevremizin bağımlı olması,
- Canımızın sıkılması ve yapacak daha iyi bir şey bulamamamız,
- Dışlanma korkumuz,
- Problemleri nasıl çözeceğimizi bilmemek ve sorunlarımızı çözmek yerine teknolojiye yönelmemiz,
- Sosyal ilişki kuramamamız ya da kurarken güçlük çekmemiz,
- Gerçek dünyada başaramadığımız şeyleri sanal dünyada elde etmeye çalışmamız nedeniyle bu tür oyunlar oynuyoruz.





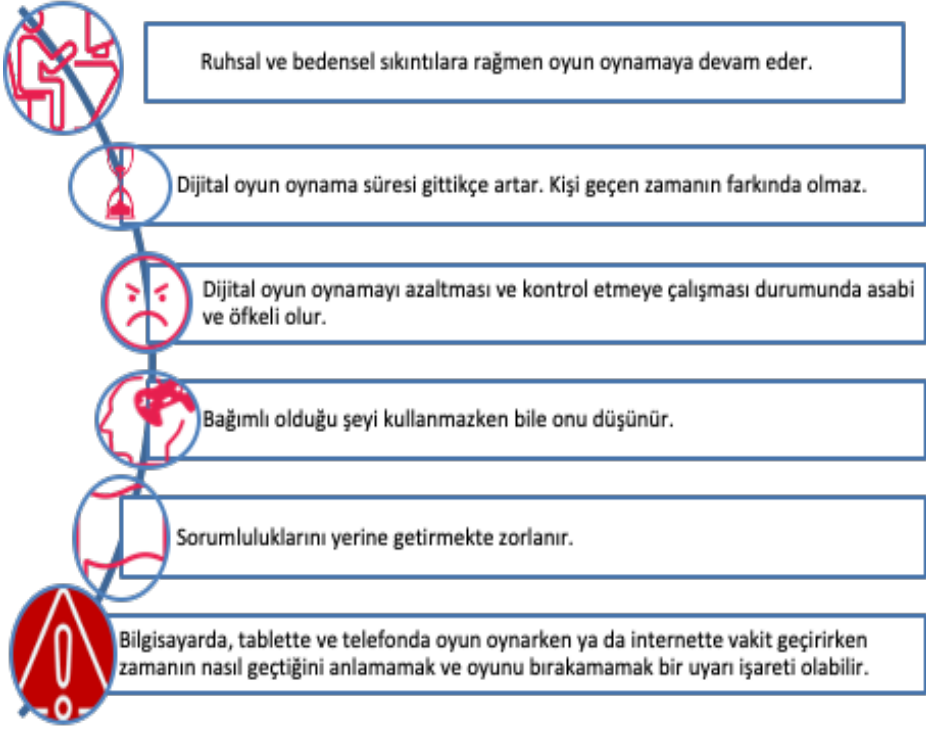


[https://www.freepik.com/premium-vector/addicted-online-games-illustration\\_8101870.htm#fromView=search&page=1&position=19&uud=67576013-2d0e-4ed0-b4a0-0d8ec6ac2783](https://www.freepik.com/premium-vector/addicted-online-games-illustration_8101870.htm#fromView=search&page=1&position=19&uud=67576013-2d0e-4ed0-b4a0-0d8ec6ac2783)

## 2.2. Dijital Oyun Bağımlılığı

- ▶ Giderek oyun başında daha fazla zaman geçirmek
- ▶ Aile ya da arkadaşlarla birlikte vakit geçirmek yerine oyun oynamayı tercih etmek
- ▶ Oyunlarda alınan başarı ve ilerlemeleri gerçek hayattaki başarılarından daha çok önemsemek
- ▶ Aileden uzaklaşmak, oyun başında geçirilen süreyle ilgili tartışmalar yaşamak
- ▶ Oyun başında geçirilen fazla süre sonucu;
  - ✓ Notların kötüleşmesi,
  - ✓ Devamsızlık sorunları,
  - ✓ Arkadaşlık ilişkilerinin bozulması,
  - ✓ Uykusuz kalma sorunlarının görülmesi.

### 2.3. Dijital Oyun Bağımlılığı Belirtileri



#### Risk Altında Olanlar



[https://www.freepik.com/free-vector/cyber-bullying-concept\\_8945181.htm#from-View=search&page=1&position=0&uuid=9a9bdb40-608b-4e3b-88d6-4ba3c7e6d96a](https://www.freepik.com/free-vector/cyber-bullying-concept_8945181.htm#from-View=search&page=1&position=0&uuid=9a9bdb40-608b-4e3b-88d6-4ba3c7e6d96a)

- Spordan uzak duran ve hareketsiz yaşamı tercih edenler,
- Olumsuz ve bağımlı arkadaş çevresi bulunanlar,



- ▶ *Ergenlik dönemi*, kişinin yaşamının şekillendiği ve bu dönemde sergilenen davranışların yetişkinlik dönemine de aktarıldığı bir dönem olarak yaşamın en önemli dönemlerinden biridir
- ▶ Dijital oyun bağımlılığı için en fazla risk taşıyan grup ergen yaş grubudur.
- ▶ Bu dönemde dijital oyun bağımlılığının görülmesi kişileri sadece bu dönemde birçok yönden olumsuz etkilemekle kalmaz aynı zamanda bu olumsuzlukların şiddeti yetişkinlik döneminde de artarak devam eder.

Çok aşırı ve bilinçsiz dijital oyun oynamak kişilerin hem ergenlik yıllarını hem yetişkin dönemdeki hedeflerinin hayallerinin gerçekleşmesini engeller.

## SONUÇ: HER AÇIDAN İSTENMEYEN BİR GELECEK...

## DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE

- Yeni sosyal becerilerin kazanılması oyun bağımlılığı için faydalı olabilmektedir.
- Kendini ifade edebilme, iletişim becerilerine sahip olabilmek, öfke kontrolü, zaman yönetimi becerilerine sahip olabilmegibi...

**Sosyal Beceriler Edinin!**



- Aile olarak geçirdiğiniz ortak vakitlerin olmasına ve bu vakitlerde herkesin birlikte olmasına özen gösterin. Özellikle kahvaltı ve akşam yemeklerini beraberce yemeye dikkat edin.

**Ortak Vakitleri Çoğaltın**



- Düzenli spor insanı bağımlılıktan uzak tutup bedeni ve zihni rahatlatır.
- Spor yapmak vücutta biriken enerjiyi sağlıklı bir şekilde boşaltmayı sağlar.

**Spor Yapın!**



- Evde/okulda severek yapabileceğiniz alternatifler bulun.
- Spor yapmak
- Hobi çalışması
- Okulda sınıfça yapılan etkinlikler, geziler
- Evde ailece oyunlar oynamak ya da sohbet etmek

**Alternatifler Oluşturun**



- Teknoloji ile geçireceğiniz zamanı baştan planlayın.

**Zaman Sınırlaması**



- Başta okul rehber öğretmenini olmak üzere ihtiyaç duyduğunuzda uzman desteğe ulaşabilirsiniz.

**Gerektiğinde Yardım İsteyin!**



- Teknoloji kullanımı/ oyun oynamak için makul bir zaman sınırlaması koyabilir ve bu süreyi yavaş yavaş azaltabilirsiniz.

**Kendinize Hedefler Koyun!**



- Alışkın olduğunuz teknoloji kullanma zamanını ve mekânını tam zıt saatlere ve mekânlara kaydırabilirsiniz.

**Alışkanlıkların ıza Oynayın!**



### **Düşünün!**

- Sanal ortamdaki başarı ve saygınlık mı daha değerli, gerçek hayattaki mi?

Ek olarak;

- Teknolojiyi bağımlı kullanmanın neler **kaybettirdiğini** yada bağımlı kullanım olmasa neler **kazanılacağını** ifade eden hatırlatıcıların kullanılması
- Günlük etkinliklerini planlamak (Dijital oyun oynama, ders çalışma, kitap okuma, dinlenme v.b. saatlerini belirlemek.) fayda sağlayabilir.

- **Teknolojik araçlarla geçirilen süre yaş gruplarına önerilen süreleri geçmemeli.**

- 9-12 yaş arası çocuklarda günlük toplam süre 60-70 dakika
- 12 yaş üzeri için bu süre en fazla 120 dakikadır.

- Ayrıca uyumadan 30-60 dakika önce teknoloji kullanımına son verilmelidir.
- Mümkünse okul zamanında hafta içi hiç bilgisayar ya da tablet kullanmamak. Hafta sonu oyun oynamak daha doğru olur.

- **Bağımlı olunan teknolojik cihazı ailece kullanmak**
- Evde birden fazla televizyon, bilgisayar vb. bağımlılık konusu olan cihaz varsa, bunları azaltıp tek bir cihazı ortak kullanım alanında evin diğer üyeleriyle paylaşarak kullanmak da çözüme yardımcı olacaktır.



- **Destek Gruplarına katılmak**
- Özellikle yoğun yalnızlık duyguları yaşayan veya sosyal destekleri zayıf olan kişilerin kendi yaşadıklarına benzer sorunlar yaşayan insanların yer aldığı psikolojik yardım gruplarına katılabilir.



- **Kişisel envanter oluşturmak**
- Kişinin problemleri teknoloji kullanımı nedeniyle aksattığı ya da ertelediği etkinlikleri önem derecesine göre sınıflandırması ve hayatında bu etkinliklere yer açması, ilgi alanlarına zaman ayırması istenebilir.
- Bu etkinlikler, kişinin hayatın zenginliğinin ve teknoloji kullanımı nedeniyle kaybettiğinin farkına varmasını sağlar. Öte yandan teknoloji kullanımının azaltılması sonrası yaşanan boşluk duygusunu da gidebilir.

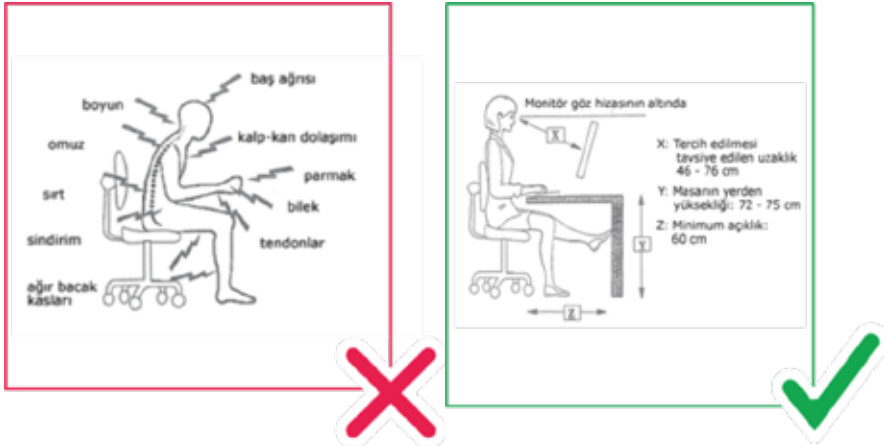
## TEKNOLOJİNİN BİLİNÇLİ KULLANIMI

### Teknoloji ile İlişkimiz Nasıl Olmalıdır?

- Spora ve hobilere vakit ayırın.
- Bilgisayarınızla sırdaş olmayın.
- Ailenizle daha fazla vakit geçirin.
- Mutlaka zaman sınırlaması koyun.
- Kitap okumaya vakit ayırın.
- Öğrenmeye ve ödevlerinize vakit ayırın.
- Dışarıda oyuna ve dinlenmeye vakit ayırın.
- Doğayla vakit geçirmenin rahatlatıcı etkilerinden yararlanın.
- Telefon yanınızda olmadan da dışarı çıkabileceğinizi unutmayın.



<https://www.shutterstock.com/tr/image-vector/self-care-personal-health-habits-combination-2053800446>





- Teknoloji kullanımı saatlerinde değişiklik yapmak
  - Teknoloji kullanımıyla ilgili kendinize hedefler belirleyin. Böylece amaçsız ve boşu boşuna bir kullanıma kendinizi kaptırmamış olursunuz.



- Günde ne kadar teknoloji kullanacağınızı oyun oynayacağınızı aile ve öğretmenleriniz ile değerlendirerek belirleyin. Belirlediğiniz süreye mutlaka uyun.
- Arkadaşlarınızla oyun oynamaya ve spora vakit ayırın. Böylece bilgisayar başında olduğu gibi hareketsiz kalmazsınız.
- Sanal değil gerçek bir arkadaş çevresinde bulunarak aktiviteler oluşturun, yeni arkadaşlıklar edinin. Böylece gerçek hayatla bağlantınız daha güçlü olur.
- Yapmak istediklerinizi listeleyn, listenizdekilerinden birini yaptıktan sonra listenizin en sonuna yeni bir isteğinizi yazın. Böylece hayatınızda teknoloji dışında da önem verdiğiniz şeyler olduğunu sürekli hatırlarsınız.



<https://www.shutterstock.com/tr/image-vector/feminine-concept-illustration-beautiful-women-different-1283951350>

- Gerçek dünyada olduğu gibi çevrimiçi ortamlarda da başkalarının haklarına saygılı davranmalıyız.
- Gerçek hayatta yapmayacağımız hiçbir şeyi sanal dünyada da yapmayın.
- İnternette bir bilginin herkese açık olması onu izinsiz kullanabileceğimizi göstermez, aldığınız her bilginin kaynağını belirtin.
- Herhangi bir şey paylaşmadan önce iki kez düşünün. Sildiğinizi düşünseniz bile dijital ayak izin sonsuza kadar kalabilir ve size zarar vermek için kullanılabilir.

