

Toplum Ruh Sağlığı

Hemşireliğinde Güncel Çalışmalar

Editör
MUSTAFA DURMUŞ

BİDGE Yayınları

Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Güncel Çalışmalar

Editörler: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Durmuş

ISBN: 978-625-372-237-1

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 25.06.2024

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	3
Jinekolojik Kanserler ve Kadın Ruh Sağlığı.....	4
Büşra PULAT	4
Sakine FIRINCIK	4
Yaşlılarda Kayıp, Yas ve Hemşirelik Yaklaşımı	35
Cesur BAŞAR	35
Sarah ŞİMŞEK	35
İntihar Riskinin Değerlendirilmesi: Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları.....	54
Reyhan ESKİYURT	54
Doğum Sonu Dönemde Görülen Ruhsal Sorunlar ve Ebelik Yaklaşımı	81
Berru Sena BEŞEVLİ.....	81
Ayşe ÇUVADAR	81

BÖLÜM I

Jinekolojik Kanserler ve Kadın Ruh Sağlığı

Büşra PULAT¹
Sakine FIRINCIK²

1.Giriş

Dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biri olan kanser, büyük bir sağlık endişesi olarak öne çıkmaktadır (Özden & Çakır, 2024). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2022 raporuna göre; dünya çapında 20 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkmış ve 9.7 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde 2050 yılına kadar 35 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (Globocan, 2022).

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Bilimi, Karabük/Türkiye, 2328255502@ogrenci.karabuk.edu.tr

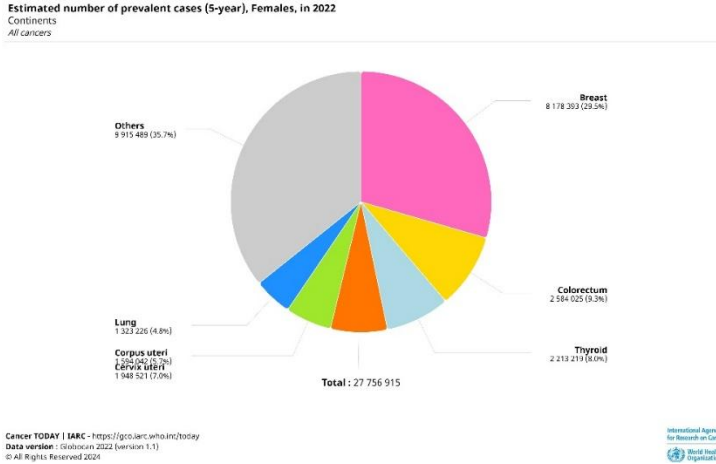
² Dr. Öğr. Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Karabük/Türkiye, Orcid: 0000-0002-4983-8002, sakineerakman@karabuk.edu.tr

IARC (2022) raporuna göre; dünyada akciğer ve meme kanseri en yaygın görülen kanser türleri iken kadınlarda en yaygın görülen kanser türleri arasında meme kanseri ve jinekolojik kanserler bulunmaktadır (Globocan, 2022). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar için bu durum bir yıkım olarak algılanıp, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu içinde barındırabilmektedir (Ülger & ark., 2014; Weare, 2015).

2.Epidemiyoloji

Kadın üreme sisteminin organları olan korpus uteri, serviks uteri, vulva, yumurtalık, fallop tüpü ve vajinada görülen kanserler, dünya genelinde kanser morbiditesi ve mortalitesinde önemli bir yere sahiptir (Weiderpass & ark., 2020).

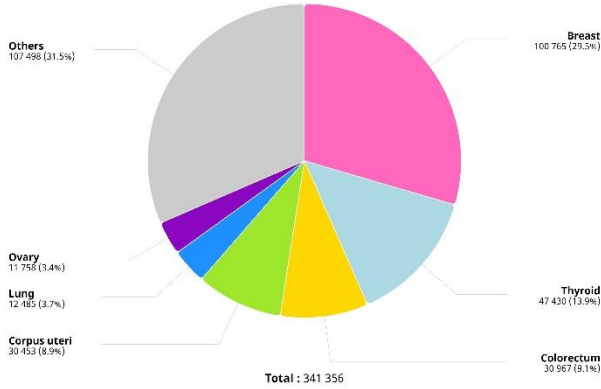
Dünya genelinde kadınlarda en sık görülen kanserler arasında serviks kanseri dördüncü, endometrium kanseri beşinci ve over kanseri yedinci sıradadır (Globocan, 2022).



Şekil 1: Son 5 yılda dünya çapında tüm yaş kadınlarda görülen kanser prevelansı Kaynak: (Globocan,2022)

Şekil 1'de, son beş yılda dünya genelinde kadınlarda kanser prevalansının değerlendirildiği veriler sunulmaktadır. Bu verilere göre, jinekolojik kanser türleri arasında en sık görülenler serviks kanseri (%7.0), endometrium kanseri (%5.7) ve over kanseri (%3.6) olarak belirlenmiştir (Globocan, 2022).

Estimated number of prevalent cases (5-year), Females, in 2022
Türkiye
All cancers



Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int/today>
Data version : Globocan 2022 (version 1.1)
© All Rights Reserved 2024

International Agency
for Research on Cancer
World Health
Organization

Şekil 2: Son 5 yılda Türkiye’de tüm yaş kadınlarda görülen kanser prevalansı

Kaynak: (Globocan,2022)

Şekil 2'de, son beş yılda Türkiye’de kadınlarda kanser prevalansının değerlendirildiği veriler sunulmaktadır. Bu verilere göre, jinekolojik kanser türleri arasında en sık görülenler endometrium kanseri (%8.9) ve over kanseri (%3.4) olarak belirlenmiştir (Globocan, 2022).

3.Etiyoloji

Kadınlarda jinekolojik kanser riskini etkileyen faktörler; sosyo-ekonomik durum, yaş, ailesel kanser geçmişi, genetik yatkınlık, hormon durumu, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite düzeyi, stres ve obezite öyküsünü içermektedir (National Cervical Cancer Coalition, 2022; Gözüyeşil & ark., 2020).

4.Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanser, kadın üreme sistemine ait organlarda ortaya çıkan kanser türlerini ifade etmektedir (Şen & Başar, 2019).

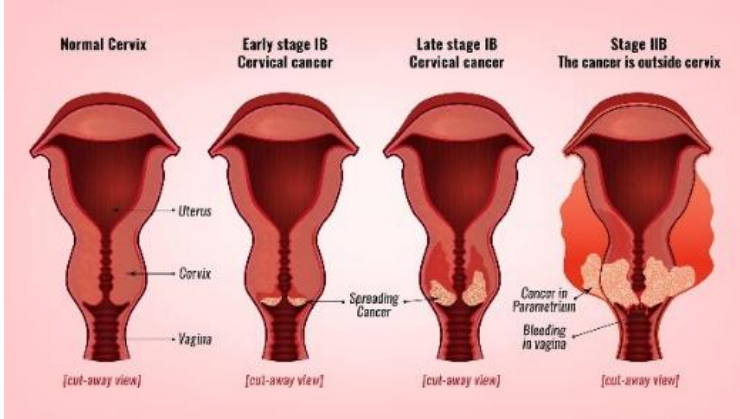
Jinekolojik kanserler, kadınlara özgü genital sistem organları olan serviks, endometrium, over, vulva, vajina ve fallop tüpünü etkileyen kanser türlerini kapsamaktadır (Creasman & ark., 2022).

Jinekolojik kanserler, kanser türleri sıralamasında dördüncü sırada bulunmaktadır. Türkiye'de, kadınlarda yaşanan ölüm nedenleri arasında jinekolojik kanserler ilk 10 içinde yer almaktadır. Kadın üreme sistemini etkileyen bu kanser türleri arasında en sık görülenler sırasıyla serviks, uterus korpusu (endometrium), over, vulva ve vajina kanserleridir (Arslan & ark., 2021).

4.1. Serviks Kanseri

Serviks kanseri, rahim ağzındaki (serviks) hücrelerde başlayıp kadınlarda en yaygın görülen genital kanser türlerinden biridir. Genellikle yavaş ve uzun bir süreçte gelişir. Kanser oluşmadan önce, servikal dokuda anormal hücrelerin ortaya çıktığı displazi adı verilen bir aşamadan geçer. Bu anormal hücreler, uygun şekilde tedavi edilmez veya çıkarılmazsa zamanla kanser hücrelerine dönüşebilir, büyüyebilir ve yayılabilir. Şekil 3’de serviks kanserinin

evreleri görülmektedir. Bu nedenle düzenli tarama ve erken teşhis, serviks kanserinin önlenmesi ve etkili bir şekilde tedavi edilmesinde önemli bir rol oynar (American Cancer Society, 2020).