### **Teknoloji kullanım süreleri en üst limittir aşılmamalı!**



Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2021). Teknoloji Yerinde Yeterince... TBM Alan Kitaplığı Dizisi: 9. İstanbul.

## KAYNAKÇA

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Screen Time and Children. (2023). Erişim adresi: [www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Guide/Children-And-Watching-TV-054.aspx](http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-And-Watching-TV-054.aspx)
- Karakuş Yılmaz, T., Bayzan, Ş., Gün, A., Yıldırım, Ö., Kurşun, E., Aslan, A. & Turgut, Y.E. (2023). Türkiye’deki Çocukların ve Ebeveynlerin Bilinçli ve Güvenli İnternet Kullanım, Deneyim ve Alışkanlıkları Raporu (Rapor No: 2), Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu.
- Koral, F. ve Alptekin, K. (2023). Dijital oyun bağımlılığı: Bir derleme çalışması. Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi, (11), 283-308. DOI: 10.54557/karataysad.1237807
- Mustafaoğlu R, Yasacı Z. (2018). Dijital Oyun Oynamanın Çocukların Ruhsal ve Fiziksel Sağlığı Üzerine Olumsuz Etkileri. Bağımlılık Dergisi. 19(3):51-58.
- Sağiroğlu, Ş., Bülbül, H. İ., Kılıç, A., Küçükali, M., Bayzan, Ş., & Samur, Y. (2022). DİJİTAL OYUNLAR-1.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Çocuk ve Ergenin Psikososyal Gelişim Dönemlerinde Bilişim Teknolojilerinin Etkisi. Davranışsal Bağımlılıkla Mücadele Programı.
- Tuncay, B., & Göger, B. (2022). Ergenlerde Dijital Oyun Bağımlılığı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Turkish Sleep Medicine, 9(1).
- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2016). Sağlıklı Bir Hayat İçin. TBM Alan Kitaplığı Dizisi No: 2.İstanbul.
- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2016). Teknoloji Canavara Dönüşmeden! TBM Alan Kitaplığı Dizisi: 17, 6. Baskı, İstanbul.
- Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2021). Teknoloji Yerde Yeterince... TBM Alan Kitaplığı Dizisi: 9.
- Yalçın Irmak A, Erdoğan S. (2016). Ergen ve genç erişkinlerde dijital oyun bağımlılığı: Güncel bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 27:128-37.



### 3. BÖLÜM

#### YAŞLILARDA SARKOPENİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI\*

**Öğr. Gör. Dr. Onur ÇETİNKAYA**

*Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi*

*Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu*

dr.onurcetinkaya01@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5328-9085>

**Öğr. Gör. Dr. Selva Ezgi AŞKAR**

*Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi*

*Eğitim Koordinatörlüğü*

selvaezgiaskar@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6509-6988>

**Prof. Dr. Özlem OVAYOLU**

*Gaziantep Üniversitesi*

*Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü*

drovayolu@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7335-4032>

\*Bu çalışma 15-18 Eylül 2023 tarihleri arasında Şuşa'da düzenlenen 4. Uluslararası Azerbaycan Sağlık Bilimleri Kongresi'nde özet bildiri olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Yaşlanma; canlının hücre, doku ve sistemler düzeyinde zaman geçtikçe meydana gelen, geri dönüşsüz, işlevsel ve yapısal değişikliklerin tamamını kapsayan fizyolojik bir süreçtir (Aslan & Hocaoglu, 2017). Yaşlılık ile ilgili pek çok tanım olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronolojik yaşı ele alarak 65 yaş ve üstü bireyleri yaşlı olarak adlandırmaktadır (Ekici, 2020). Türkiye’de yaşlı nüfus oranı 2021 yılında %9,7 olarak tespit edilmiştir. Dünya’da ise yaşlı nüfus oranının %9,8 olduğu raporlanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022).

İleri yaşlardaki bireylerde herhangi bir hastalık tanımına girmeyen klinik durumlar “geriatrik sendromlar” olarak adlandırılmaktadır (Gökçe Kutsal et al., 2020). Sarkopeni ise; primer olarak 65 yaş üstü bireylerde görülebilse de malnutrisyon, kronik hastalıklar, sedanter yaşam gibi durumlara sekonder olarak erken yaşlarda görülebilen geriatrik sendromlardan birisidir (Sökmen & Dişçigil, 2017). Kas kütlesi, kas kuvveti ve fiziksel performansın azalması sonucunda bireyin hareket kabiliyetini, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını ve fiziksel performansını olumsuz etkileyen bir durumdur (Karan & Satman, 2021). Yunanca sarkopeni, ”sarks (kas)” ve “penia (kayıp)” sözcüklerinden türemekte ve kas kaybı anlamına gelmektedir. Son yıllarda sadece kas kaybı ile ilişkili problemlerin yanı sıra asıl sorunun kas gücü kaybı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Toprak & Ergil, 2021). Yaşlı bireylerde önde gelen sağlık sorunlarından biri olan sarkopeni; sakatlık riskini, düşmeleri ve düşmelere bağlı yaralanmaları, hastaneye yatışları, bağımsızlığın kısıtlanmasını ve mortalitye de artırarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Papadopoulou, 2020). Bu nedenle özellikle yaşlanan toplumlarda sarkopeninin önlenmesi, bu popülasyonlarda sağlık ve yaşam beklentisinin iyileştirilmesi için sarkopeninin erken tanınması ve etkin yönetimi son derece önemlidir (Uchitomi, Oyabu, & Kamei, 2020).

## 1. SARKOPENİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Sarkopeni tanımı ilk olarak 1988 yılında Rosenberg tarafından ortaya atılmış; kasın kütlesinde ve gücünde progresif jeneralize kayıp olarak tanımlanmıştır (Sökmen & Dişçigil, 2017). Avrupa Geriatri Derneğine göre sarkopeni, ilerleyici ve genel kas kütlesi ve kuvvet kaybı ile ilerleyen bir sendrom olarak tanımlanmışsa da (Yaman, Vural, & Care, 2016), sarkopeni tanımı ile ilgili halen tam bir fikir birliğine varılamamıştır. Uluslararası Sarkopeni Çalışma Grubu

(IWGS) tarafından yaş ile ilişkili sarkopeni, “iskelet kas kütle ve fonksiyonunun yaş ile ilişkili kaybı” şeklinde tanımlanmıştır. Daha sonra bu grup sarkopeniyi “tüm vücut veya appendiküler yağsız kütle düşüklüğü ve kötü fiziksel fonksiyon kombinasyonu” şeklinde tanımlamıştır. Yaş ile ilişkili sarkopeni için bir diğer tanım 2010 yılında “Avrupa Yaşlılarda Sarkopeni Çalışma Grubu” (European Working Group on Sarcopenia in Older People-EWGSOP) tarafından geliştirilerek rapor edilmiştir. EWGSOP, sarkopeniyi “fiziksel engellilik, düşük hayat kalitesi ve ölüm gibi riskleri taşıyan, iskelet kas kütlelerinin ve gücünün ilerleyici ve jeneralize kaybı ile karakterize bir sendrom” olarak tanımlamıştır (Papadopoulou, 2020; Sumru Savaş, 2015; L. J. Yang et al., 2019).

### 1.1. Sarkopeninin Epidemiyolojisi

Toplumda sarkopeni prevalansı yaşa, cinsiyete ve ırka göre değişmekle birlikte tüm dünyada yapılmış 35 ayrı çalışmanın metaanalizinde hem kadınlarda hem de erkeklerde sarkopeni prevalansının %10 - 20 arasında olduğu belirlenmiştir (Mayhew et al., 2019). Farklı toplumlarda sarkopeni prevalansı incelendiğinde %9,9-40,4 arasında değiştiği bildirilmektedir (Gingrich et al., 2019). Genel popülasyonu kapsayan ve 58404 kişi ile yapılan bir metaanalizde ise kadınlarda ve erkeklerde oranlarının %10 olduğu ve Asyalı olmayan bireylerde daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (Shafiee et al., 2017). Bakımevinde kalan yaşlılarda sarkopeni prevalansını araştıran bir sistematik derlemede 129 bakımevindeki 3585 bireyden elde edilen veriler doğrultusunda sarkopeni prevalansının %41-59 arasında olduğu bulunmuştur (Shen et al., 2019).

### 1.2. Sarkopeninin Patofizyolojisi

Yaşlanma, karmaşık ve henüz tam olarak anlaşılmamış mekanizmalar ve yollarla yoluyla hipertrofi ve rejenerasyon arasında denge gerektiren durumlar iskelet kasının homeostazını bozmaktadır (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019). Ayrıca yaşlanma süreci ile birlikte progresif ve geri dönüşsüz olarak nöron ve kas lifleri arasında iletişim sağlayan motor birimlerde kayıp olmakta ve kas kütlelerinde azalmalar görülmektedir (Dişçigil & Sökmen, 2017). Bunların dışında sarkopeni patogeneğinde birden çok faktörlerin etkili olduğu öne sürülmektedir. Yaş, fiziksel hareketsizlik, nöromusküler bozukluklar, anabolizmaya karşı tokluk direnci,

endokrin faktörler, insülin direnci, oksidatif stres, mitokondriyal disfonksiyon ve inflamasyon önemli faktörler arasında yer almaktadır (Cho, Lee, & Song, 2022; Cruz-Jentoft & Sayer, 2019; Dişçigil & Sökmen, 2017; Papadopoulou, 2020; Tournadre, Vial, Capel, Soubrier, & Boirie, 2019). Yaşlanma sürecinde kas proteini anabolik ve katabolik yollar arasında bir dengesizliğe neden olmakta ve bu durum genel olarak iskelet kası kaybına yol açmaktadır. Sarkopenik kastaki hücresel değişiklikler arasında, özellikle tip II lifleri etkileyen miyofibrillerin boyutu ve sayısındaki azalma yer almaktadır. Bu kısmen kas liflerinin tip II'den tip I'e yaşla birlikte geçişine, kas içi ve kaslar arası yağ infiltrasyonuna (miyosteatoz) ve tip II lif satellit hücrelerinin sayısında azalmaya bağlıdır (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019). Kaslarda ve kas liflerinde başlayan bu azalma 50 yaşından itibaren başlamaktadır ve 80 yaşına gelindiğinde kas liflerinin %50'si kaybedilmektedir (Papadopoulou, 2020).

Fiziksel hareketsizlik kas kütlesi ve güç kaybını hızlandırmaktadır. Yatak istirahati sırasında, genç bireylerde bile 10 gün sonra 1 kg kas kütlesi ve sadece beş gün sonra kuadriseps kuvvetinin %9'u kaybedilmektedir. Kas kaybına nörolojik bozukluklar da katkıda bulunmaktadır. Bu bozukluklar arasında motor korteks atrofisi, nörotransmitterlerdeki değişiklikler, yavaş kasılan liflerin baskınlığına yol açan hızlı kasılan liflerin kaybı ve motor ünite kaybindan ve yeniden yapılanmasından sorumlu motor nöronların kaybı yer almaktadır (Tournadre et al., 2019).

Kas protein kütlesindeki azalma, protein sentezi (anabolizma) ve proteoliz (katabolizma) arasındaki dengesizliğin sonucudur. Bu nedenle protein sentezi için diyetten veya proteolitik olaylardan yeterli miktarda amino asit elde edilmelidir. Açlık durumunda, protein sentezi protein katabolizmasının altına düştüğü için protein dengesi negatiftir. Ancak yemekten sonra, özellikle yemek protein açısından yüksekse, protein sentezi arttığı ve proteoliz azaldığı için protein dengesi normal olarak pozitif hale gelmektedir. Yaşlanma sürecindeki bu dengesizlik çeşitli beslenme faktörlerine (diyet proteini, aminoasitler, insülin) yanıt olarak protein sentezleme yeteneğindeki bozukluklarla ilişkilidir (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019; Tournadre et al., 2019). Ayrıca, yaşlanma ile beraber azalan hormonların (kortikosteroidler, büyüme hormonu, östrojenler, androjenler, insülin benzeri büyüme faktörü-1), kronik enflamasyon ile ilişkili olarak artan proinflamatuvar sitokinlerin [interlökin-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), interlökin-6 (IL-6), Tümör nekroz faktör- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )] sarkopeninin gelişiminde etken olduğu da düşünülmektedir. Araştırmalarda reaktif oksijen türlerine maruz kalmanın



ve buna bağlı olarak oksidatif stresin artması ile kas kaybının görüldüğü belirtilmektedir (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019; Dişçigil & Sökmen, 2017; Papadopoulou, 2020; Tournadre et al., 2019).

### 1.3. Sarkopenide Etiyolojik Faktörler

Sarkopeni doğrulandıktan sonra, altta yatan nedenlerin belirlenmesi için sistematik bir yaklaşım gerekmektedir. Sarkopenide altta yatan en sık nedenler Tablo 1’de özetlenmiştir (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019).

**Tablo 1.** Sarkopenide Altta Yatan Nedenleri

Beslenme	İmmobilité	Hastalık	İyatrojenik
• Düşük protein ve enerji alımı	• Yatak istirahati	• Kas iskelet sistemi hastalıkları	• Hospitilizasyon
• Mikrobesein eksikliği	• Düşük aktivite ve sedanter yaşam	• Kardiyorespiratuvar hastalıklar	• Madde kullanımı
• Malabsorbsiyon ve diğere gastrointestinal sorunlar		• Metabolik ve endokrin hastalıklar (Diyabet gibi)	
• Anoreksiya		• Nörolojik bozukluklar	
		• Kansere	
		• Karaciğere ve böbrek hastalıkları	

### 1.4. Sarkopeninin Tanılanması

Sarkopeni ile ilgili literatürde birkaç tanı klavuzu bulunmaktadır. Bu tanı klavuzları EWGSOP, IWGS, Asya Sarkopeni Çalışma Grubu (AWGS) ve Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüleri Vakfı (FNIH) tarafından yapılan sarkopeni ile ilgili çalışmalar sonucunda oluşturulmuştur (Cruz-Jentoft et al., 2019; Gao et al., 2015; Lera et al., 2017; Papadopoulou, 2020; M. Yang et al., 2018). EWGSOP

2010 yılında, sarkopenili kişilerin tanılanması ve bakımındaki ilerlemeleri teşvik etmeyi amaçlayan bir sarkopeni tanımı yayınlamıştır. Çalışma grubu, son 10 yılda oluşturulan bilimsel ve klinik kanıtları yansıtmak amacıyla mevcut tanımı güncellemek için 2018 yılında yeniden bir araya gelerek bir kılavuz (EWGSOP2) yayınlamıştır (Cruz-Jentoft et al., 2019). Bu kılavuzda yer alan spesifik hedefler aşağıda verilmiştir:

- (1) İskelet kası hakkında bilimsel, epidemiyolojik ve klinik bilgilerdeki son gelişmeleri yansıtan bir sarkopeni tanımı oluşturmak,
- (2) Sarkopeniyi en iyi saptayan ve sonuçları öngören değişkenleri tanımlamak ve her bir değişkeni ölçmek için en iyi araçları belirlemek,
- (3) Ölçülen değişkenler için kesme noktaları önermek,
- (4) Kullanımı kolay, güncellenmiş bir tarama ve değerlendirme yolu önermek (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Günümüzde kas gücü, kas fonksiyonunun en güvenilir ölçüsü olarak belirtilmektedir. EWGSOP2'nin 2018 raporuna göre sarkopenide birincil parametre düşük kas gücüdür. Spesifik olarak düşük kas gücü tespit edilmesi durumu, olası sarkopeni olarak adlandırılmaktadır. Düşük kas gücüne, düşük kas miktarı/kalitesinin eşlik etmesi ile kesin tanı konulmaktadır. Düşük fiziksel performans, düşük kas gücü ve düşük kas miktarı/kalitesi saptandığında ise ciddi sarkopeni olarak kabul edilmektedir. Sarkopeni tanı ölçütleri Tablo 2'de verilmiştir (Cengiz, 2019; Cruz-Jentoft et al., 2019).

**Tablo 2.** EWGSOP2 Sarkopeni Tanı Ölçütleri

(1) Düşük kas gücü,
(2) Düşük kas miktarı ve kalitesi,
(3) Düşük fiziksel performans,
Olası sarkopeni birinci kriter ile anlaşılır.
İkinci kriterin eklenmesi ile tanı kesinleşir.
Üç kriterin birlikte olması şiddetli sarkopeniyi gösterir.

Kas gücünün ölçümünde değerlendirilen kavrama kuvvetinin (el kavrama gücü) ölçülmesi oldukça basit ve ucuz bir yöntemdir. Bu yöntemde kas gücü el dinamometresi kullanılarak el kavrama testi (Hand grip test) ile değerlendirilmektedir. Normalde erkeklerde  $\geq 27$  kg, kadınlarda  $\geq 16$  kg olmalıdır.

Bu değerlerin altındaki ölçümler olası sarkopeni olarak tanımlanmaktadır (Cruz-Jentoft et al., 2019; Karan & Satman, 2021). Klinik ortamlarda ise kas kütlelerini değerlendirmek için kullanılan en doğru yöntemler, biyoelektrik empedans analizi (BIA) ve çift enerjili X-ışını absorpsiyometrisidir (DXA). Özellikle doğruluğu, geniş kullanılabilirliği ve aynı zamanda uygun olması nedeniyle bu yöntemler klinikte altın standart olarak kabul edilmektedir. BIA yöntemiyle ölçülebilen apendiküler iskelet kas kütlesi (ASM, her iki kol ve bacak kas kütlesi) veya ASM/boy<sup>2</sup> (ASMI) ile ölçülmektedir. Normalde ASM kadında  $\geq 15$  kg, erkekte  $\geq 20$  kg; ASMI ise kadında  $\geq 5,5$  kg/m<sup>2</sup>, erkekte  $\geq 7$  kg/m<sup>2</sup> olmalıdır. Ayrıca EWGSOP2, DXA'nın yanı sıra manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve bilgisayarlı tomografi (CT) kullanımını da tavsiye etmektedir.

Düşük fiziksel performansın değerlendirilmesinde ise kalk-yürü testi ve yürüme hızı testinden yararlanılmaktadır. Normal yürüme hızı  $\geq 0,8$  m/s olmalıdır. Bununla beraber bireyin sandalyeden kalk yürü testinde üç metre mesafeyi 20 saniyenin altında yürümesi gerekmektedir.

Hastaların sarkopeninin özelliği olan belirtiler hakkında kişisel bildirimlerde bulunması da oldukça önemlidir. Bu doğrultuda EWGSOP2, hastalardan sarkopeni belirtilerine yönelik bilgi elde etmenin önemli bir yolu olarak SARC-F anketinin kullanılmasını önermektedir. SARC-F toplum sağlık hizmetlerinde ve diğer klinik ortamlarda kolaylıkla kullanılabilir. Anket, sarkopeni riski için bir tarama olarak hastalar tarafından bildirilen beş maddelik bir ankettir. Yanıtlar, hastanın güç, yürüme yeteneği, sandalyeden kalkma, merdiven çıkma ve düşme deneyimlerindeki sınırlamalarına ilişkin yeteneklerini sorgulamaktadır. SARC-F anketinden dört ve üzeri puan alan veya sarkopeni şüphesi olan kişinin kas kuvvetinin ölçülmesi gerekmektedir (Cho et al., 2022; Cruz-Jentoft et al., 2019; Cruz-Jentoft & Sayer, 2019; Karan & Satman, 2021; Papadopoulou, 2020; Tournadre et al., 2019).

### 1.5. Sarkopeni Tedavisi

Sarkopeni, değişken risk faktörleriyle ilişkili olup, genellikle yaşlanma sonucu ortaya çıkan kas kütlesi, gücü ve işlevindeki azalmayı kapsamaktadır (Cho et al., 2022). Sarkopenili hastalarda olumlu sonuçların alınabilmesi için erken teşhis ve erken müdahale kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle yaşlı hastaların fiziksel işlevleri ve günlük yaşam aktiviteleri (GYA) açısından taranması, sağlık hizmeti

ziyaretlerinin rutin bir parçası olmalıdır. Ayrıca bozulmuş GYA'sı olan hastalar sarkopeni için daha spesifik testlerden geçirilmelidir (Dhillon & Hasni, 2017). Sarkopeni yönetiminde temel amaç, yaşlılık sonucunda gelişen diğer sistemik ve fiziksel değişiklikleri göz önünde bulundurarak yaşlıyı aktif tutmak olmalıdır (Karan & Satman, 2021). Son zamanlarda sarkopeni tedavisinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımlardan yararlanılmaya başlanmıştır (Chen et al., 2020; Cruz-Jentoft & Sayer, 2019; Tournadre et al., 2019).

## 2. FARMAKOLOJİK YAKLAŞIM

Günümüzde sarkopeni tedavisinde kullanılan FDA onaylı bir ilaç bulunmamaktadır (Dhillon & Hasni, 2017). Farmakolojik tedavi yaklaşımlarını hormonal tedaviler, biyolojik ajanlar ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADEİ) oluşturmaktadır (Dişçigil & Sökmen, 2017; Li, Yue, & Liu, 2020; Tournadre et al., 2019).

### *Hormonal Tedaviler*

Yaşlanma fizyolojisinde azalma gösteren büyüme hormonu, östrojen ve testosteron için replasman tedavisi ön plandadır. Ancak bu hormonların olası etkileri sebebiyle sıklıkla tercih edilmemektedir (Dişçigil & Sökmen, 2017). Testosteron sadece kemik mineral yoğunluğunu ve kemik gücünü artırmakla kalmayıp, aynı zamanda yaşlılarda kas gücünü de arttırmaktadır. Düşük doz testosteron kas kütlelerini artırıp total yağ miktarını azaltırken, yüksek doz testosteron aynı anda hem erkekler hem de kadınlar için etkili olan kas kütlelerini ve kas gücünü artırabilmektedir. Ancak erkeklerde artmış prostat kanseri riski, kadınlarda ise virilizasyon ve genel olarak artmış kardiyovasküler olay riski gibi yan etkileri nedeniyle kullanımları sınırlı olmaktadır (Dhillon & Hasni, 2017; Li et al., 2020). Östrojenin azalması ile birlikte kas performansında bozulmalar olduğu görülmektedir. Ancak replasman tedavisi ile kas kompozisyonu ve işlevi üzerine belirgin etki görülmemesi, ayrıca artmış kardiyovasküler hastalık ve meme kanseri riskinden dolayı tercih edilmemektedir (Bayram & Güneş, 2020). Büyüme hormonu da anabolitik etkisini IGF-1 aracılığıyla göstermektedir. Yaşlılık ile beraber büyüme hormonu ve IGF-1'de azalmalar meydana gelmektedir. Yaşlılarda büyüme hormonu replasmanının kas kütlelerini arttırdığı ancak kas gücünde belirgin etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Sarkopenide

büyüme hormonlarının etkinliği ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Bayram & Güneş, 2020; Li et al., 2020).

D vitamini ise kemik ve kas metabolizmasında önemli fonksiyonları olan bir vitamindir. D vitamini düşüklüğünün tip 2 kas liflerinde atrofi ve sarkopeni ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. D vitamini düşük seyreden bireylerde D vitamini replasmanının kas gücünü arttırdığı ve sonuç olarak düşmeleri önlediği saptanmıştır (Uchitomi et al., 2020).

### ***Biyolojik Ajanlar***

Miyostatin, iskelet kasında sentezlenen ve kas atrofisini azaltan bir proteindir. Bir monoklonal antikör olan anti-miyozin antikorlarının farelerde kas kuvvetini ve kütlelerini arttırdığı tespit edilmiştir. Ancak insanlarda kullanımıyla ilgili kanıt ihtiyacı devam etmektedir (Gökçe et al., 2020; Tournadre et al., 2019).

### ***Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri***

ADEİ'nin iskelet kaslarını olumlu etkilediği düşünülmektedir. Antiinflamatuvar etki, anjiogenezis ve endotelial fonksiyonda düzelme üzerine etkisi bu görüşü desteklemektedir. Ancak ADEİ'lerin kas gücü üzerine doğrudan etkisinin olduğunu kanıtlayan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle ADEİ'nin sarkopeni tedavisinde kullanımı ile ilgili destekleyici çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Dişçigil & Sökmen, 2017; Li et al., 2020).

## **3. FARMAKOLOJİK OLMAYAN YAKLAŞIMLAR**

Sarkopeni tedavisinde nonfarmakolojik yaklaşımın temelini fiziksel egzersiz ve beslenme tedavisi oluşturmaktadır (Dişçigil & Sökmen, 2017).

### ***Fiziksel Egzersiz***

Egzersiz eksikliği, sarkopeni açısından en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Sedanter yaşam tarzına sahip hastalarda 50 yaşından itibaren kas lifinde ve kuvvetinde kademeli düşüş görülmektedir (Cho et al., 2022). Egzersiz yaklaşımları, yaşlılarda eklem hareket açıklığının artırılması, ağrının kontrol altına alınması, kas kuvveti ve endüransının artırılması amacıyla uygulanmaktadır. Hastalığa bağlı olumsuz süreci önleyecek veya tersine

çevirebilecek, kas iskelet sistemi, endokrin ve immün sistem üzerine olumlu fizyolojik etkileri kanıtlanmış, basit ve maliyeti düşük bir yaklaşım olarak belirtilmektedir (Karan & Satman, 2021). Düşük seviyeli fiziksel aktivite, kardiyovasküler riskte, insülin direncinde ve mortalitede azalmaya neden olmaktadır. Fiziksel aktivite, kas hücreleri tarafından mitokondriyal yağ asidi beta oksidasyonunu artırarak lipotoksisteyi azaltmaktadır ve kas protein sentezini arttırmaktadır (Tournadre et al., 2019). Ayrıca düzenli egzersizin anti-inflamatuvar ve anti-oksidatif etkileri nedeniyle kas kaybını durdurduğu ve geriletebildiği saptanmıştır (Cengiz, 2019). Yüzme, koşma, yürüme gibi aerobik egzersizler, geniş kas gruplarının aktivasyonunu sağlayarak kardiyovasküler zindelik sağlamaktadır. Orta şiddette bir aerobik egzersiz haftada 2-3 kez şeklinde önerilmektedir. Aerobik egzersiz, kas hipertrofisi üzerine katkısının az olmasıyla birlikte kas liflerinin kesitsel alanını arttırabilmektedir. Ayrıca toplam vücut yağını da azaltabilmektedir (Bayram & Güneş, 2020; Dişçigil & Sökmen, 2017). Direnç egzersizleri ise bir kuvvete veya ağırlığa karşı yapılan egzersizler olarak tanımlanmaktadır ve sarkopenin tedavisinde oldukça önemlidir. Literatürde direnç egzersizlerinin, kas gücünün ve kas kütlelerinin arttırması ile sarkopeni gelişiminin azaltılması üzerine etkilerinin oldukça fazla olduğu belirtilmektedir. Örneğin; yoğun ve düzenli şekilde uygulanan direnç egzersizleri ile hem kas gücünde, hem de kas kesitsel alanında önemli ölçüde artış sağlanabilmektedir (Bayram & Güneş, 2020; Cho et al., 2022; Dhillon & Hasni, 2017). Ancak etkin egzersizin türü, süresi ve sıklığı konusunda bir standardizasyon sağlanamamış olup, yapılan çalışmalarda egzersiz programının bireye özgü planlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019; Gökçe et al., 2020).