Şekil 3: Serviks kanseri evreleri

Serviks kanseri, dünya çapında ve Türkiye'de jinekolojik kanserler içinde en sık görülen türlerden biridir ve yaş ilerledikçe görülme sıklığı artar (Sung & ark., 2021).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği (ACOG), 21 yaşından büyük ve cinsel ilişkisi olan tüm kadınların yıllık olarak Pap smear testi ve pelvik muayene yaptırmalarını önermektedir (Lees & ark., 2016).

Serviks kanserinin gelişiminde ortaya çıkan ortalama yaş 50'dir. HPV (Human Papillomavirus) virüsü, serviks kanserinin risk faktörleri arasında yer alır ve bunlar arasında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (HIV, genital herpes, klamidya gibi), erken yaşta başlayan cinsel aktivite, fazla doğum sayısı, sigara kullanımı, yüksek riskli cinsel partner ve düşük sosyo-ekonomik durum bulunur. Serviks kanserinin en belirgin belirtileri arasında düzensiz menstrüel

kanama ve postkoital kanama bulunur. İnvaziv serviks kanseri, klinik evrelemeye dayanarak tanımlanır ve tedavisi cerrahi, kemoterapi veya radyoterapi gibi yöntemlerle gerçekleştirilir. Serviks kanseri, jinekolojik kanserler arasında düzenli tarama ile önlenabilen tek türdür. Korunmada etkili yöntemler arasında, tarama programlarına katılma, Pap smear testi yaptıрма ve HPV aşısı almaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), serviks kanserinden korunmak için 9-13 yaş arasındaki kız çocuklarına 2 doz HPV aşısı yapılmasını ve 30-49 yaş arasındaki kadınların ise 3 yılda bir kolposkopi yöntemiyle taranarak Pap smear testi yaptırmalarını veya 5 yıl aralıklarla HPV testi ile taranmasını önermektedir (WHO, 2013).

Çevik ve Coşkun'un araştırmasına göre, sigara içen kadınlarda servikal mukus değişikliği ve DNA hasarı nedeniyle HPV enfeksiyonu riski artmaktadır. Araştırmada, sigara kullanan kadınlarda immün sistemin baskılanması sonucu HPV enfeksiyonu riskinin yükseldiği de gözlemlenmiştir. HPV enfeksiyonu ile sigara kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların %73.2'sinde HPV enfeksiyonu saptanmıştır. Bu enfeksiyonu olan kadınların %37'sinin sigara kullanmadığı, %53'ünün ise sigara kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca, sigara kullanan kadınların, kullanmayanlara göre HPV enfeksiyonuna 1,90 kat daha yatkın oldukları belirlenmiştir. Bu bulgular, sigara kullanımının HPV enfeksiyonu riskini arttırabileceği ve bu iki faktör arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Çevik & Coşkun, 2021).

Tuncer ve Karakurt'un araştırmasına göre, kadınların %69.2'si HPV aşısı hakkında bilgi sahibi değilken, %88.7'si Pap smear testi yaptırmamıştır. Araştırma, kadınların çoğunluğunun Pap

smear ve HPV testleri hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, kadınların bu önemli jinekolojik tarama yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi, farkındalıklarının artırılması ve düzenli tarama programlarına katılımlarının teşvik edilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Sağlık eğitimi ve bilinçlendirme kampanyalarının, kadınların bu konularda daha bilinçli kararlar almalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Tuncer Köse & Karakurt, 2023).

Atlas (2020) tarafından yapılan araştırmaya göre, kadınların %70.8'i; Uysal ve Toprak (2022) araştırmasına göre ise kadınların %37.9'u; Gözüyeşil ve diğerlerinin (2020) araştırmasına göre ise kadınların %58'i yaşamları boyunca en az bir kez Pap smear testi yaptırmıştır. Bu bulgular, kadınların Pap smear testi yaptırmaya olan katılımlarında farklılıklar olduğunu ve bu konuda yapılan araştırmaların sonuçlarının çeşitlilik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu tür veriler, jinekolojik sağlık taramalarına yönelik farkındalık ve erişim konusundaki çalışmaların önemini vurgular, kadın sağlığı konusundaki bilinçlendirme çabalarının devam etmesi gerektiğini gösterir (Uysal & Toprak, 2022; Atlas, 2020; Gözüyeşil & ark., 2020).

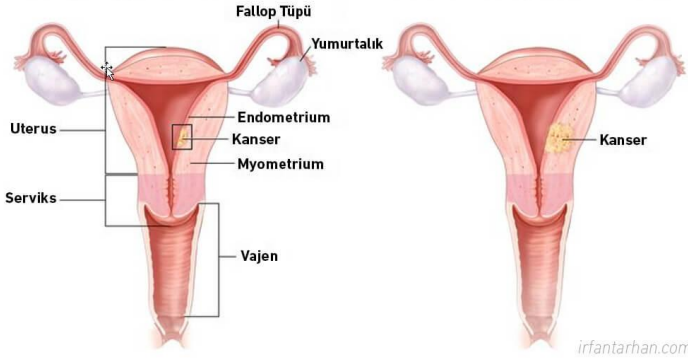
Erkan'ın (2020) çalışmasında, kadınların Pap smear testi yaptırmamalarının nedeninin %44.7'sinin jinekolojik kanser taraması hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, jinekolojik kanser taramalarına ilişkin bilgi eksikliğinin, kadınların bu önemli sağlık kontrollerine katılımlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Sağlık hizmeti sunucularının ve toplum sağlığı programlarının, kadınlar arasında bu tür taramaların önemi konusunda farkındalığı artırmak için çaba sarf

etmesi önemlidir. Bu, sağlıklı bir toplum için erken teşhis ve önleyici sağlık önlemlerinin yaygınlaştırılması açısından önemli bir adım olabilir (Erkan, 2020).

Erken tarama ile önlenebilen bir kadın kanseri türü olan serviks kanseri, literatürdeki araştırmalara göre, kadınlara yönelik kapsamlı eğitim ve tarama programlarına katılımın artırılmasının, serviks kanserinin engellenmesinde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir (Çelebi, 2021).

4.2. Endometrium Kanser

Endometrium kanseri, kadın kanserleri içinde yüksek patojeniteye sahip bir türdür ve dünya genelinde en sık görülen kanser türleri arasında akciğer, kalın bağırsak, tiroid ve serviks kanserlerinin ardından beşinci sırada yer alır (Globocan, 2022; Onstad & ark., 2016). Şekil 4’de endometrium ve endometrium kanserlerinin bulunduğu bölge gösterilmiştir.



Şekil 4: Endometrium kanseri

Polikistik Over Sendromu (PCOS), östrojen seviyelerini etkileyen faktörler, ovulasyon düzensizliği ve menopoz öncesi dönem gibi etkenler, endometrium kanseri riskini artırabilen

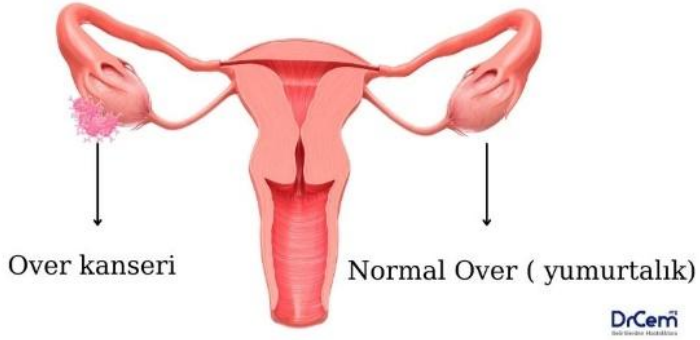
unsurlar arasındadır.Fazla östrojenin etkisiyle endometrium tabakasında görülen hiperplazi, proliferasyon sürecine neden olarak endometrium kanseri oluşumuna yol açabilir (Overholser & Callaway, 2019).

Endometrium kanserinin en yaygın belirtisi olan anormal vajinal kanamanın yanı sıra, pelvik ağrı, kilo kaybı nedeni belirsiz olsa da pelvik bölgede şişlik veya kitle gibi diğer semptomlar da gözlemlenebilir. Menopoz öncesindeki 50 yaş altı kadınlarda anormal vajinal kanama, endometrium kanseri riskinin genellikle düşük olduğu kabul edilir. Bununla birlikte, endometrium kanseri teşhisi konulan hastaların yaklaşık %75'i genellikle menopozdan sonra tanı alır (Manley & ark., 2012).

Endometrium kanseri risk faktörleri menopoz sonrasındaki kadınlarda şunlar olabilir: ileri yaş, erken menarş (adet görme yaşının erken olması), obezite, geç menopoz, tamoksifen kullanımı, çocuk sahibi olmamışlık (nulliparite), diyabet, hipertansiyon, polikistik over sendromu (PCOS) varlığı ve östrojen içeren hormon replasman tedavisidir (Wu & ark., 2019).