### ***Beslenme Tedavisi***

Malnütrisyondun sarkopeni patogenezinde rol oynadığı ve birçok yaşlı insanda, kas fonksiyonunda azalmaya neden olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte yaşlanmayla beraber azalan besin alımının sarkopeni gelişimindeki rolü net değildir (Bayram & Güneş, 2020). Yaşlı bireylerin diyetle yetersiz protein alması, yağsız vücut kütlelerinde azalmaya ve fonksiyonel bozukluğunun artmasına sebep olmaktadır (Dişçigil & Sökmen, 2017). Beslenme tedavisi, sarkopeniyi ve sarkopeniye bağlı olumsuz sonuçları önleme ya da geciktirme açısından oldukça önemlidir. Besin desteği sağlanırken yeterli enerji takviyesinin

yanında yeterli protein alımının sağlanması da oldukça önemlidir. Özellikle 65 yaş üstündeki bireylerde kas kütesinin ve kas fonksiyonunun korunması için günde 1.0-1.2 g/kg protein alınması önerilmektedir. Ayrıca yeterli vitamin ve mineral alımı ile beraber kas protein metabolizmasına olumlu etkileri olan D vitamini takviyesi de sarkopeni tedavisinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Bayram & Güneş, 2020; Dişçigil & Sökmen, 2017; Tournadre et al., 2019). Ancak beslenme tedavisinin tek başına sarkopeninin önlenmesi veya tedavisinde etkili olduğuna dair kanıtlar yetersizdir. Bunun yerine fiziksel egzersiz ve beslenme tedavisinin birlikte uygulanmasının sarkopeni tedavisinde daha etkin olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019).

#### 4. SARKOPENİDEN KORUNMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Sarkopeni özellikle yaşlanmayla birlikte görülen multifaktöriyel ve global bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Mekanizması hala tam bilinmemekle birlikte yaşlılık en önemli etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Bayram & Güneş, 2020; Dişçigil & Sökmen, 2017). Sağlıklı yaşam davranışları, doğru egzersiz programları ve uygun beslenme yaklaşımları, sarkopeniden korunmada ve sarkopeni tedavisinin tüm aşamalarında etkili olan temel unsurlardır (Dişçigil & Sökmen, 2017).

Multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektiren sarkopeni bakımında özellikle hemşirelerin kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD) ile risk altındaki yaşlıları taraması oldukça önemlidir. Yaşlı bireylerde olası geriatrik sendromları belirlemek amacıyla KGD yapılmasının, yaşlılar arasında var olan farklılıkların belirlenmesi ve bu farklılara uygun tedavi ile bakım yaklaşımlarının kişiselleştirilmesi açısından yararlı olacağı öngörülmektedir. Sarkopeniden korunma amacıyla, fiziksel aktivitenin sürdürülmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, sosyal ve psikolojik açıdan aktif bir yaşam sürdürme, egzersiz yapılması gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi konularına yönelik, toplumun bilinçlendirilmesinde hemşirelerin eğitici rolü önemli bir yere sahiptir (Kapucu & Ünver, 2017; Sağlam & Küçükgülü, 2021)

Her yaşlı için mevcut kronik hastalıkları, kilosu, kas gücü, fonksiyonel kapasitesi, kişisel tercihleri, sosyal desteği, çevresel engelleri gibi özelliklere göre bireyselleştirilmiş beslenme ve egzersiz programı düzenlenmelidir (Sumru Savaş & Akçiçek, 2017). Bu doğrultuda kliniklerde ve birinci basamak sağlık

hizmetlerinde bulunan hemşirelerin sarkopeninin taranması, tanınması ve tanılanmış sarkopeni hastalarında beslenme destek tedavisinin ve egzersiz programının izleminde rolü oldukça önemlidir. Ayrıca hemşirelerin, farmakolojik tedavi alan hastaların ilaca bağlı yan etkileri ve ilaç uyumları konusunda dikkatli olması gerekmektedir (Karan & Satman, 2021).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sarkopeni, yalnızca yaşa bağlı bir sorun olarak değil, aynı zamanda birçok uzun vadeli durumla da ilişkili olarak giderek daha fazla tanınmaktadır (Cruz-Jentoft & Sayer, 2019). Ancak sağlıklı yaşam ve uygun beslenme, yeterli fiziksel aktivite ve egzersiz programı ile sarkopeniden korunmak ve sarkopeni tedavisini sürdürmek mümkün olabilmektedir. Bu doğrultuda direnç egzersizleri kas gücünü ve kütlesini artırıcı etkilerinden dolayı önerilmektedir. Özellikle sarkopeni tanılı yaşlılarda 1-1,5 g/kg/gün protein alımı ve proteinin öğünlere bölünmesi tavsiye edilmektedir. (Bayram & Güneş, 2020). Son olarak hemşirelerin, sarkopeni açısından yüksek risk grubunu oluşturan yaşlıları yakından takip etmesi, sarkopenik yaşlılarda izlem ve tedavide etkin rol alması ve yaşlıların yaşam kalitesinin desteklenmesi açısından oldukça önemlidir.



**KAYNAKÇA**

- Aslan, M., & Hocoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Bayram, H. M., & Güneş, F. (2020). Sarkopeni ve beslenme yaklaşımı. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(1), 27-36.
- Cengiz, C. (2019). Siroz ve Sarkopeni. *Güncel Gastroenteroloji*.
- Chen, L. K., Woo, J., Assantachai, P., Auyeung, T. W., Chou, M. Y., Iijima, K., . . . Arai, H. (2020). Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc*, 21(3), 300-307.e302. doi:10.1016/j.jamda.2019.12.012
- Cho, M. R., Lee, S., & Song, S. K. (2022). A Review of Sarcopenia Pathophysiology, Diagnosis, Treatment and Future Direction. *J Korean Med Sci*, 37(18), e146. doi:10.3346/jkms.2022.37.e146
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., . . . Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*, 48(1), 16-31. doi:10.1093/ageing/afy169
- Cruz-Jentoft, A. J., & Sayer, A. A. (2019). Sarcopenia. *Lancet*, 393(10191), 2636-2646. doi:10.1016/s0140-6736(19)31138-9
- Dhillon, R. J., & Hasni, S. (2017). Pathogenesis and Management of Sarcopenia. *Clin Geriatr Med*, 33(1), 17-26. doi:10.1016/j.cger.2016.08.002
- Dişçigil, G., & Sökmen, Ü. N. (2017). Yaşlılıkta sarkopeni. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(2), 49-54.
- Ekici, E. (2020). Covid 19 pandemisi sürecinde yaşlı bireylerin bakım yönetimi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 145-152.
- Gao, L., Jiang, J., Yang, M., Hao, Q., Luo, L., & Dong, B. (2015). Prevalence of Sarcopenia and Associated Factors in Chinese Community-Dwelling Elderly: Comparison Between Rural and Urban Areas. *J Am Med Dir Assoc*, 16(11), 1003. e1001-1006. doi:10.1016/j.jamda.2015.07.020
- Gingrich, A., Volkert, D., Kiesswetter, E., Thomanek, M., Bach, S., Sieber, C. C., & Zopf, Y. (2019). Prevalence and overlap of sarcopenia, frailty, cachexia and malnutrition in older medical inpatients. *BMC Geriatr*, 19(1), 120. doi:10.1186/s12877-019-1115-1
- Gökçe, Y. K., Özdemir, O., Sarıdoğan, F., Günendi, Z., Küçükdeveci, A., Kirazlı, Y., & Meray, J. (2020). Osteosarkopeni: Klinik Perspektif. *Turk J Osteoporos*, 26, 47-57.

- Kapucu, S., & Ünver, G. (2017). Kırılgan Yaşlı ve Hemşirelik Bakımı/Fragile Elderly and Nursing Care. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 122-129.
- Karan, M. A., & Satman, İ. (2021). Türkiye Yaşlı Sağlı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü*, 1, 546.
- Lera, L., Albala, C., Sánchez, H., Angel, B., Hormazabal, M. J., Márquez, C., & Arroyo, P. (2017). Prevalence of Sarcopenia in Community-Dwelling Chilean Elders According to an Adapted Version of the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) Criteria. *J Frailty Aging*, 6(1), 12-17. doi:10.14283/jfa.2016.117
- Li, W., Yue, T., & Liu, Y. (2020). New understanding of the pathogenesis and treatment of stroke-related sarcopenia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 131, 110721.
- Mayhew, A. J., Amog, K., Phillips, S., Parise, G., McNicholas, P. D., de Souza, R. J., . . . Raina, P. (2019). The prevalence of sarcopenia in community-dwelling older adults, an exploration of differences between studies and within definitions: a systematic review and meta-analyses. *Age Ageing*, 48(1), 48-56. doi:10.1093/ageing/afy106
- Papadopoulou, S. K. (2020). Sarcopenia: A Contemporary Health Problem among Older Adult Populations. *Nutrients*, 12(5). doi:10.3390/nu12051293
- Sağlam, B. Ö., & Küçükgüçlü, Ö. (2021). Yaşlılarda Sarkopeni ve Hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 461-470.
- Savaş, S. (2015). Sarkopeniden korunma. *J Ege Tıp Dergisi*, 54.
- Savaş, S., & Akçiçek, F. (2017). Yaşlılık hakkında herşey. İleri yaşta kas erimesi el kitabı.
- Shafiee, G., Keshkar, A., Soltani, A., Ahadi, Z., Larijani, B., & Heshmat, R. (2017). Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta- analysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord*, 16, 21. doi:10.1186/s40200-017-0302-x
- Shen, Y., Chen, J., Chen, X., Hou, L., Lin, X., & Yang, M. (2019). Prevalence and Associated Factors of Sarcopenia in Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*, 20(1), 5-13. doi:10.1016/j.jamda.2018.09.012
- Sökmen, Ü. N., & Dişçigil, G. (2017). Yaşlılıkta sarkopeni. *J The Journal of Turkish Family Physician*, 8(2), 49-54.
- Toprak, K., & Ergil, J. (2021). Sarkopenik Olgu: Beslenme Destek Tedavisinin İzlemi.

*Beslenme ve Diyet Dergisi*, 49(1), 108-114.

- Tournadre, A., Vial, G., Capel, F., Soubrier, M., & Boirie, Y. (2019). Sarcopenia. *Joint Bone Spine*, 86(3), 309-314. doi:10.1016/j.jbspin.2018.08.001
- TürkiyeİstatistikKurumu. (2022). İstatistiklerle Yaşlılar. Retrieved from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2021-45636#:~:text=Ya%C5%9Ff%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,245%20bin%20124%20ki%C5%9Fi%20oldu>.
- Uchitomi, R., Oyabu, M., & Kamei, Y. (2020). Vitamin D and Sarcopenia: Potential of Vitamin D Supplementation in Sarcopenia Prevention and Treatment. *Nutrients*, 12(10). doi:10.3390/nu12103189
- Yaman, H., Vural, R., & Care, P. (2016). Management of sarcopenia in elderlies. *J Turkish Journal of Family Medicine*, 10(4), 243-249.
- Yang, L. J., Wu, G. H., Yang, Y. L., Wu, Y. H., Zhang, L., Wang, M. H., . . . Weng, X. F. (2019). Nutrition, Physical Exercise, and the Prevalence of Sarcopenia in Elderly Residents in Nursing Homes in China. *Med Sci Monit*, 25, 4390-4399. doi:10.12659/msm.914031
- Yang, M., Hu, X., Xie, L., Zhang, L., Zhou, J., Lin, J., . . . Wu, L. (2018). Screening Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: SARC-F vs SARC-F Combined With Calf Circumference (SARC-CalF). *J Am Med Dir Assoc*, 19(3), 277.e271-277.e278. doi:10.1016/j.jamda.2017.12.016



## 4. BÖLÜM

### MENOPOZDA CİNSEL YAŞAMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Öğr. Gör. Dr. Serap KIRICI**

*Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi*

*Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,*

*Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Evde Hasta bakımı Programı*

*serapkirici@kmu.edu.tr*

<https://orcid.org/0000-0002-7965-5442>

### GİRİŞ

Menopozal dönemde kadınlar hormonal değişiklikler ve ovulasyonun bitmesi sonucu vazomotor değişimler, ruhsal değişimler ve pelvik taban değişimleri kadınlarda cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (Özcan ve Oskay, 2013; Var ve ark., 2018). Bu sebeple menopozal dönemin sağlık profesyonelleri tarafından özel olarak ele alınması gerekmektedir. Bu döneme özgü semptomların erken tanınması, bu semptomlara yönelik yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadınlarda sağlık bilincinin oluşturulması, bu dönemde yaşanabilecek sorunlarla başa çıkmada yarar sağlayacaktır.

Menopozda cinsel yaşamı etkileyen faktörler aşağıda sıralanmıştır.

### 1. SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER

Kadınların yaşları (Carranza-Lira ve Núñez, 2018; Shin ve ark., 2017; McCaba ve ark., 2016; Şentürk Erenel, 2015), çalışma durumu (Yanikkerem ve

ark., 2018; Charandabi ve ark., 2015), gelir durumu (Yanikkerem ve ark., 2018; Charandabi ve ark., 2015; Ruiz-Muñoz ve ark., 2013; Verit ve ark., 2009) ve eğitim seviyesi (Yanikkerem ve ark., 2018; Nazarpour ve ark., 2016b; Şentürk Erenel, 2015; Chae ve ark., 2014) gibi faktörlerin cinsel yaşam üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde 282 menopozal dönemdeki kadınla yapılan çalışmada, kadınların %79,4'ünde CFB belirlenmiş ve yaşın artmasının cinsel fonksiyonu negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Andaç ve Aslan, 2017). Çin'de 45-60 yaş aralığında olan 120 kadınla yapılan çalışmada kadının yaşının artmasıyla CFB sıklığında da arttığı tespit edilmiş ve kadınların yarısından fazlasının eşleriyle cinsellik hakkında konuşmadıkları tespit edilmiştir (Zhang ve ark., 2017). Brezilya'da 40-65 aralığında olan 370 kadınla yapılan çalışmada kadınların % 67'sinde CFB belirlenmiş, The Female Sexual Function Index (FSFI) skoru kadınların eğitim seviyesi ile pozitif, yaşı ile negatif korelasyon göstermiştir (Cabral ve ark., 2013). Ülkemizde 113 menopozlu kadınla yapılan çalışmada CFB oranı %57,5 olarak saptanmıştır. Menopoz süresinin ve yaşın artmasıyla cinsel fonksiyonun olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Cinsel problem yaşadıklarını belirten kadınların FSFI puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Kömürcü ve İşbilen, 2011). İspanya'da 40-65 yaş aralığında ve yaş ortalaması 51 olan 179 seksüel aktif kadınla FSFI ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada CFB oranı %36,9 olarak bulunmuştur. Cinsel fonksiyonun duygusal yakınlıktan memnun olma durumu, eşle iletişimin iyi olması, kadın ve eşin yaşı, eğitim seviyeleri ile pozitif; eşte cinsel problem varlığı ve depresif semptom düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Pérez-López ve ark., 2012). Malezya'da FSFI ölçeği kullanılarak 18-65 yaş aralığında olan 163 kadınla yapılan çalışmada kadınlarının %34,4'ünün menopozal dönemde olduğu ve yaş ortalamalarının 44,0±10,4 olduğu belirlenmiştir. CFB sıklığının 31-35 yaş aralığındaki kadınlarda %17,7, 46-65 yaş aralığındaki kadınlarda %38,8 oranında olduğu saptanmıştır. CFB riskinin 45 yaş ve üzerindeki kadınlarda 45 yaş altındaki kadınlara nazaran 4,1 kez ve menopozal dönemde bu riskin 6,6 kez daha fazla olduğu belirlenmiştir. CFB görülmesi ile kadınların yaşı, eşinin yaşı ve cinsel ilişki sıklığının ilişkili olduğu saptanmıştır (Ishak ve ark., 2010). Türkiye'de 45-65 yaş arası 572 menopozal dönem kadınla yapılan çalışmada kadınların %86,4'ünde CFB olduğu belirlenmiştir. Cinsel fonksiyonun düşük gelirli düzeyinden, yaş artışından ve işsizlik durumundan olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Yanikkerem ve ark., 2018). Menopozal dönemde 45-60 yaşları

arası 106 kadınla yapılan bir çalışmada 55-59 yaş aralığında olan kadınların cinsel fonksiyonun diğer yaş aralığındaki kadınlara göre daha olumsuz etkilendiği, cinsel fonksiyonun kadının ve eşinin eğitim düzeyleri, çalışma durumları ile pozitif korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (Batır, 2018). Carranza-Lira ve Núñez (2018)'in çalışmasında 40- 45 yaşları arasındaki kadınların, 55-59 yaş grubundaki kadınlara göre daha az cinsel disfonksiyon yaşadıkları tespit edilmiştir.

## 2. SICAK BASMALAR VE GECE TERLEMELERİ

Menopoza bağlı meydana gelen sıcak basması genellikle ilk iki yıl içerisinde görülmektedir. Çoğunlukla uyku esnasında ortaya çıkmakta ve cerrahi menopozlu kadınlarda daha sık ortaya çıkmaktadır (Çıtak ve Bekâr, 2021). Ateş basması ve gece terlemeleri gibi vazomotor semptomlar kadınların gece boyu sık uyanmasına, uykuda dalmada güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Uykusuzluğa bağlı olarak kadınlar kendilerini yorgun hissetmekte ve cinsel aktivite için enerji ve libido kaybı yaşamaktadır. Buna bağlı olarak kadınlar eşi ile cinsel aktivitede bulunmak istemez, zaman içinde cinselliğe duyulan ilgi azalır. Vazomotor semptomlar nedeniyle eşi ile aynı yatakta uyumak istemeyen, eşinin kendisine sarılmasından rahatsızlık duyan ve sıcak basması hissi ile bunalan kadınlar yalnız uyumayı tercih eder. Aynı yataklarda yatan çiftler arasında paylaşım azaldığından, eşler arasında iletişim, evlilik uyumu bozulmakta ve cinsel yaşam olumsuz etkilenmektedir (Yüksel Koçak ve Kızılkaya Beji, 2019).

Erbaş ve Demirel (2017)'in klimakterik dönemdeki kadınlarla yaptığı araştırmada, menopoz şikâyetlerinden olan; uykusuzluk, sıcak basması-gece terlemesi, yorgunluk, baş dönmesi ve baş ağrısı şikâyetleri olan kadınların olmayanlara göre cinsel ilgi ve cinsel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ekvador'da sıcak basması şikâyetinin artmasıyla kadınlarda cinsel işlev bozukluğu arttığı belirlenmiştir (Chae ve ark., 2014). Valadares ve ark. (2008)'nin araştırmasında sıcak basması, uykusuzluk şikâyetleri olan Brezilya'lı 40-65 yaş aralığındaki kadınlarda kadın cinsel işlev ölçek puan ortalamasının düşük olduğu görülmüştür. Brezilya'da kadınların %58,7'sinde cinsel işlev bozukluğu görüldüğü ve sıcak basması, terleme şikâyetleri ile cinsel işlev bozukluğu arasında paralel bir ilişki olduğu bulunmuştur (Cruz ve ark., 2017).

### 3. ÜRİNER İNKONTİNANS

Üriner inkontinans her türlü idrar kaçırma şikâyeti olarak tanımlanmaktadır (Güdücü ve Keser Özcan, 2016). Üriner İnkontinans kadınların psikosoyal ve cinsel yaşamını etkileyerek kadının eşine karşı utanma, cinsel ilişki sırasında kontrolsüz idrar kaçırma, suçluluk ve yetersizlik duygusu hissetmesine yol açabilmektedir. Kadınlar bu sebeplerle cinsel ilişkiden uzak durmaktadır. Ayrıca üriner inkontinans eşler arasındaki yakınlık ve paylaşımda azalmaya yol açarak evlilik ilişkilerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Akyüz ve ark., 2014).

Spontan menopozda östrojen hormon eksikliğinin fizyolojik etkisi ile üriner inkontinans ortaya çıkabilmektedir. Mesane, üretra ve uterosakral ligamentlerin epitelyal dokusunda ve levator ani ve puborektal kaslarda östrojen ve progesteron hormon reseptörlerinin varlığı bilinmektedir. Hormon eksikliğinde peri üretral kapatma basıncı engellenmektedir (Legendre ve ark., 2012). Cerrahi menopozda ise histerektomi sırasında pelvik sinir ve destek yapılarının zarar görmesi, mesane destek yapılarının çıkarılması ve vajina boyunun kısaltılması üriner inkontinansa neden olabilmektedir (Topuz, 2015). Menopozda özellikle stres inkontinansının artış gösterdiği belirtilmiştir. Östrojenin azalmasının, üretranın ve mesanenin kaslarının relaksasyonuna ve uygunsuz kapanmasına neden olabileceği, zayıflayan kaslarının üretranın fiziksel aktivite sırasında beklenmedik şekilde açılmasına ve stres inkontinansa yol açmasına neden olduğu belirtilmektedir (Hendrix, 2002). Dinç ve Özer (2019)'in çalışmasında 40-60 yaş arası 200 postmenopozal dönemde olan kadınların %50'sinde üriner inkontinansı olduğu ve üriner inkontinansın önemli sağlık sorunlarına neden olduğu tespit edilmiştir.

Üriner inkontinans yaşayan kadınların günlük yaşam aktivitelerinin ve cinsel yaşamının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Topuz, 2015). Üriner inkontinans nedeniyle benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, utanma, anksiyete, depresyon, gerginlik, kızgınlık, yetersizlik, suçluluk duygusu ile cinsel aktiviteden kaçınılmaktadır (Bozkurt ve Sevil, 2016; Güdücü ve Keser Özcan, 2016). İran'da 50-59 yaşları arası postmenopozal dönemde olan 400 kadın ile yapılan bir çalışmada postmenopozal dönemde üriner inkontinansın cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği bulunmuştur (Mohammad Alizadeh Charandabi ve ark. 2012). Özerdoğan ve ark. (2009)



menopozal dönemdeki 40-65 yaş grubu 269 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların %7,1'inin cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans şikâyeti yaşadığını belirlemiştir.

#### 4. HORMONAL VE FİZİKSEL DEĞİŞİKLİKLER

Menopozda over fonksiyonlarının durmasına bağlı olarak östrojen, androjenler, progesteron ve testosteron hormonunun azalması cinsel işlevi olumsuz etkilemektedir (Bozkurt ve Sevil, 2016; Yüksel Koçak ve Kızılkaya Beji, 2019). Hipoöstrojenemiye bağlı sinir hücresi gelişimi, poliferasyonu, ileti zamanı ve sinir dokusu boyunca akış hızı düşer. Klitoris, vasküler ve sinir sistemindeki değişikliklerden ve azalmış östrojen düzeyinden kaynaklı olarak diğer zamanlara göre daha az hassastır. Postmenopozal dönemde vajinal atrofiye bağlı olarak pubokoksigeal kasın defansif kasılması cinsel ilişkide ağrının ve vajinismusun sebeplerinden birini oluşturmaktadır (Nappi ve ark., 2014; Bozkurt ve Sevil, 2016; NAMS, 2020). Ayrıca yetersiz östrojenin yol açtığı kuruluk ve vulvar/vajinal atrofi (VVA) uyarılmada zorlaşma ya da uzamaya, labial ve klitoris yapılarındaki atrofik değişimler de cinsel ilişki esnasında ağrı (disparöni) şikâyetine yol açmaktadır. Tekrar ağrı şikâyetinin yaşanacağı düşüncesi cinsel aktiviteden uzaklaşmaya sebep olmakta, vajinal ıslanmada azaltmaya veya vajinismusa neden olabilmektedir (Portman ve Gass, 2014; Kahveci, 2020).

##### 4.1. Psikolojik Değişiklikler

Postmenopozal dönemde östrojen, progesteron ve testosteron miktarında azalması, anksiyete, depresyon ve duygu durum değişiklikleri gibi psikolojik belirtilere neden olmaktadır (Varma ve ark., 2005). Bu hastalıklar ve/veya tedavileri de orgazm ve libido bozukluklarına sebep olabilmektedir. Anksiyete ve depresyonun uyarılma, orgazm, vajinal kuruluk ve disparoni sorunlarını 3-6 kat arttırdığı, CFB için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Hotun Şahin, 2016). CFB ve depresif mod çift yönlü olarak birbirlerini etkilemektedir. CFB bulunan kadınların çoğunda depresif semptomlar bulunmakta, depresif semptomu olan kadınlarda ise cinsel fonksiyonda olumsuzluklar yaşanmaktadır (Chou ve ark., 2014). Türkiye'de Akman ve ark. (2019)'nın postmenopozal dönemdeki

kadınlarla yaptığı bir araştırmada cinsel disfonksiyon ile psikolojik semptomlar arasında pozitif yönde ilişkili olduğu ve menopozun yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin olduğu saptanmıştır.

Ayrıca kültürel inanışlar ve tutumlar, kadının üreme yeteneğinin bitmesi, yaşlandığını hissetmesi, menopozu doğurganlığın ve kadınlığın kaybı olarak görmesi, statü kaybı yaşayacağına inanması, toplumsal rol ve değerinin son bulduğuna inanması, eşler arasındaki ilişki bağlarının zayıflaması, gibi faktörler bu dönemde anksiyete, depresyon ve duygulanım gibi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Bu psikolojik sorunlarda cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Depresyon yaşayan kişilerde hayattan zevk alamama, yorgunluk, kendini değersiz hissetme, benlik saygısında azalma, kişiler arası ilişkilerin azalması gibi değişikliklerde CFB'na yol açmaktadır (Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014; Yüksel Koçak ve Kızılkaya Beji, 2019). Amerika'da premenopozal ve erken perimenopozal dönemde farklı kültürlerden oluşan 3167 kadın ile yapılmış bir kohort araştırmasında, menopozu geçiş dönemindeki kadınlarda cinsel fonksiyonlara bakış açılarında kültürel çevrenin çok büyük etkisinin olduğu belirlenmiştir (Avis ve ark., 2005). Zhao ve ark. (2019)'nın Çin'deki 252 perimenopozal ve postmenopozal kadınlarla yaptığı çalışmada eş ilişkisi ile cinsel yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu, eş ilişkisinin iyi olması ile cinsel yaşam kalitesini arttığı belirlenmiştir.