4.3. Over Kanseri

Over kanseri, dünya genelinde kadınlarda sıklıkla görülen 7. kanser türü olmasına rağmen, sağ kalım oranı en düşük jinekolojik kanser olarak bilinmektedir (Globocan, 2022; Zhang & ark., 2018; Erdem & ark., 2017). Şekil 5'te normal bir over ve kanserli bir over görülmektedir.



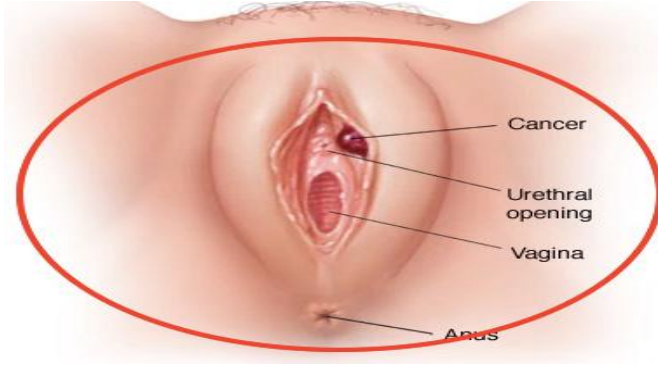
Şekil 5: Over kanseri

Whitcomb ve ekibinin (2018) çalışmasında, sigara içmenin overlerin yaşlanmasını hızlandırdığı, erken menopoza neden olduğu ve bu durumun overleri jinekolojik kanserlere karşı daha hassas hale getirerek over kanseri riskini artırdığı belirlenmiştir (Whitcomb & ark., 2018).

4.4. Vulva Kanseri

Vulva kanseri, jinekolojik kanserlerin %4'ünü oluşturur (Olawaiye & ark., 2021).

Vulva kanseri, dış üreme organlarını içeren vestibül, üretra, labia minor, labia major ve klitorisi etkileyen bir tür jinekolojik kanserdir (American Cancer Society, 2021).



Şekil 6: Vulva kanseri

Şekil 6'da vulva kanserinin yeri gösterilmiştir. Bu kanserin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak, serviks, vulva ve vajenin benzer hücre yapısına sahip olması nedeniyle, bu kanser türlerinin etyolojilerinin benzer olduğu düşünülmektedir (Karaman, 2020).

Vulva kanserinin belirtileri arasında inatçı kaşıntı, hassasiyet ve ağrı, ara kanama, cilt kalınlaşması, ciltte renk değişikliği, koyu lekeler, şişlik ve siğil benzeri yumrular bulunmaktadır. Türkiye'de özel bir vulva kanseri tarama programı bulunmamaktadır. Ancak, menopozdaki kadınların kendi kendine vulva muayenesi (KKVM) yapmaları, erken tanı açısından büyük önem taşımaktadır (Keskin & Tahta, 2021).

4.5. Vajen Kanseri

Serviks kanserine neden olan faktörler genellikle vajen kanseri için de risk oluşturabilir (Adams & Cuello, 2018).



Şekil 7: Vajen kanseri

Şekil 7’de vajen kanseri ve evreleri görülmektedir. Vajen kanseri genellikle erken belirti vermez. En sık görülen semptomu ağrısız vajinal kanama ve kanlı vajinal akıntıdır. Bunun dışında vajinal kitle, konstipasyon, pelvik ağrı, dispareni (cinsel ilişki sırasında ağrı), dizüri (idrar yaparken ağrı) ve metroraji (anormal vajinal kanama) gibi belirtiler de görülebilmektedir (National Cancer Institute, 2022).

5. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar

Jinekolojik kanser hastalarında cinsel işlev bozukluğu, genellikle çeşitli faktörlerin etkisi altında olup, en etkili şekilde çoklu disiplinli bir yaklaşım kullanılarak yönetilir (Faubion & ark., 2015).

Bir araştırmaya göre, jinekolojik kanser tedavisi gören hastalar arasında cinsel işlev bozukluğu (%99) oranında görüldüğü bulunmuştur (Nho & ark., 2017).

Jinekolojik kanser tanısı konmuş kadınların bir nitel çalışmasında, cinsel aktivitelere olan ilgi kaybı, cinsel ilişkiden zevk alamama ve orgazm olamama gibi sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca, cerrahi menopoza semptomlarının bu sorunları artırdığı rapor edilmiş, organ kayıpları ve cerrahi sonucu ortaya çıkan beden imajı bozukluğunun ise özgüven eksikliği ve cinsel ilişkiden kaçınma gibi sonuçlar doğurduğu vurgulanmıştır (Abbott-Anderson & ark., 2020).

Kadınlar genellikle sağlık profesyonelleriyle cinsellik konusunu açmaktan kaçınırlar. Yaşam kalitesini artırmak ve cinsel işlevi iyileştirmek adına hangi hastaların cinsel sağlık sorunları yaşayabileceğini belirlemek ve bu konudaki problemleri tespit etmek önemlidir (Boa & Grénman, 2018).

6. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Fiziksel Sorunlar

Jinekolojik kanser tanısı konmuş kadınların yaşadığı fizyolojik belirtiler arasında periferik nöropati (%100), cinsel işlev bozukluğu (%99), ağrı (%66), yorgunluk (%50), saç dökülmesi (%49), iştahsızlık (%46), tat alma değişiklikleri (%44), kas ağrısı (%38), uykusuzluk (%30), baş dönmesi (%28), konstipasyon (%27), mide bulantısı veya kusma (%19), cilt renginde değişiklikler (%19), yüzde kızarıklık (%13), ciltte kaşıntı veya kızarıklık (%11), diyare (%8), ödem (%7), ağız yaraları (%4) ve ateş (%1) bulunmaktadır (Nho & ark., 2017; Hsu & ark., 2017).

Bunların yanında kadınlar ek olarak özel bazı zorluklarla karşılaşabilirler. Bu özel zorluklar arasında fekal ve üriner inkontinans, cerrahi menopoza, cinsel işlev bozukluğu, doğurganlık kaybı, beden imajının bozulması, cinsel kimlik, rol kaybı ve

ilişkilerle ilgili psikolojik ve duygusal sorunlar bulunmaktadır (Uçar & ark., 2018).

7. Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Psikososyal Sorunlar

Kanser, her geçen gün daha sık görülen bir hastalık olup, sadece bedensel zorluklara değil, aynı zamanda hastaların sosyal yaşamlarında ve psikolojik sağlıklarında ciddi etkilere neden olabilir. Bu durum, hastalığın seyrini ve tedaviye verilen yanıtı olumsuz etkileyebilir. Kanser tedavisi süreci genellikle uzun ve zorlu olduğu için, hastaların psiko-sosyal destek almaları ruhsal sağlıklarını koruma ve hastalıkla baş etme becerilerini geliştirme açısından kritik öneme sahiptir (Ülger & ark., 2014).

Jinekolojik kanserler, fiziksel zorlukların yanı sıra olumsuz psikososyal etkileri de beraberinde getirir (Adams & ark., 2022).

Bireylerin başa çıkma becerileri zamanla gelişebilir, ancak kanser tanısı konduğu ilk an genellikle bir yıkım deneyimi olarak yaşanır. Kanser tanısının ilk tepkileri sıklıkla şok, gözyaşları, üzüntü, tanıyı reddetme ve kabullenmekte zorlanma şeklinde olabilir (Matthews & ark., 2019). Ayrıca, hastalar genellikle çaresizlik, ölüm korkusu, sinirlilik, aşırı duygusallık, gelecek kaygısı, içe kapanıklık, suçluluk duyguları, hassasiyet, mutsuzluk, çabuk sinirlenme, acizlik, belirsizlik, güçsüzlük ve kontrol kaybı gibi duygusal zorluklar yaşayabilirler (Bakhiet & ark., 2021).

Kanser hastalarında kendini suçlu hissetme durumu oldukça yaygındır. Hastalar, sağlıklarına yeterince dikkat etmedikleri veya kendilerine iyi bakmadıkları gibi sebeplerle kanser tanısı almanın sorumluluğunu üstlenerek kendilerini suçlayabilmektedirler (Shinan-Altman & ark., 2022).

Kanser hastalarının psikolojik zorlukları, bazen intihar düşünceleriyle sonuçlanabilir. Yapılan bir çalışmada, jinekolojik kanser hastalarının intihar düşünceleri taşıdığı %18'inde oranında saptanmıştır Bu çalışma, over kanseri teşhisi konmuş kadınlar arasında intihar eğiliminin daha belirgin olduğunu göstermektedir (Tang & ark., 2016).