Postmenopozal dönemde kadınların cinsel yaşamını psikolojik olarak etkileyen faktörlerden birisi de menopozun algılanış şeklidir. Bazı kadınlar menopozu doğal bir yaşam dönemi olarak görürken bazı kadınlar ise olumsuz anlam yüklemektedir (Yüksel Koçak ve Kızılkaya Beji, 2019). Kısa ve ark. (2012)'nin çalışmasında menopozu karşı kadınların sergiledikleri olumsuz tavrın cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bulunmuştur. Şentürk Erenel ve ark. (2015) ile Jamali ve ark. (2016)'nın, çalışmasında menopozu yönelik olumsuz tutum sergileyen kadınların, olumlu tutum sergileyen kadınlara göre cinsel yaşamlarının kötü yönde etkilendiği saptanmıştır. Erbaş ve Demirel (2017)'in çalışmasında, menopozal tutumun cinsel yaşam kalitesi puanları üzerinde etkili olduğu, menopoz tutum ölçeği puanlarındaki artışlar, cinsel yaşam kalitesi ölçek puanında da artışlara neden olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca orta yaşlarda hormonal farklılıklar ve yaşlanmanın etkileri kadınlarda kilo almaya yol açmakta, ek olarak saçlarda incelme, ciltte kırışıklık ve memelerde sarkma beden algısına etki etmektedir. Bu farklılıklar kadının

partnerle ilişkisinde daha az çekici olduğunu hissetmesine sebep olmaktadır. Yalnızca kadın değil partneri de yaşlanmaktadır. Erkelere andropozla kilo alma ve saçlarda dökülme görülmektedir. Kronik hastalılar ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak cinsel yaşam olumsuz etkilenebilmektedir (Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014).

## 5. MENOPOZ ŞEKLİ

Menopozun yaşı ve tipi, cinsel fonksiyonları etkileyen önemli faktörlerdir. Menopoz doğal şekilde görülebileceği gibi, herhangi bir obstetrik hastalığa bağlı olarak gerçekleştirilen cerrahi sonrası da olabilmektedir. Cerrahi menopozda genellikle overler ve uterus beraber çıkarılır (Uludağ ve ark., 2014). Gençliğin sembolü olarak nitelendirilen overlerin çıkarılması (oofektomi) androjen üretiminde aniden azalmaya yol açarak cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, uyarılma, cinsel doyum ve orgazmda azalmaya yol açabilmektedir (Durukan Duran ve Sinan, 2020). Doğal menopozda overler sağlam kalmakta ve androjenleri salgılamayı devam ettirmekte iken cerrahi menopoz overlerden androjen, östrojen ve progesteronun üretimini tamamen tükenmesine neden olmaktadır (Görmüş, 2017). Özellikle cerrahi menopoza girmiş kadınların cinsel yaşamda görülen olumsuzluklar östrojenin ani azalışı nedeniyle daha fazla olmaktadır. Cerrahi menopozda doğal menopoza kıyasla seksüel disfonksiyon olasılığı daha fazladır (Kökçü ve ark. 2015; Maseroli ve ark., 2016; Durukan Duran ve Sinan, 2020).

Doğal ve cerrahi menopozda olan kadınlar ile yapılmış araştırmalarda, cerrahi menopozda olan kadınlar, cinsel işlev bozukluğu yönünden daha fazla problem yaşadıklarını belirtmiştir (Durukan Duran ve Sinan, 2020). Roovers ve ark. (2003)'nın cerrahi menopozlu kadınlarla yaptıkları çalışmada da ameliyat öncesinde cinsel sorunlar yaşamayan kadınların ameliyat sonrasında cinsel sorunlarının olduğu saptanmıştır. Rodriguez ve ark. (2012)'nin bir yıl önce histerektomi sonucu cerrahi menopoza giren kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların büyük bir bölümünün cinsel işlev bozukluğu yaşadığı saptanmıştır. Kökçü ve ark. (2015)'nin araştırmasında cerrahi menopozda olan kadınlarda, doğal menopozda olan kadınlara kıyasla lubrikasyon sorununun daha çok görüldüğü tespit edilmiştir. Dennerstein ve ark. (2007)'nin menopozal kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada, cerrahi menopozda olan kadınların doğal

menopozda olan kadınlara kıyasla uyarılma ve lubrikasyon sorunlarını daha fazla yaşadığı saptanmıştır. Amerika’da menopozal dönemde olan toplam 1333 kadınla yapılmış bir araştırmada, cerrahi menopozda olan kadınların, doğal menopozda olan kadınlara kıyasla uyarılma güçlüğüne iki kat fazla yaşadıkları tespit edilmiştir (Alarşlan ve ark., 2011). Çalışkan ve ark. (2010)’nın menopoz döneminde olan 300 kadınla yaptığı çalışmada cerrahi menopozun, doğal ve erken menopoza göre cinsel ilişki sıklığında daha çok azalmaya neden olduğu ve anorgazmi riskini artırdığı saptanmıştır. Cerrahi menopozlu 119 kadınla yapılmış başka bir araştırmada ise cinsel disfonksiyon prevalansının %74 olduğu saptanmıştır. Yaşanılan yaygın cinsel problemler ise azalmış cinsel istek % 41, anorgazmi % 25, vajinal kuruluk % 44 ve disparoni % 28 olarak sıralanmaktadır (Tucker ve ark., 2016). Kolombiya’da 390 kadınla yapılan araştırmada üreme sistemine yönelik cerrahi girişimi olan kadınların cinsel fonksiyonlarının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Alvaro ve Angelica, 2017).

### 5.1. Sağlık Durumu ile İlgili Değişiklikler

Literatürde fiziksel sağlık ile cinsel işlev arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Nazarpour ve ark., 2016b; Lianjun ve ark., 2011; İshak ve ark., 2010). Menopoz, aynı zamanda yaşlanma ile beraber görülen bir olaydır. Tıbbi hastalıklarda yaşlanma sonucunda artış meydana gelmektedir. Artan yaş ile beraber diyabet, kardio-vasküler hastalıklar, hipertansiyon, kas-eklem rahatsızlıkları gibi kronik hastalıkların ortaya çıkması cinsel sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar kişinin benlik saygısında ve ilişkilerinde değişikliğe yol açarak ağrı, tükenmişlik ve bağımlılığa neden olarak cinsel işlevleri dolaylı yoldan engellemektedir (Bozkurt ve Sevil, 2016; Yüksel Koçak ve Kızılkaya Beji, 2019).

Jinekolojik kanserlerin ve meme kanserinin cinsel sonuçları yalnızca hastalığın türüne, hangi evrede olduğuna ve gidişatına bağlı değildir. Kanser tedavilerinde özellikle radyasyon ve cerrahi tedavi vajinal kanal anatomisinde ve vajinal epitelinde zarara neden olabilmekte buna bağlı olarak vajinal enfeksiyon riskinde artış görülebilmektedir. Tedavi gören kadınlarda, vajinada kısılma ya da daralma görülebilmektedir. Bu değişiklikler, cinsel ilişkide ve pelvik muayenede ağrıya sebep olmaktadır (Sadovsky ve ark., 2010; NAMS, 2020).

**KAYNAKÇA**

- Akman, S., Çakıcı, M., Keskindağ, B., & Karaaziz, M. (2019). Analysis of psychological factors and sexual life in postmenopausal women: a cross-sectional study. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 22, 27-35. doi: 10.5505/kpd.2018.58070
- Akyüz, A., Kök, G., Kılıç, A., & Güvenç, G. (2014). In her own words: living with urinary incontinence in sexual life. *Sexuality and Disability*, 32(1), 23-33. doi:10.1007/s11195-013-9325-5
- Alarслан, D., Sarandol, A., Cengiz, C., Develioglu, & O.H. (2011). Androgens and sexual dysfunction in naturally and surgically menopausal women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(8), 1027-1034. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01479.x>
- Alvaro, M.C., & Angelica, M.B. (2017). Sexual dysfunction and quality of life in colombian hysterectomized women. *Perceptions in Reproductive Medicine*, 1(3), 2-3.
- Andaç, T., & Aslan, E. (2017). Sexual life of women in the climacterium: A community-based study. *Health Care for Women Internationa*, 38(12), 1344-1355. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1352588>
- Avis, N.E., Zhao, X., Johannes, C.B., Ory, M., Brockwell, S., et al. (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. doi: 10.1097/01.GME.0000151656.92317.A9
- Batır, S.(2018). *Menopozal dönemdeki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi* (Tez no: 518916)[Yükseklisans Tezi, Biruni Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Bozkurt, Ö.D, & Sevil, Ü.(2016). Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), 497-503.
- Bozkurt, Ö.D, & Sevil, Ü.(2016). Menopoz ve cinsel yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), 497-503.
- Cabral, P. U., Canário, A. C., Spyrides, M. H., Uchôa, S. A., Eleutério Jr, J., et al. (2013). Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120 (3), 271-274. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.09.023>
- Carranza-Lira, S., & Núñez, F. D. D. C. (2018). Sexual dysfunction prevalence in a

- group of pre-and postmenopausal Mexican women. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 17(1), 39-42. <https://doi.org/10.5114/pm.2018.74901>
- Chae, H. D., Choi, S. Y., Cho, E. J., Cho, Y. M., Lee, S. R., et al. (2014). Awareness and experience of menopausal symptom and hormone therapy in Korean postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, 20(1), 7-13. <https://doi.org/10.6118/jmm.2014.20.1.7>
- Charandabi, S. M., Rezaei, N., Hakimi, S., Montazeri, A., Taheri, S., et al. (2015). Quality of life of postmenopausal women and their spouses: a community-based study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(3) ): e21599. doi: 10.5812/ircmj.21599
- Chou, M. F., Wun, Y. T., & Pang, S. M. (2014). Menopausal symptoms and the menopausal rating scale among midlife chinese women in Macau, China. *Women & Health*, 54(2), 115-126. <https://doi.org/10.1080/03630242.2013.871767>
- Cruz, E. F., da Silva Nina, V. J., & Figuerêdo, E. D. (2017). Climacteric symptoms and sexual dysfunction: association between the Blatt-Kupperman Index and the Female Sexual Function Index. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 39(02), 066-071. doi: 10.1055/s-0037-1598603
- Çalışkan, E., Çorakçı, A., Doğer, E., Coşkun, E., Özeren, S., ve diğ. (2010). Türk kadınlarının menopoza geçiş ile menopoz döneminde cinsel fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin kesitsel olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 30(5), 1517. <https://www.researchgate.net/profile/Eray-Caliskan-3/publication/277390971>
- Çıtak, G., & Bekâr, M. (2021). Menopozal dönemde kadının cinsel yaşamını etkileyen faktörler: güncel durum. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 55-60. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1304503>
- Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I., & Graziottin, A. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(2), 212-222. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00215.x>
- Dinç, A., & Özer, N.E. (2019). Premenopoz ve menopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 1-9.
- Durukan Duran, A., & Sinan, Ö. (2020). Doğal ve cerrahi menopoza giren kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının ve depresyon durumlarının belirlenmesi. *Kocaeli*

- Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), 150-156. <https://doi.org/10.30934/kusbed.633350>
- Erbaş, N., & Demirel, G.(2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 220-225.
- Erbaş, N., & Demirel, G.(2017). Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 220-225.
- Görmüş, Y.(2017).*Menopoz semptomlarının cinsel yaşam ve evlilik uyumu üzerine etkisi*(Tez no: 468770) [Yükseklisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi].YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Güdücü, N., & Keser Özcan, N. (2016). Üriner inkontinanslı kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. *GOP Taksim EAH JAREN*, 2(1), 16-23.
- Hendrix, S.L. (2002). Urinary incontinence and menopause: an evidence-based treatment approach. *Disease-a-Month*, 48(10), 622-636. <https://doi.org/10.1053/cjwh.2001.25288>
- Hotun Şahin, N. (2016). Klimakteryum ve ileri yaş döneminde cinsellik. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2(1), 42-50.
- Ishak, I. H., Low, W. Y., & Othman, S. (2010). Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9), 3080-3087.<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x>
- Jamali, S., Javadpour, S., Mosalanejad, L., & Parnian, R. (2016). Attitudes about sexual activity among postmenopausal women in different ethnic groups: a cross-sectional study in Jahrom, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 17(1), 47-55.
- Kahveci, M. (2020). *Klimakterik dönemdeki kadınlarda cinsel işlev durumu, depresyon ve evlilik uyumu* (Tez no: 645759) [Yükseklisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi].YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., & Özdemir, N. (2012). Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 148-155. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00671.x>
- Kökçü, A., Kurtoğlu, E., Bildircin, D., Çelik, H., Kaya, A., ve diğ. (2015). Does surgical menopause affect sexual performance differently from natural menopause?. *The*

- Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1407-1414. <https://doi.org/10.1111/jsm.12891>
- Kökçü, A., Kurtoğlu, E., Bildircin, D., Çelik, H., Kaya, A., ve diğ. (2015). Does surgical menopause affect sexual performance differently from natural menopause?. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1407-1414. <https://doi.org/10.1111/jsm.12891>
- Kömürçü, N., İşbilen, A.(2011). Adaptation of women to sexual life during the postmenopausal period. *Turkish Journal of Urology*, 37(4), 326-330. doi:10.5152/tud.2011.063
- Legendre, G., Fritel, X., Ringa, V., Lesavre, M., & Fernandez, H. (2012). Urinary incontinence and menopause. *Progres en Urologie: Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie*, 22(11), 615-621. doi: 10.1016/j.purol.2012.08.267
- Lianjun, P., Aixia, Z., Zhong, W., Feng, P., Li, B., et al. (2011). Risk factors for low sexual function among urban Chinese women: A hospital-based investigation. *The journal of sexual medicine*, 8(8), 2299-2304. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02313.x>
- Maseroli, E., Fanni, E., Fambrini, M., Ragghianti, B., Limoncin, E., et al. (2016). Bringing the body of the iceberg to the surface: the Female Sexual Dysfunction Index-6 (FSDI-6) in the screening of female sexual dysfunction. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39, 401-409. doi: 10.1007/s40618-015-0378-4
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., et al. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- Mohammad Alizadeh Charandabi, S., Rezaei, N., Hakimi, S., Montazeri, A., Khatami, S., et al. (2012). Sexual function of postmenopausal women and its predictive factors: a community based study in Ilam, Iran, 2011. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 15(23), 1-9.
- Nappi, R. E., Martini, E., Martella, S., Capuano, F., Bosoni, D., et al. (2014). Maintaining sexuality in menopause. *Post reproductive health*, 20(1), 22-29. <https://doi.org/10.1177/1754045313515122>
- Nazarpour, S., Simbar, M., & Tehrani, F. R. (2016b). Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55(4), 480-487. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.001>
- Özcan, H., & Kızılkaya Beji, N. (2014). Menopoz döneminde cinsellik. *Kadın Cinsel*



- Sağlığı*,58(3), 209-211.
- Özcan, H., & Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163. doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2013.157
- Özerdoğan, N., Sayiner, F. D., Köşgeroğlu, N., & Ünsal, A. (2009). 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 46-59.
- Pérez-López, F. R., Fernández-Alonso, A. M., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., Chedraui, P., et al. (2012). Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Sex Function Index. *Menopause*, 19(11), 1224-1230. doi: 10.1097/gme.0b013e3182546242
- Portman, D. J., & Gass, M. L. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the international society for the study of women's sexual health and the North American Menopause Society. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2865-2872. <https://doi.org/10.1111/jsm.12686>
- Rodriguez, M. C., Chedraui, P., Schwager, G., Hidalgo, L., & Perez-Lopez, F. R. (2012). Assessment of sexuality after hysterectomy using the Female Sexual Function Index. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(2), 180-184. <https://doi.org/10.3109/01443615.2011.634035>
- Roovers, J. P. W., van der Bom, J. G., Van der Vaart, C. H., & Heintz, A. P. M. (2003). Hysterectomy and sexual wellbeing: Prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *Bmj*, 327(7418), 774-778. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7418.774>
- Ruiz-Muñoz, D., Wellings, K., Castellanos-Torres, E., Álvarez-Dardet, C., Casals-Cases, M., et al. (2013). Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology*, 23(10), 620-628. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.07.005>
- Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A. M., Schover, L., et al. (2010). Cancer and sexual problems. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 349-373. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01620.x>
- Shin, H., Min, B., Park, J., & Son, H. (2017). A 10-year interval study to compare the prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in Korea: the Korean internet sexuality survey (KISS) 2014. *International Journal of Impotence Research*, 29(2), 49-53.
- Şentürk Erenel, A., Gölbaşı, Z., Kavlak, T., & Dilbaz, S. (2015). Relationship between

- menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40–65 age group. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 575-583. <https://doi.org/10.1111/ijn.12309>
- Şentürk Erenel, A., Gölbaşı, Z., Kavlak, T., & Dilbaz, S. (2015). Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40–65 age group. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 575-583. <https://doi.org/10.1111/ijn.12309>
- The North American Menopause Society (NAMS). (2020). *Changes in the vagina and vulva*. <https://www.menopause.org/for-women/sexual-health-menopause-online/changes-at-midlife/changes-in-the-vagina-and-vulva>.
- Topuz, Ş. (2015). Üriner inkontinans ve cinsellik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 60-64. doi: 10.5505/bsbd.2015.30974
- Tucker, P. E., Bulsara, M. K., Salfinger, S. G., Tan, J. J. S., Green, H., et al. (2016). The effects of pre-operative menopausal status and hormone replacement therapy (HRT) on sexuality and quality of life after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Maturitas*, 85, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.004>.
- Uludağ, A., Çakır Güngör, A. N., Gencer, M., Melih Şahin, E., & Coşar, E. (2014). Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1), 25-30. doi:10.2399/tahd.14.38415
- Valadares, A.L., Pinto-Neto, A.M., Osis, M.J., Conde, D.M., Sousa, M.H., et al. (2008). Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause*, 15, 264–269. doi: 10.1097/gme.0b013e31813c687d.
- Var, T., Türkcapar, A.F., Efe, C., & Aktulay, A. (2018). Sexual function and quality of life in a sample of postmenopausal women admitted in a menopause clinic in Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(3), 419-428.
- Varma, G.S, Oğuzhanoglu, N.K., Karadağ, F, Özdel, O., & Amuk, T. (2005). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 109-115.
- Verit, F. F., Verit, A., & Billurcu, N. (2009). Low sexual function and its associated risk factors in pre-and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas*, 64(1), 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.07.002>.
- Yanikkerem, E., Göker, A., Çakır, Ö., & Esmeray, N. (2018). Effects of physical

and depressive symptoms on the sexual life of Turkish women in the climacteric period. *Climacteric*, 21(2), 160-166. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1417374>

Yüksel Koçak, D., & Kızılkaya Beji, N. (2019). Klimakterik dönem ve yaşlılıkta cinsel sağlık. In: N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel sağlık* (ss:205-215). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Yüksel Koçak, D., & Kızılkaya Beji, N. (2019). Klimakterik dönem ve yaşlılıkta cinsel sağlık. In: N. Büyükkayacı Duman (Ed.), *Cinsel sağlık* (ss:205-215). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Zhang, C., Cui, L., Zhang, L., Shi, C., & Zang, H. (2017). Sexual activity and function assessment in middle-aged Chinese women using the female sexual function index. *Menopause*, 24(6), 669-676. doi: 10.1097/GME.0000000000000812

Zhao, Y., Dong, W., Sun, L., Su, Q., Zhu, et al., (2019). Analysis of factors that influence the quality of sexual life of climacteric women in China. *Climacteric*, 22(1), 73-78. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1514002>



## 5. BÖLÜM

### MENOPOZAL DÖNEMDE GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE SAĞLIK SORUNLARI

**Öğr. Gör. Dr. Serap KIRICI**

*Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek  
Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Evde Hasta bakımı  
serapkirici@kmu.edu.tr*

<https://orcid.org/0000-0002-7965-5442>

#### GİRİŞ

Menopozal dönemde kadınlar hormonal değişiklikler ve ovulasyonun bitmesi sonucu vazomotor, psikolojik ve ürogenital semptomlar yaşamakta ve bunlara bağlı çeşitli sağlık sorunları yaşanabilmektedir (Özcan ve Oskay, 2013; Var ve ark., 2018). Bunlardan başlıcaları; kalp rahatsızlıkları, uyku bozuklukları, kas eklem problemleri gibi sorunlardır. Kadınların bazıları bu semptomları hafif ve orta şiddette yakınırken, bazıları ise şiddetli derecede yakınmaktadır. (Nazarpour ve ark., 2018b). Bu tür sorunlar kadınların yaşam kalitesini bozmaktadır. Bu sebeple menopozal dönemin sağlık profesyonelleri tarafından özel olarak ele alınması gerekmektedir. Bu döneme özgü semptomların erken tanınması, bu semptomlara yönelik yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile kadınlarda sağlık bilincinin oluşturulması, bu dönemde yaşanabilecek sorunlarla başa çıkmada yarar sağlayacaktır.

## 1. MENOPOZ DÖNEMİNDE GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE SAĞLIK SORUNLARI

### 1.1. Vazomotor Değişiklikler

Vücut sıcaklığının artmasıyla terlemede görülmektedir (Gökgöz, 2014). Sıcak basmasının tekrarlama sıklığı ve şiddeti menopozda geçirilen sürenin artmasıyla birlikte azalma göstermektedir. Kadınların yaklaşık %60-80'i ve bu kadınların da %80'inden fazlası her gün vazomotor semptomları yaşamaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists/ACOG, 2014).

Literatür incelendiğinde menopozal dönemin en sık karşılaşılan semptomunun sıcak basması ve gece terlemesi olduğu ve sıklığının kültürlere göre değiştiği görülmektedir (Gözüyeşil ve Başer, 2016; Freeman ve ark., 2014). Duffy ve ark. (2012) çalışmasında, menopoz döneminde kadınların %46,7'sinin sıcak basması,

%46,4'ünün gece terlemesi yaşadığı saptanmıştır. Resmi ve ark.(2020)'nin Hindistan'da menopoz semptomlarının görülme sıklığını belirlemek amacıyla 400 menopozlu kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların

%29,5'inin vazomotor semptomlar yaşadığı belirlenmiştir. Zhang ve ark. (2021)'nin Çinli menopoz döneminde bulunan kadınlarla yaptıkları kohort çalışmada, sıcak basması ve gece terlemesi sıklığının menopozlu kadınlarda sırasıyla %39,9-42,5 oranında olduğu bulunmuştur. Mohammadzadeh ve ark. (2017)'nin menopoz semptomlarının görülme sıklığı ve şiddetini belirlemek için 150 sağlıklı menopozlu kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların %42,7'sinin vazomotor semptomlar yaşadıkları belirtilmiştir.

### 1.2. Psikolojik Semptomlar

Menopozal dönemde, görülen hormonal ve fiziksel değişiklikler kadınların psikolojisinin etkilenmesine duygusal ve ruhsal dengesinin de bozulmasına neden olmaktadır. Menopozal dönemde kadınlarda en sık görülen psikolojik yakınmalar; keyifsizlik hali, endişe, sinirlilik, duygusal değişiklikler, anksiyete, depresyon, zihinsel ve fiziksel yorgunluk hali şeklinde sıralanmaktadır (Rodríguez-Landa ve ark., 2015). Bu değişikliklere ek olarak östrojen hormon

seviyesinde azalmanın beynin doku ve fonksiyonlarını etkilemesi ile hafızada zayıflama, konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık gibi duygu durum değişiklikleri de görülmektedir (Gava ve ark., 2019). Postmenopozal dönemde kadınların emosyonel durumunu etkileyen faktörler; biyokimyasal ve fizyolojik farklılıklar, kültürel özellikler, orta yaş ile gelen birtakım zorluklar ve ileri yaş stresinden oluşmaktadır (Özgür ve ark., 2010; Taşkın, 2016). Kadının ruhsal durumunda inişler, çıkışlar görülebilmektedir. Kadınlar çok ajite ya da çok sinirli olabilirler ve kendi kontrollerinin dışında bu durumun meydana gelmesinden yakınırırlar. Kadınların bazıları ciddi derecede depresyon yaşayabilmektedir (Özcan ve Kızılkaya, 2014; NAMS, 2020b). Postmenopozal dönemdeki kadınların sosyal statülerinde değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu değişikliklerde kültürlerarası farklılıklar görülebilmektedir. Örneğin geleneksel kültürün baskın olduğu Hindistan ve Uzakdoğu ülkelerinde yaşamlarını sürdüren kadınlarda menopoz saygınlığı artırmaktadır. Batı kültüründe ise güzelliğin ve gençliğin ön planda yer almasının sonucunda menopoz stres kaynağı olabilmektedir. Ülkemizde ise ailede ve toplumda kadın menopoz ile statü elde etmektedir (Karanisoğlu ve Dinç, 2012). Ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasında fiziksel değişikliklerin ya da psikososyal etkilerin, hatta artan uyku bozukluğunun ve beden imajındaki değişikliklerin neden olabileceği belirtilmektedir (Karlıdere ve Özşahin, 2008). Menopozal dönem kadın yaşamında duygusal yönden oldukça karmaşık bir süreçtir. Orta yaş dönemi kadınlarını kapsayan bu dönemde; fizyolojik değişimler yaşanması, adölesan çocukların varlığı, eşin de orta yaş döneminde olması, bakıma muhtaç ebeveyn varlıkları, emeklilik dertleri, çevrede önemli bir hastalık veya sakatlık durumunun varlığı, ekonomik sıkıntılar gibi birçok stres faktörü bir arada yaşamaktadır (Taşkın, 2016).

### 1.3. Ürogenital Değişiklikler

Uterus, serviks, tubalar ve overlerdeki atrofi sonucu bu organların ağırlıkları azalır ve boyutları küçülür. Ayrıca üreme organlarına destek veren yapılarda tonüs kaybı nedeniyle pelvik relaksasyon gelişir. Bunun sonucu olarakta sistosel, rektosel ve uterus prolapsusu görülme riski artar (Yeşilçiçek Çalık ve Daştan Yılmaz, 2022). Vulva derisinde incelme olur ve elastikiyet kaybı sonucu irritasyona yatkın hale gelir. Deri daha da inceler ve pubik kıl kaybı hızlanır. Distrofi ve piruritis daha sık ortaya çıkar (Özkan, 2015). Vajinanın

dokusu zayıflar, rengi soluklaşır, daralır, kısalmır ve esnekliği kaybolur. Vajen mukozasında görülen atrofiye bağlı olarak vajinal kaşıntı, kuruluk, cinsel ilişki sırasında kanama, disparenia gibi belirtilerin dışında vajinanın pH'nın alkaliye kayması sonucu irritasyona ve enfeksiyona eğilimde artış meydana gelir. Vajinada 'atrofik vajinit' ya da 'senil vajinit' adı verilen durum gelişir. (Yeşilççek Çalık ve Daştan Yılmaz, 2022). Östrojen seviyesindeki azalma sonucu üriner sistemde atrofik değişiklikler oluşur. (Ünlü Süvari, 2023). Üriner sistemde ilerlemiş atrofi sık idrara çıkma, hematüri, dizüri ve üretral rahatsızlığa sebep olur (Gökyıldız Sürücü, 2022).