Kanser hastalarının karşılaştığı psikolojik zorluklardan biri de kanserin geri dönmesi veya metastaz yapmasıdır. Tedavi sürecinde olan hastalar, hastalığın ilerleyebileceği veya başka organlara yayılabileceği endişesini taşıyabilirler (Herschbach & Dinkel, 2013).

Kanser nüks korkusu üzerine yapılan araştırmalarda, jinekolojik kanser hastalarının sürekli olarak tekrar kanserle karşılaşma endişesi taşıdıkları, hatta grip semptomlarını bile kanserle ilişkilendirdikleri ve nüks durumunda acının daha yoğun olacağı, muhtemelen bu sefer ölümle sonuçlanacağı gibi düşüncelere sahip oldukları belirtilmiştir (Galica & ark., 2020; Hamama-Raz & ark., 2022). Öte yandan, kanserin ve tedavilerin en yaygın neden olduğu psikososyal zorluklar arasında depresyon ve anksiyete yer alır. Kanser hastaları arasında anksiyete (%25.4-%60 aralığında) ve depresyon (%10.3-%66.6 aralığında) sıklıkla değişkenlik gösterir (Lopes & ark., 2022).

Bir çalışmada, kemoterapi gören jinekolojik kanser hastalarının %42.7'sinde anksiyete, %36.2'sinde ise depresyon belirtileri görülmüştür (Liu & Yang, 2019). Başka bir araştırmada, uterus kanseri (%42.9), serviks kanseri (%40) ve over kanseri (%32.4) tanısı konmuş hastaların, diğer kanser türleri tanısı konmuş

hastalara kıyasla daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir (Yan & ark., 2019).

8. Kanser Hastalarında Uyum

Kanser gibi kronik hastalıklar, yaşamın çeşitli yönlerine uyum sağlamayı gerektirir. Bu adaptasyon süreci, zaman içinde şekillenir ve hastalığa uyum sağlamada bireyler arasında belirgin farklılıklar ortaya çıkar (Stanton & ark., 2007).

Kanser hastalarının psikososyal uyumu üzerine yapılan bir araştırmada, negatif düşüncelerle ruh hali, sosyal kısıtlılık hissi ve düşük düzeyde iyimser bakış açısına sahip olmanın, zayıf psikososyal uyumun risk faktörleri olarak tanımlandığı belirlenmiştir (Kolokotroni & ark., 2018).

Kanser hastalarında görülen psikososyal ve fizyolojik belirtiler, jinekolojik kanser hastalarının baş etme mekanizmalarını zorlaştırarak uyumlarını etkileyebilir. Bu sebeple, sağlık uzmanlarının jinekolojik kanser hastalarının karşılaştığı zorlukları tanınması son derece kritiktir. Sağlık uzmanları tarafından sağlanan danışmanlık ve uygulanan etkili müdahaleler, hastaların uyum seviyelerini artırarak baş etmelerini kolaylaştırabilir (Vardar, 2023).

Kanser teşhisi konulan bireylere sağlanan bakımda, sağlık profesyonelleri semptomların kontrol altına alınması, hastanın endişelerinin hafifletilmesi, hastanın ve ailesinin duygusal ve fiziksel desteklenmesi, aile üyelerinin yas sürecine hazırlanması ve ölüm durumunda hastanın huzurlu bir şekilde yaşamını tamamlaması için sorumluluk taşır. Bu sebeple, sağlık profesyonellerinin, hastanın duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını

karşılayabilmek için gerekli bilgi, anlayış ve becerilere sahip olmaları gerekmektedir (Tavşanlı & ark., 2016).

9. Histerektomi

Histerektomi, tipik olarak rahimin tamamının veya bazen bir kısmının cerrahi yolla vücuttan çıkarılması işlemidir. Jinekolojide en yaygın başvuru cerrahi müdahalelerden biridir. Dünya genelinde kabul görmüş üç farklı yöntem bulunmaktadır: laparoskopik, abdominal ve vajinal. Histerektomilerin %66'sı abdominal olarak, %22'si vajinal olarak ve %12'si laparoskopik yöntemlerle gerçekleştirilmektedir (Wu & ark., 2007)

Histerektomi, sezaryen sonrasında kadınlar arasında en yaygın olarak uygulanan majör cerrahi işlemlerden biridir ve tipik olarak 30 ila 50 yaş aralığındaki kadınlara yöneliktir (Halli & ark., 2020).

Histerektomi operasyonu geçiren kadınlar, doğurganlığın kaybıyla birlikte eşleriyle ilişkilerinde etkilenme, beden imajındaki değişiklikler, menopozun etkileri gibi birçok konuda endişe ve korku yaşayabilirler. Bu durum, kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Esen & Çam, 2006).

Histerektominin cerrahi etkilerinin yanı sıra, kadınların cinsel işlevleri ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği, ayrıca histerektominin kadınlar üzerinde fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan negatif etkileri olduğu ifade edilmektedir (Gerçek & ark., 2016). Çünkü uterus, pek çok kadın tarafından dişiliğin, cinselliğin, doğurganlığın ve anneliğin sembolü olarak görülmekte; çocuk doğurma, menstrüasyon, gençlik, kadınlık ve çekicilikle ilişkilendirilmektedir. Uterusun kaybı, kadınlar için genellikle

dişiliğin, doğurganlığın ve belirli bir kimlik duygusunun kaybı anlamına gelebilir (Yılmaz, Karataş & Sancı, 2015). Histerektomide çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar;

Abdominal Histerektomi; cerrahi olarak uterusun karından kesilerek alınması işlemidir. Malign hücrelerin varlığında bu yöntem tercih edilmektedir (Saylam, 2005).

Vajinal Histerektomi; uterusun cerrahi olarak vajinal yoldan çıkarılması işlemidir. Bu metot, endometrial hiperplazi, uterus prolapsusu veya servikal displazi gibi durumlarda tercih edilebilir. Vajinal kesi nedeniyle rehabilitasyon süreci diğer yöntemlere göre genellikle daha kısadır. Operasyon sonrası bağırsak komplikasyonlarının sıklığı daha az olabilir ve obez kadınlarda abdominal cerrahiyi zorlaştıran durumlarda vajinal histerektomi daha avantajlı olabilir. Ancak, bu yöntemin en büyük riski ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon olabilir (Taşkın, 2007).

Laparoskopik Histerektomi; Laparoskopik histerektomi, operasyon sırasında herhangi bir bölümün laparoskopik yöntemle gerçekleştirildiği bir cerrahi prosedürdür. Laparoskopik histerektomi, hastanede kalış süresinin kısalığı, hızlı iyileşme, günlük yaşama kolay dönüş ve daha iyi kozmetik sonuçlar açısından abdominal histerektomiden daha avantajlıdır (Khavanin & ark., 2013).

10. Histerektominin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi

Jinekolojik kanser tanısı alma endişesi, kadınları hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkileyerek, bu süreçte korku, umutsuzluk ve çaresizlik duygularına yol açabilmektedir (Körükcü, 2018).

Histerektomi adayları, genellikle cinsel işlevlerinin ve cinsel partnerleriyle olan ilişkilerinin potansiyel olumsuz etkileri konusunda endişe duyarlar (Briedite & ark., 2014). Histerektomi ve vulvektomi gibi cerrahi işlemler ile kemo-radyoterapinin yan etkileri, kadının cinsel davranışlarını ve sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Cinsel rahatsızlıkların temel nedeni olarak, ameliyat sonrası öz imaj algısının değişmesi ve vajinal kayganlıkta azalma gösterilmektedir (Alshawish & ark., 2020). Histerektomi sonrası kadınların kendilerini farklı, yabancılaşmış ve yetersiz hissettikleri; bu ameliyatı geçirenlerde, diğer cerrahi müdahalelere kıyasla depresyon ve kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Silva & Vargens, 2016). Araştırmalara göre, 50 yaş altındaki kadınlar histerektomi sonrası hızla fiziksel aktivitelere dönebilmekte; ancak bu yaş grubundaki kadınların, daha ileri yaş gruplarına kıyasla daha fazla stres yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir (Banovcinova & Jandurova, 2018).

Genç yaşta histerektomi geçiren kadınların psikolojik sağlığını koruyabilmeleri için, diğer kadınlara kıyasla daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilecekleri belirtilebilir. Bu, rahmin kültürel olarak kadınlıkla bağdaştırılmasından kaynaklanan endişeler, ailenin veya eşin olumsuz tutumundan duyulan korku, cinsel çekiciliği kaybetme endişesi, üreme yeteneğini kaybetme korkusu gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (Khan & ark., 2020).