#### 1.4. Kalp Rahatsızlıkları

Üreme dönemindeki kadınlar östrojenin damarlar üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle üreme çağı boyunca kardiyovasküler sorunlardan korunurlar. Üreme dönemindeki kadınlar, erkeklerden 2,5 ila 4,5 kat daha az oranda kardiyovasküler sorunlara yaşarken, postmenopozal dönemde bu oran hızlı bir şekilde artarak erkeklerde görülen seviyeye ulaşır (Demirci, 2015). Menopozal kadınların %75'i kardiyovasküler sisteme yönelik "kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi" şikâyetleri yaşamaktadırlar (Özer ve Gözükara, 2015). Menopozda kardiyovasküler sistem hastalıkları riskinde artış görülmektedir. Postmenopozal dönemde diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve metabolik sendrom görülme sıklığında premenopozal döneme kıyasla artma görülmektedir (Şahin ve ark., 2016). Postmenopozal dönemde serumda yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) seviyesinin azaldığı, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) seviyesinin arttığı belirlenmiştir. Buna bağlı olarak damarlar da ateroskleroz gelişmektedir. Bu da koroner kalp hastalıkları için önemli risk faktörlerindedir (Karanisoğlu ve Dinç, 2012; Atan ve Yiğitoğlu, 2015). Menopozal dönemde kilo artışı belirgin olmamakla beraber androjen miktarında artışa bağlı olarak yağ dağılımında değişim görülmekte ve santral obezite gelişmektedir. Ayrıca menopozal dönemde androjen miktarında ve obezite sıklığında artış aterosklerotik koroner arter hastalığı görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (Woodard ve ark., 2011).



### 1.5. Uyku Bozuklukları

Postmenopozal dönemde uyku problemleri, vazomotor semptomlardan sonra gelen en önemli yakınmalardan biridir. Menopoz dönemindeki kadınlarda uyku sorunu görülme sıklığı ise %14 ile %53 arasında değişmektedir (Timur ve Şahin, 2010). Menopozun kadınların uyku kalitesi üzerinde de önemli etkisi bulunmaktadır. Genel nüfusun %15,0'inde uykuya dalmada zorluk ve gece uyanmaları görülürken menopozal dönemdeki kadınlarda bu oran daha da yükselmektedir (Gürsoy Çiçek ve Özen, 2016). Menopozda hormonal değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan gece terlemesi ve noktürnal sıcak basmasından dolayı uyku problemleri yaşanmaktadır (Kim ve ark., 2018). Uyku bozukluklarının görülme sıklığı yaş ile paralel artmaktadır. Uyku bozukluklarının görülme sıklığı premenopozal dönemde %16-42, perimenopozal kadınlarda %39-47 ve postmenopozal kadınlarda ise %35-60 arasında farklılaşan oranlarda görülmektedir (Kravitz ve Joffe, 2011).

### 1.6. Kas-eklem Problemleri

Menopozal dönemde, östrojen ve progesteron hormonlarının dolaşımdaki seviyesinin belirgin oranda azalışı kas-iskelet sisteminin bütünlüğünün bozulmasına yol açmaktadır (Stevenson, 2011; Ogwumike ve ark., 2015). Menopozda görülen kas-iskelet sistemine ait sorunlar, tüm motor hareketler, hareket esnekliği ve vücut hacminde azalma, kas, eklem ağrısı ve kemik kırıklarında artıştan oluşmaktadır. Menopoz döneminde kadınlarda kemik kaybında artış ve kemik mineral dansitesinde erkeklere oranla %10-15 düşüş görülmektedir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu, 2013). Östrojen hormonu seviyesinde azalma kemik resorpsiyonunda artışa, negatif kalsiyum dengesine neden olmakta ve buna bağlı olarak osteoporoz gelişimine zemin hazırlamaktadır (Onat ve ark., 2013). Kemiklerde zayıflama, incelme ve beraberinde kırılma ile karakterize olan osteoporoz birçok kadında 45 yaşından sonra görülmektedir. Yaşlanma kemik kaybını hızlandırarak osteoporozun şiddetini arttırmaktadır (Alpaslan, 2018). Postmenopozal dönemde yapılan bir araştırmada eklem ağrısı yaşayan kadınların oranının %53,6'dan %56'ya çıktığı ve kadınların premenopozal döneme kıyasla 2 kat daha fazla kas-eklem ağrısından yakındığı tespit edilmiştir (Guthrie ve ark., 2004). Ogwumike ve ark. (2015) postmenopozal kadınlarda sırt ağrısı ve alt ekstremitte şikâyetinin olduğunu ifade ederken, Blümel ve

ark. (2013) menopozal kadınların yarısından fazlasının (%63), Nisar ve ark. (2015) %28,1'inin kas ve eklem ağrısı şikâyetinin olduğunu tespit etmiştir. Islam ve ark. (2016) postmenopozal dönemde kas ve eklem ağrısı prevalansının %40,3 olduğunu, perimenopozal dönemde %36,2 olduğunu ve premenopozal dönemde %15,3 olduğunu tespit etmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise Koç ve Sağlam (2008) menopozal kadınların %79,0'unun, Erkin ve ark. (2014) %26,7'sinin, Özer ve Gözükara (2016) %76,0'sının kas ve iskelet sistemine ilişkin ağrıdan yakındığını tespit etmiştir.

## KAYNAKÇA

- Özcan, H., & Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıt dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163. doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2013.157
- Var, T., Türkcapar, A.F., Efe, C., & Aktulay, A. (2018). Sexual function and quality of life in a sample of postmenopausal women admitted in a menopause clinic in Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(3), 419-428.
- Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2018b). The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Women & Health*, 58(10), 1112-1123. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1414100>
- Stevenson, J.C. (2011). A woman's journey through the reproductive, transitional and postmenopausal periods of life: impact on cardiovascular and musculo-skeletal risk and the role of estrogen replacement. *Maturitas*, 70(2), 197-205. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.05.017>
- Ogwumike, O. O., Adeniyi, A. F., & Orogbemi, O. O. (2016). Physical activity level of postmenopausal women in Nigeria: Association with self-rated health status, overall obesity, and abdominal obesity. *Women & Health*, 56(5), 487-501. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1101735>
- Sis Çelik, A., & Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50-56.
- Onat, Ş. Ş., Delialioğlu, S. Ü., Biçer, S., & Özel, S. (2013). Osteoporozda Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi*, 19(3).

- Alpaslan, M.(2018). Menopoz semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisi (Tez no: 399093)[Yüksekisans Tezi, Ordu Üniversitesi].YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Guthrie, J.R, Dennerstein, L., Taffe, J.R., Lehert, P., &Burger, H.G.(2004). The menopausal transition: a 9- year prospective population-based study. The melbourne women’s midlife health project. *Climacteric*,7(4),375-89. <https://doi.org/10.1080/13697130400012163>
- Blümel, J.E, Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., et al. (2013). Menopause could be involved in the pathogenesis of muscle and jointaches in mid-aged women. *Maturitas*, 75(1), 94-100.<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.012>
- Islam, R. M., Bell, R. J., Billah, B., Hossain, M. B., & Davis, S. R. (2016). Prevalence and severity of vasomotor symptoms and joint pain in women at midlife in Bangladesh: a population-based survey. *Menopause*, 23(7), 731-739.<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000615>
- Koç, Z.,& Sağlam, Z.(2008). Kilmakterium döneminde bulunan kadınların menopoza ilişkin yaşadıkları belirti ve tutumların belirlenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 15(15), 100-112.
- Erkin, Ö., Ardahan, M.,& Eker, A.(2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4),1095-1113.
- Özer, Ü., & Gözükara, F.(2016). Şanlıurfa’da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-26.
- Timur, S.,& Hotun Şahin, N. (2010). Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 61-67.
- Gürsoy Çiçek, B.,& Erberk Özen, N. (2016). Menopozda uyku ve bilişsel işlevler. In: GS. Çağlar, S. Dinçer, S. Cengiz (Eds.), *Menopoz multidisipliner yaklaşım* (I.buna bakkk Baskı, ss: 51-64). Ankara: Modern Tıp Kitabevleri.
- Kim, M.J, Yim, G.,& Park, H.Y.(2018). Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *Plos One*, 13(2), 0192934.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192934>
- Kravitz, H. M.,& Joffe, H. (2011). Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 38(3), 567-586.<https://doi.org/10.1016/j>

ogc.2011.06.002

- Demirci, H.(2015). Menopoz. In: B. Karaca Saydam (Ed.), *Olgularla jinekolojik hastalarda bakım* (I. Baskı, ss: 201-204). Ankara: Nobel Tıp kitabevleri.
- Özer, Ü., & Gözükara, F.(2016). Şanlıurfa’da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-26.
- Şahin, G. T., Salman, S., Ayanoğlu, Y. T., Sarıtaş, D. G., & Tuna, G. (2016). Postmenopozal hastalarda metabolik sendrom prevalansı ve hormon profili üzerine etkisi. *Journal of Academic Research in Medicine*, 6(1), 35-9. doi: 10.5152/jarem.2016.910
- Karanisoğlu, H., & Dinç, H.(2012). Klimakterik dönem. In: AM. Coşkun (Ed.), *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı* (1.Baskı, ss:447-461). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Atan, Ü.Ş., & Yiğitoğlu, S.(2015). Menopozda semptom yönetimi ile ilgili kanıta dayalı uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 3, 35- 59. doi: 10.17367/JACSD.2015312896
- Woodard, G. A., Brooks, M. M., Barinas-Mitchell, E., Mackey, R. H., Matthews, K. A., & Sutton-Tyrrell, K. (2011). Lipids, menopause, and early atherosclerosis in Study of Women’s Health Across the Nation Heart women. *Menopause*, 18(4), 376-384.
- Yeşilçiçek Çalık, K., & Daştan Yılmaz, A. (2022). *Klimakterik dönem*. In: K.D. Beydağ, N. Pekcan (Eds.), *Hemşirelik ve ebelik öğrencileri için kadın sağlığı ve hastalıkları* (ss:516-546). Ankara: Nobel Kitabevi.
- Ünlü Süvari, G. (2023). Menopozda ürogenital semptomlar ve bakım. In: N. Hotun Şahin, & M.M. Kaydırak (Eds.), *Menopoz bakım tedavi ve destekleyici uygulamalar* (ss:167-180). Ankara: Atlas Akademik Yayıncılık.
- Gökyıldız Sürücü, Ş. (2022). Menopozal dönemde genito-üriner sorunlar ve güncel yaklaşım. In: N. Kızılkaya Beji, & D. Yüksel Koçak (Eds.), *Her yönüyle menopoz* (ss:83-92). Antalya: Nobel Kitabevi.
- Özkan, S. (2015). Klimakteriyum ve menopoz. In: A. Şirin, & O. Kavlak (Eds.), *Kadın sağlığı* (I. Baskı, , s:234-258). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Gava, G., Orsili, I., Alvisi, S., Mancini, I., Seracchioli, R., et al.(2019). Cognition, mood andsleepinmenopausal transition: The role of menopause hormone therapy. *Medicina*, 55(10), 668. <https://doi.org/10.3390/medicina55100668>
- Rodríguez-Landa, J. F., Puga-Olguín, A., Germán-Ponciano, L. J., García-Ríos, R. I., &

- Soria-Fregozo, C. (2015). Anxiety in natural and surgical menopause-physiologic and therapeutic bases. *A Fresh Look at Anxiety Disorders. Rijeka: InTech*, 173-198.
- Taşkın, L.(2016). Kadın hayatının evreleri. In: L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (Genişletilmiş XIII. Baskı, ss: 671-687). Ankara: Akadmisyen Tıp Kitabevi.
- Özgür, G., Yıldırım, S., & Komutan, A.(2010). Menopoz sonrası kadınların öz bakım gücü ve etki eden faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1),35-43.
- Özcan, H.,& Kızılkaya Beji, N. (2014). Menopoz döneminde cinsellik. *Kadın Cinsel Sağlığı*,58(3), 209-211.
- The North American Menopause Society. (NAMS).(2020b). Mental Health at Menopause. <https://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/mental-health-at-menopause/stress-getting-serious-about-solutions>.
- Karanisoğlu, H.,& Dinç, H.(2012). Klimakterik dönem. In: AM. Coşkun (Ed.), *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı* (1.Baskı, ss:447-461). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Karlıdere, T.,& Özşahin, A. (2008). Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 11, 159-166.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).(2014). ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*, 123(1), 202- 216.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24463691/>
- Gökgöz, N.(2014). *Postmenopozal dönemdeki kadınların menopoz semptomlarına yönelik uyguladıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi*(Tez no: 399093)[Yüksek lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi].YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Gözüyeşil, E., & Başer, M.(2016). Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,19(4),261-268.
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., & Sanders, R.J. (2014). Risk of longterm hot flashes after natural menopause: Evidence from the pennovarian aging cohort. *Menopause*, 21(9),924-32. doi: 10.1097/GME.0000000000000196
- Duffy, O.K., Iversen, L., Hannaford, P.C.(2012). The impact and management of symptoms experienced at midlife: a community-based study of women in northeast Scotland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(5),

554-564.<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03276.x>

- Resmi, S. (2020). Climacteric symptoms among women residing in a rural area of Kerala state—A cross-sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(4), 1341-1344.<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.05.008>
- Zhang, L., Ruan, X., Cui, Y., Gu, M., & Mueck, A. O. (2021). Menopausal symptoms among Chinese peri- and postmenopausal women: a large prospective single-center cohort study. *Gynecological Endocrinology*, 37(2), 185-189.<https://doi.org/10.1080/09513590.2020.1832070>
- Mohammadzadeh, S., Hedayati, Z., Ahmadi, N., Bayyani, F., & Mashayekh-Amiri, S. (2017). Prevalence and severity of menopausal symptoms among menopausal women, Babol, Iran. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*, 3(2), 21-26.