Histerektomi sonrasında, kadınlara bu ameliyatın cinsellik üzerindeki etkileri hakkında ayrıntılı bilgi verilmeli, kadın ve eşinin endişeleri dikkatle dinlenmeli ve gerektiğinde danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır (Schmidt & ark., 2019). Histerektomi sonrasında

ortaya çıkan psikolojik tepkiler, psikiyatrik, kültürel ve fiziksel boyutlarıyla birlikte değerlendirilmelidir. Histerektomi, bazı kadınlar için habis hastalık riskini azaltıcı, istenmeyen gebeliği önleyici, cinsel özgürlüğü artırıcı ve ağrılı menstrüasyon dönemlerinden kurtarıcı bir müdahale olarak görülebilir. Bazıları için ise bu, kadınlık ve cinselliğin kaybı anlamına gelir. Doğum yapmayı düşünmeyen ve hamile kalma korkusu olanlar histerektomi ile rahatlık bulurken, genç ve çocuk sahibi olmak isteyenler bu duruma olumsuz tepki verirler. Pek çok kadında cinsel isteklerin, çekiciliğin ve haz duyma yetisinin azalacağı ve eşlerine karşı endişe duyabilecekleri düşünülmektedir. Bu tepkilerin gelişiminde, yakın çevrenin, eşlerin ve partnerlerin tutumları da önemlidir (Gün, 2011).

Histerektomi geçirmiş kadına yönelik yaklaşım, empatik, destekleyici ve tıbbi etik ilkelere uygun olmalıdır. Ciddi bir operasyon olan histerektomi planlandığında, birçok kadın cinsellikle ilgili endişelerini dile getirmeyi gülünç bulabilir ve histerektomi sonrasında kadınların cinsel yaşamlarının sona erdiği yanlış inancını tartışmaktan çekinebilir. Sağlık ekibinin bir parçası olarak, hemşireler, hastaların bu tür yanlış inançlarını değiştirmek için histerektomi geçirmiş hastaların bakımında önemli bir rol oynayabilir. Bu, cinsel yaşamla ilgili bilgilerini geliştirerek ve bakım işlevlerini daha etkili hale getirerek gerçekleştirilebilir (Yıldırım & ark., 2015).

11. Sonuç

Jinekolojik kanserler, önemli mortaliteye ve morbiditeye sebep olan hastalıklardır ve özel olarak kadının, genel olarak ailenin ve toplumun sağlığını etkiler (Uçar & Bekar, 2010). Kadın sağlığının ve dolayısıyla toplum sağlığının geliştirilmesi için jinekolojik

kanserlere karşı farkındalığın arttırılmasında geniş kapsamlı eğitim programları sŸrdŸrŸlmelidir.

İyileşme sŸrecinde jinekolojik kanser tanısı almış hastalar için tedavi tek başına yeterli gelmemektedir. Kadının hastalığı ile baş etmesinin artırılması ve psiko-sosyal açıdan gŸlendirilmesi gerekmektedir (KŸrŸkcŸ, 2018). Bu anlamda kanser tanı ve tedavi sŸrecinde, hasta ile bakım veren aile Ÿyelerinin ve sağlık profesyonellerinin hastaya bŸtŸncŸl yaklaşması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Abbott-Anderson, K., Young, P. K., & Eggenberger, S. K. (2020). Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships. *Journal of women & aging*, 32(3), 329-348.

Adams, E. J., Tallman, D., Haynam, M. L., Nekhlyudov, L., & Lustberg, M. B. (2022). Psychosocial needs of gynecological cancer survivors: mixed methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(9), e37757.

Adams, T. S., & Cuello, M. A. (2018). Cancer of the vagina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 14-21.

Alshawish, E., Qadous, S., & Yamani, M. A. (2020). Experience of Palestinian women after hysterectomy using a descriptive phenomenological study. *The Open Nursing Journal*, 14(1).

American Cancer Society. (2021). Vulvar cancer. <https://www.cancer.org/cancer/vulvarcancer.html> adresinden erişildi.

American Cancer Society. What Is Cervical Cancer? <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html>, (son güncelleme tarihi: 30.07.2020, alındığı tarih: 13.03.2023).

Arslan, E., Alçın, G., & Aksoy, T. (2021). Jinekolojik kanserlerde tedavi yanıtının değerlendirilmesinde PET/BT. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 7, 166-176.

Atlas, B. (2020). *Çiğli Bölge Eğitim Hastanesine başvuran kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Bakhiet, T. E., Ali, S. M., & Bakhiet, A. M. (2021). Prevalence of depression and anxiety among adult patients undergoing chemotherapy in Khartoum, Sudan: a cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100218.

Banovcinova, L., & Jandurova, S. (2018). Subjective perceptions of life among women after hysterectomy. In *SHS Web of Conferences* (Vol. 51, p. 02009). EDP Sciences.

Boa, R., & Grénman, S. (2018). Psychosexual health in gynecologic cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 147-152.

Briedite, I., Ancane, G., Rogovska, I., & Lietuvieta, N. (2014). Quality of Female Sexual Function After Conventional Abdominal Hysterectomy-Three Month'Observation. *Acta Chirurgica Latviensis*, 14(1), 26-31.

Creasman, W. T., Mannel, R. S., Mutch, D. G., & Tewari, K. (Eds.). (2022). *DiSaia and Creasman Clinical Gynecologic Oncology*. Elsevier Health Sciences.

Çelebi, N. (2021). Kadınların jinekolojik kanserlere yönelik farkındalıkları ve erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum.

Çevik, E., & Coşkun, A. (2021). HPV enfeksiyonuna güncel yaklaşım ve ebeinin rolü. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 215-229.

Erdem, S. S., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, A. S., Bolu, F., Durak, A. A., & Şener, Ö. (2017). Düzce’de yaşayanların kanser ve kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-10.

Erkan, N. (2020). 30-65 yaş arası kadınların human papilloma virüs ve serviks kanseri taraması hakkındaki davranışlarına konu hakkında verilen eğitimin etkisi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Esen, E., & Çam, O. (2006). Histerektomi Olmuş Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 107.

Faubion, S. S., MacLaughlin, K. L., Long, M. E., Pruthi, S., & Casey, P. M. (2015). Surveillance and care of the gynecologic cancer survivor. *Journal of Women's Health*, 24(11), 899-906.

Galica, J., Giroux, J., Francis, J. A., & Maheu, C. (2020). Coping with fear of cancer recurrence among ovarian cancer survivors living in small urban and rural settings: A qualitative descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101705.

Gercek, E., Dal, N. A., Dag, H., & Senveli, S. (2016). The information requirements and self-perceptions of Turkish women

undergoing hysterectomy. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(1), 165.

Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2022. Erişim linki: <http://gco.iarc.fr/> (Erişim tarihi 04.06.2024).

Gözüyeşil, E., ARIÖZ, A., & Filiz, T. A. ř. (2020). Bir aile sağlığı merkezine başvuran kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 177-185.

Gün, Ç. (2011). *Histerektomili hastalarda benlik saygısının öz-bakım gücüne etkisi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

Halli, S. S., Prasad, J. B., & Biradar, R. A. (2020). Increased blood glucose level following hysterectomy among reproductive women in India. *BMC Women's Health*, 20, 1-9.

Hamama-Raz, Y., Shinan-Altman, S., & Levkovich, I. (2022). The intrapersonal and interpersonal processes of fear of recurrence among cervical cancer survivors: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2671-2678.

Herschbach, P., & Dinkel, A. (2013). Fear of progression. *Psycho-oncology*, 11-29.

Hsu, H. C., Tsai, S. Y., Wu, S. L., Jeang, S. R., Ho, M. Y., Liou, W. S., ... & Chang, T. H. (2017). Longitudinal perceptions of the side effects of chemotherapy in patients with gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer*, 25, 3457-3464.

Karaman, R. (2020). *Vulva kanseri ve kendi kendine vulva muayenesine yönelik planlı eğitimin kadınların bilgi ve tutumlarına etkisi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).

KESKİN, H. G., & TAHTA, T. (2021). Vulva kanseri ve vulvektomi sonrası hemşirelik yaklaşımları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 115-121.

Khan, S., Khan, S., Channa, S. R., & Bawany, M. A. (2020). Depression and anxiety Post Total Abdominal Hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. *The Professional Medical Journal*, 27(02), 217-224.

Khavanin, N., Mlodinow, A., Milad, M. P., Bilimoria, K. Y., & Kim, J. Y. (2013). Comparison of perioperative outcomes in outpatient and inpatient laparoscopic hysterectomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 20(5), 604-610.

Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Hantzi, A. (2018). The role of optimism, social constraints, coping, and cognitive processing in psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25, 452-462.

Körükçü, Ö. (2018). Bazı Yaşamsal Geçişler Zordur. Jinekolojik Kanser Tanısı Almak Gibi... *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 248-254.

Lees, B. F., Erickson, B. K., & Huh, W. K. (2016). Cervical cancer screening: evidence behind the guidelines. *American journal of obstetrics and gynecology*, 214(4), 438-443.

Liu, H., & Yang, L. (2019). Dynamic change of depression and anxiety after chemotherapy among patients with ovarian cancer. *Medicine*, 98(31), e16620.

Lopes, C., Lopes-Conceição, L., Fontes, F., Ferreira, A., Pereira, S., Lunet, N., & Araújo, N. (2022). Prevalence and persistence of anxiety and depression over five years since breast cancer diagnosis—the NEON-BC prospective study. *Current oncology*, 29(3), 2141-2153.

Manley, K., Edey, K., Braybrooke, J., & Murdoch, J. (2012). Hormone replacement therapy after endometrial cancer. *Menopause International*, 18(4), 134-138.

Matthews, T., Baken, D., Ross, K., Ogilvie, E., & Kent, L. (2019). The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2286-2294.

National Cancer Institute. (2021). Erişim Tarihi: 1.11.2023, <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/psychosocial-support>

Nho, J. H., Kim, S. R., & Nam, J. H. (2017). Symptom clustering and quality of life in patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 8-14.

Olawaiye, A. B., Cotler, J., Cuello, M. A., Bhatla, N., Okamoto, A., Wilailak, S., ... & Cain, J. (2021). FIGO staging for carcinoma of the vulva: 2021 revision. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(1), 43-47.

Onstad, M. A., Schmandt, R. E., & Lu, K. H. (2016). Addressing the role of obesity in endometrial cancer risk, prevention, and treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 34(35), 4225-4230.

Overholser, L., & Callaway, C. (2019). Improving care coordination to optimize health outcomes in cancer survivors. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(5.5), 607-610.

Özden, M. E., & Çakir, B., (2024). Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* içinde (s.731-746). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Saylam, M. (2005). *Histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Schmidt, A., Sehnem, G. D., Cardoso, L. S., Quadros, J. S. D., Ribeiro, A. C., & Neves, E. T. (2019). Sexuality experiences of hysterectomized women. *Escola Anna Nery*, 23, e20190065.

Shinan-Altman, S., Levkovich, I., & Hamama-Raz, Y. (2022). Cervical cancer survivors: The experiences of the journey. *Palliative & Supportive Care*, 1-8.

Silva, C. D. M. C. E., & Vargens, O. M. D. C. (2016). Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2780.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 565-592.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.

Şen, S., & Başar, F. K. (2019). Kütahya Bölgesinde Yaşayan Kadınların Pap Smear Testi Konusundaki Farkındalıkları. *Sted/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(1), 28-36.

Tang, G. X., Yan, P. P., Yan, C. L., Fu, B., Zhu, S. J., Zhou, L. Q., ... & Lei, J. (2016). Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(1), 97-103.

Taşkın, L. (2019). *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Akademisyen Kitabevi.

Tavşanlı, N. G., Çeçen, D., Tayhan, E., & Kahraman, G. (2016). Kanser hastalarına bakım verenlerin hastalara karşı duygu ve tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4).

Tuncer, S. K., & Karakurt, P. (2023). Kadınların Jinekolojik Kanserler ile İlgili Farkındalık Düzeyinin Artmasında Sağlık Okuryazarlığının Etkisi Üzerine Bir Araştırma. *Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine & Folk Medicine*, 13(1).

Uçar, T., & Bekar, M. (2010). Türkiye’de Ve Dünyada Jinekolojik Kanserler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(3), 55-60.

Uysal, N., & Toprak, F. Ü. (2022). Kadınların Sağlık Algıları, Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 65-76.

Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.

Vardar, O. (2023). Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalar için geliştirilen mobil uygulamanın fiziksel ve psikososyal uyum üzerine etkisi.

Weare, K. (2015). Rehabilitation after gynecological cancer treatment. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, S164-S166.

Weiderpass, E., Hashim, D., & Labrèche, F. (2020). Malignant tumors of the female reproductive system. *Occupational Cancers*, 439-453.

Whitcomb, B. W., Purdue-Smithe, A. C., Szegda, K. L., Boutot, M. E., Hankinson, S. E., Manson, J. E., ... & Bertone-Johnson, E. R. (2018). Cigarette smoking and risk of early natural menopause. *American journal of epidemiology*, 187(4), 696-704.

World Health organization (WHO). (2013). ‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of

noncommunicable diseases: updated Appendix 3 of the Global Action Plan for the Prevention and control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. ISBN: 978 92 4 150623 6

Wu, J. M., Wechter, M. E., Geller, E. J., Nguyen, T. V., & Visco, A. G. (2007). Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1091-1095.

Wu, Y., Sun, W., Liu, H., & Zhang, D. (2019). Age at menopause and risk of developing endometrial cancer: a meta-analysis. *BioMed research international*, 2019.

Yan, R., Xia, J., Yang, R., Lv, B., Wu, P., Chen, W., ... & Yu, J. (2019). Association between anxiety, depression, and comorbid chronic diseases among cancer survivors. *Psycho-oncology*, 28(6), 1269-1277.

Yıldırım, B. U. G., & Oskay, Ü. Y. (2015). Histerektomi Sonrası Kadının Cinsel Yasama Uyumu. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 13(50).

Yılmaz, E., Karataş, B., & Sancı, M. (2015). Kadınlarda Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyon Ve Yaşam Kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(2), 40-52.

Zhang, W., Yu, F., Wang, Y., Zhang, Y., Meng, L., & Chi, Y. (2018). Rab23 promotes the cisplatin resistance of ovarian cancer via the Shh-Gli-ABCG2 signaling pathway. *Oncology letters*, 15(4), 5155-5160. <https://doi.org/10.3892/ol.2018.7949>

BÖLÜM II

Yaşlılarda Kayıp, Yas ve Hemşirelik Yaklaşımı

Cesur BAŞAR
Sarah ŞİMŞEK

1.Giriş

Hemşirelik; bireyleri bütüncül olarak ele alıp, terapötik bir ilişki kurarak kanıt temelli bir bakım sunmaktır. Dolayısıyla hemşirelik çok yönlü bakım vermeyi içerir. Yaşlı bireyin hemşirelik bakım hizmetleri; hemşirenin bakım verici, danışmanlık, liderlik, araştırmacı rollerini yoğun olarak kullanabildiği hizmetleri içerir. Bu nedenle hemşirelik bakım hizmetleri yaşlının temel gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini geriatrik hemşirelik standartlarına uygun girişimleri içermektedir. Kayıp yaşayan yaşlıların ruh sağlığını korumak ve yaşlıların bu süreci sağlıklı geçirmelerine yardımcı olmak için hemşirelerin ölüm, kayıp, matem ve yas kavramlarını bilmelidir ve yaşlının ve ailesinin değişebilen duygusal gereksinimlerini de belirleyerek uygun girişimlerle ele alabilmelidir.

2.Ölüm, Kayıp, Matem ve Yas:

2.1.Ölüm: Ölüm, yaşamsal fonksiyonların geri dönüşümsüz olarak sona ermesidir. Ölüm evrenseldir. Ölümün anlamı kültürel değişiklikler gösterebilir. Kimisi için ölüm bir yok oluşu ifade ederken, kimisi için yeni bir sürecin başlangıcı anlamına gelmektedir. Ölüme olan bakış açısı, ölüm ve yas ile baş etmeyi doğrudan etkilemektedir. Ölüm konusu incelendiğinde tartışılan temel mevzu iyi ölümün anlamıdır. İyi ölüm, kavramı da kişiden kişiye değişkenlik göstermekle birlikte, hastalar açısından iyilik halinin ifadesi kimseye bağlı olmaksızın, ağrı veya inkontinans yaşamaksızın, vedalaşmanın mümkün olduğu, uyurken ve hızlı bir şekilde onurun zedelenmediği bir biçimde gerçekleşen ölüme tekabül ettiğini görürüz (Soyanıt & Mumcu 2023).

2.2.Kayıp (Breavment): Bireyin sevilen birini yetirmiş olması nedeniyle içinde bulunduğu durumun nesnel ifadesidir.

2.3.Matem (Mourning): Birinin ölümünden dolayı üzüntü yaşanan zamanı ifade etmektedir.

2.4.Yas (Grief): Ölüm nedeniyle kayıp yaşayan kişilerde, kayba yönelik gösterilen uyum tepkilerinin yansımasıdır (Bildik, 2013). Bununla birlikte kaybın sadece sevilen bir kişiyi yitirmekle açıklanamamaktadır. İnsan farklı gelişim evrelerinde çeşitli kayıplarla karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin; hayvanın ölümü, boşanma ile ilişkinin bitmesi, hastalık neticesinde işlevselliğin veya organın kaybı, menopoz ve andropoz gibi gelişimsel değişimler, boş yuva sendromu, özgüven ve özsaygı yitimi vb. (Videbeck, 2011).

Yas kavramı 1917 yılında ilk defa Freud tarafından Yas ve Melankoli isimli makalesi ile konuşulmaya başlanmıştır. Yas sevilen

bir yakının veya ülkenin, özgürlük, bir idea gibi düşünsel-soyut bazı değerlerin kaybına yönelik geliştirilen tepkidir. Derin acılı bir yeis hali, dış dünyaya ilginin azalması, sevme kapasitesinin azalması, aktivitelerin inhibisyonu gibi belirtiler melankoli tablosu ile benzerlik göstermektedir. Ancak melankolide ayırt edici önemli bir nokta kişinin kendine olan saygısında azalma olmasıdır (Freud, 1917).

Yas tutmak, uzunca bir süre vedalaşmaya direnmek; korkmadan, utanmadan ve suçluluk hissetmeden vedalaşmaya karar verdiğimizde ise değişmek ve dönüşmek (Hablemitoğlu, 2022).

Yas, kayba yönelik geliştirilen bir tepkidir, kesinlikle bir hastalık değildir. Bu tepki farklı semptomlarla kendini göstermektedir (Bildik, 2013).

2.4.1.Yas Sürecinde Gösterilen Tepkiler:

Yas kişiye göre değişkenlik gösteren bir süreç olup, tepkiler ve yasın evreleri farklı şekillerde ve zamanlarda ortaya çıkabilmektedir. Yasın akut evresi 4-6 hafta sürmektedir (Videbeck, 2011). Yas süreci en az 3-6 ay sürmekle birlikte kaybedilen kişinin yakınlığı nispetinde bu süreç 1-2 yıl sürebilmektedir (Harzadin, 2021). Yaşlılarda yas gecikmiş bir şekilde 2-4 yıl arası uzayabilmektedir (Jacob, 1993).

Duygusal-Düşünsel:

- Üzüntü
- Özlem
- Kötü hissetme

- Zihnin meşgul olması
- Öfke, suçluluk
- Yalnızlık, korku
- Hissizlik
- Odaklanamama
- Kayba inanmama
- Umutsuzluk (Worden, 2008)
- Şaşkınlık
- Konfüzyon
- İnkâr (Bildik, 2013)

Davranışsal:

- Dışa dönüklük
- Alkol ve madde alımında artış
- Sürekli meşguliyet
- Kaçınma
- Sosyal çekilme
- İnancı sorgulama (Worden, 2008)
- Ağlama
- Dalgınlık
- Arama, çağırma

- Ölen kişiyi hatırlatan şeylerden kaçınma (Bildik, 2013)

Sosyal:

- Rol değişikliği
- Sosyal destek
- İlgı kaybı (Worden, 2008).

Fiziksel:

- Nefes alamama
- Ağlama
- Yorgunluk
- Halsizlik
- Sese duyarlılık
- Uyku bozukluğu
- Yeme bozukluğu
- Düzensiz nabız (Worden, 2008).
- Midede boşluk hissi
- Boğulacakmış gibi olma
- İştah azalması veya artışı (Bildik, 2013).

Manevi ve Felsefi Tepkiler:

- İnanç sistemi ile ilgili sorgulama
- Hayatın anlamını sorgulama

- Dünyanın belirsizliğine kızma
- Dünyayı kontrol edememekten rahatsız olmak (Harzadin, 2021).

2.4.2.Yasın Evreleri

Kübler Ross yasın evrelerini 5 evrede tanımlamıştır.

2.4.2.1. İnkâr ve İzolasyon Evresi: Yas tutan birey, kaybın varlığını kabullenmek istemez. Ölüm bilgi olarak kabul edilirken hiçbir şey hissedilmiyorsa izolasyon savunma mekanizması aktiftir. Kişi ölüm hakkında konuşmak istemeyebilir.

2.4.2.2. Öfke Evresi: Bu evrede ölüm ile gerçeği ile yüzleşilmeye başlanır. Kaybedilen, kendisini bıraktığı için suçlanabilir. Bu duygu zaman zaman azalır ve artar. Mezar ziyaretleri kısa tutulur. Çünkü yüzleşme yavaşça gerçekleşir. Kişi ölen kişi ile kimi zaman kendini de suçlamaktadır.

2.4.2.3. Pazarlık Evresi: Kısmen ölüm gerçeğinin farkına varılır. Kimi dinsel pazarlıklar yapılır. Örneğin ‘Geri gelse onu bir daha hiç üzmem.’

2.4.2.4. Depresyon Evresi: Kaybın geri gelmeyeceği durumu kişi için kesinleşmiştir. İçer dönme söz konusudur.

2.4.2.5. Kabullenme Evresi: Kişi artık ölümün hayatın normal bir süreci olduğunu idrak etmektedir. Olayları yeniden düzenleme kabiliyeti ve yeni ilişkiler kurma söz konusudur (Harzadin, 2021).

2.4.2.6. Anlam Bulma: Kaybın ardından büyümek ve hayata dair yeni keşiflerin yapıldığı bir evredir. Hayat amaçlarının

düzenlendiği bir dönemdir. Kimi zaman daha işlevli bir kişiye dönüşüm söz konusudur (Hablemitoğlu, 2021).

Yas tutan bireye yaklaşımı planlarken yasin evreleri iyi bilinmelidir ve bu doğrultuda bir yol izlenmelidir. Hangi evrede hangi duygularla çalışılacağı iyi belirlenmelidir. Bu bağlamda yas sürecinin depresyonu ile klinik depresyonun farkını bilmekte yarar vardır (Videbeck, 2011).

Tablo 1: Normal yas ve klinik depresyon süreci.

Normal Yas	Klinik Depresyon
Bozulmamış özgüven.	Bozulmuş özgüven.
Öfke açıkça dışa vurulabilir.	Genelde öfke doğrudan dışa vurulmaz.
İyi ve kötü günlerin karışımı deneyimlenir.	Disforia durumunda sebatlık söz konusudur.
Zevk alınan anlar deneyimlenebilir.	Anhedonia yaygındır.
Başkalarının destek ve rahatlatmasını kabul eder.	Sosyal etkileşim ve başkalarının desteğine yanıt vermez.
Umuda dair duyguları sürdürür.	Umutsuzluk duyguları galip gelir.
Kayba dair kimi suçluluk duyguları dışa vurabilir.	Genelde suçluluk duygusu yaşanır.
Belirli bir kayba yönelik depresyon duyguları mevcuttur.	Belirli bir deneyime bağlı olmayan duygular yaşanır.

(Videbeck, 2011).

2.4.3.Worden'in Yas Görevleri Modeli:

1. Kaybın gerçekliğini kabul etmek.
2. Yas ile oluşan acı üzerinde çalışmak ve duyguları ifade etmek.
3. Ölen kişinin bulunmadığı çevreye uyum sağlamak.
4. Duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkileri yeniden düzenlemek ve yaşama devam etmek

(Bildik, 2013).

Yas tut(a)mamanın kişide çeşitli bedensel ve ruhsal rahatsızlıklara sebep olabilmektedir. Yaşanan travmalar çocukları aktarma söz konusu olabilmektedir. Kişi bazen yas tutmaz bazen ise yas tutamaz. Yas tutarak beynini geliştirir, ölümle yüzleşmesi kolaylaşır ve yeni beceriler kazanır (Harzadin, 2021).

2.4.4.Yas Sürecini Etkileyen Faktörler:

- Yastaki bireyin kişilik özellikleri
- Ölümü algılama biçimi
- Kültürel ve dini inanç
- Ölen kişi ile ilişkisi
- Ruhsal hastalık öyküsü
- Baş etme stratejisi
- Destek kaynakları
- Ekonomik durum ve yas sürecinde oluşan sıkıntılar

- Ölüm biçimi ve geçmiş kayıpların varlığı (Bildik, 2013)
- Ölenin yaşı
- Ölenle ambivilanslı duyguların varlığı
- Kayba ilişkin sorumluluk algılanıyorsa (Özcan & Gürhan, 2016).

2.4.5.Yasın Çeşitleri:

2.4.5.1.Normal yas/tipik yas: Bildiğimiz, tanıdığımız yas. Hastalık tanısı almaya sürüklemeyen tipik yas.

2.4.5.2.Karmaşık yas/patolojik yas:

Kronik Yas: Çok uzun olan ve bitmeyen, belirtileri başlangıçtaki şiddetini koruyan bir yas türüdür.

Haklarından mahrum yas: İçinde yaşanan grubun, bulunulan toplum tarafından değersizleştirildiği ve yasın haklarından mahrum bırakıldığı durumdur. Örneğin HIV veya intihar sebebiyle cenaze namazının kılınmaması gibi

Kümülatif yas: kısa zaman diliminde birden çok kayıp yaşama durumudur.

Maskeli yas: Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarının kayıpla alakalı olduğunu kavrayamaması durumudur.

Abartılı yas: Şiddetli hatta işlevselliğini etkileyecek tepkilerin yaşanmasıdır. Örneğin; depresyon, kaygı bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı veya intihar riski

Çarpıtılmış yas: Kişi psikososyal bakımdan kendine veya başkasına zarar verici davranışlarda bulunur. Suçlama, yıkıcı düşmanlık, aşırı eli açıklık, yanlış finansal kararlar almak

İkincil yas: Kişi kayıptan sonra zorlanacağı başka kayıplarla yaşamakta. Örneğin savaşıyla birlikte hem sevdiği birini hem de yurdunu kaybetmesi

Kolektif yas: Bir grubu ya da toplumu etkileyen değişim, kriz ya da kayıplar. Örneğin doğal afetlerle yaşanan kayıplar.

Ertelenmiş yas: Kayıpla birlikte yas tepkisinin doğal akışında yaşanmaması, bastırılması, gizlenmesi ile oluşan yas süreci. Hiç beklenmedik anda yas tepkileri gösterilebilir.

Kısal(tıl)mış yas: Kaybın ardından gösterilen tepkilerin kısa sürede bitmesidir. Örneğin eşini kaybeden birisinin yeni bir ilişki ile bu süreçten çıkması

Beklenen yas/yas beklentisi: Henüz ölüm gerçekleşmeden, ölümün yüksek olasılık sayıldığı zaman yas tutulmaya başlanmasıdır. Örneğin ölümcül kronik hastalıklar

Belirsiz yas: Kişinin kaybına dair elinde bir kanıtın olmamasıdır. Örneğin enkazın altında cesetlerin bulunmaması

2.4.5.3.Travmatik yas: Travmatik yaslarda hem fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak ifade edilen yas semptomları çok şiddetli bir şekilde bireyi etkilemekte hem de yas süresi yılları bulabilmektedir. Diğer bir deyişle uzamış-bitmeyen yasa sapanan bireylerden bazıları sürekli yas tutarak hayatını sürdürmek durumunda kalmaktadır (Hablemitoğlu, 2021).

2.4.6.Yasın Çözümlemesi İçin Neler Yapılabilir?

- Dini ve geleneksel ritüelleri uygulamak.
- Taziye ziyareti. Hem yas tutan kişiyi ziyaret edip, duygularını dinlemek hem de yas tutan kişinin başka taziye ziyaretlerinde bulunup kendi duyguları ile bağlantı kurması faydalıdır.
- Bağımlılık oluşturabilecek davranışlardan uzak durmak. Doğal duyguları yaşamak.
- Geçmişte yası tutulmamış travmalarla bağ kurmak.
- Mezar ziyareti yapmak.
- Ölü kişi ile içsel konuşma yapmak.
- Duyguları kâğıda dökmek, ölen kişiye mektup yazma.
- Ölenin ardından konuşmak.
- ‘Öldü’ kelimesini sık kullanmak.
- Masaj, yoga yapmak.
- Spor ve egzersiz yapmak.
- Gergin kasları gevşetmek.
- Nefes egzersizleri yapmak.
- Bazen iletişim kurmak, bazen ise yalnız kalmak.
- Bir ruh sağlığı profesyoneline destek almak.

- Akılcı olamayan inançları sonlandırmak (Harzadin, 2021).

2.4.7.Yas Tutan Bireye Yaklaşım:

- Geride kalan kişinin gerçek bir kaybın olduğunu anlaması sağlanmalıdır.
- Bireyin duygularını tanıması ve ifade etmesi sağlanmalıdır.
- Kayba dair uygun anı formasyonu oluşturulur.
- kişi olmaksızın hayatını devam ettirme desteği sağlanmalı, geleceğe dair planlar aksamamalıdır.
- Özellikle ilk yıl sürekli bir destek sağlanmalıdır (Bildik, 2013).
- Bireyin destek kaynakları tespit edilmelidir.
- Terapötik dokunma yöntemi kullanılabilir.
- Yas tepkileri dikkatle gözlenmelidir (Soyanıt & Mumcu 2023).
- Yeni baş etme yöntemleri geliştirme sağlanmalıdır.
- Kişiyi bekleyen finansal problemler önceden görülmelidir ve bu doğrultuda gereken danışmanlık sağlanmalıdır (Anderson & Dimond 1995).
- Yas tutan kişinin gösterdiği tepkiler iyice gözlemlenip bu doğrultuda kişiye uygun bakım planı düzenlenmelidir. Örneğin beslenme.

- Depresyon evresi iyi takip edilmelidir ve kişinin olası intihar girişimleri için gereken önlemler alınmalıdır (Anderson & Dimond 1995).
- Yas tutan kişinin öyküsü iyi alınmalıdır.
- Öz bakımı, giyimi değerlendirilmelidir (Perng & Renz, 2018).
- Psikoeğitim. Yasın evrelerini ve tepkilerini açıklayarak yaşananların doğal bir süreç olduğu konusunda bir aydınlatma yapılabilir.

2.4.8.Yaşlılıkta Yas Süreci:

Yaşlıların baskın olarak hissettikleri duygu yalnızlıktır. Daha derin bir depresyona girme riskleri vardır. Yas ile ilgili konuşmaya daha isteksiz olabilirler. 2 yılın sonuna doğru bazı fiziksel rahatsızlıklar yaşayabilirler. Anılar ve çocuklarla teselli bulmaya çalıştıkları sık görülmektedir (Anderson & Dimond 1995). Hissettikleri diğer durumlar mahremiyet açığı, bağımsızlık ve otonomi kaybı, sosyal izolasyondur. Görülen majör depresyon ile intihar girişimi riski artmaktadır (Van Humbeeck & ark., 2016). Demansı olan yaşlılarla yapılan gözlem neticesinde, kayıp hakkında konuşmanın onları olumsuz etkilediği, anksiyete ve üzüntülerinin artış gösterdiği belirlenmiştir (Johansson & Grimby 2013).

Yaşlıların yas sürecinde özellikle zorlandıkları bazı durumlar:

- Yeni beceri kazanma
- Yıl dönümleri ve özel günler

- Yalnızlık ve yalnızlığa sebat etme
- Günlük hatırlatmalar, yalnız başına yürüme-uyuma-yeme
- Arkadaşlık kaybı
- Yalnız başına sosyalleşme
- Ekonomik gibi durumlara yalnız alışma (Anderson & Dimond 1995).

Yas ile Baş Etme (Coping)

- Meşgul kalmak: örneğin toplumsal aktivitelerde aktif rol üstlenmek.
- Anıları düzenlemek.
- Kayıp ile ilişkiyi sürdürmek.
- Başkaları ile konuşmak.
- Tanıdık duygulara güvenmek.
- Yeni beceriler geliştirmek.
- Kayıpla yüzleşmek.
- Din ile meşgul olmak ve dua etmek (Anderson & Dimond 1995).

2.4.9.Yasa Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı ve Bakım Planı

Yasa yönelik hemşirelik bakımı, günlük duygusal ve ilişkisel bir bakım sürecini kapsamaktadır (Van Humbeeck & ark., 2016).

Olası Hemşirelik Tanıları:

- Komplike yas tutma riski
- Karmaşık keder sürecine bağlı spirüel distres riski (Özcan & Gürhan, 2016).
- Uyumsuz yas tutma
- Uyumsuz yas tutma riski
- Gelişen yasa hazır oluş (NANDA International, 2021)

Örnek Hemşirelik Tanısı ve Bakım Planı:

Hemşirelik Tanısı: Karmaşık Kederlenme Riski

Majör Tanımlayıcı Özellikler:

- Kayba uyumda başarısızlık
- Uzamış inkâr, depresyon
- Duygusal tepkinin ertelenmesi
- Normal yaşam örüntülerini kabul edememe
- Kederden/kederli görünmekten kaçınma
- Özlem çekme (Carpenito & Erdemir, 2012).

Minör Tanımlayıcı Özellikler:

- Sosyal izolasyon ya da çekilme
- Yeni ilgiler ve ilişkiler geliştirememe
- Kayıptan sonra yaşamı yeniden yapılandıramama
- Derin derin düşünme

-Kendini suçlama

-Üzücü, acı hatıraları ısrarla anlatma (Carpenito & Erdemir, 2012).

Kısa Dönemli Hedefler:

-Hasta kaybın farkındalığını bilecek

-Hasta kayıp hakkındaki duygularını ifade edebilecek

-Hasta keder sürecinde kendi pozisyonunu dile getirecek

Uzun Dönemli Hedefler:

Hasta keder sürecini sağlıklı bir şekilde geçirerek çözüme ulaştıracak (Özcan & Gürhan, 2016).

Hemşirelik Girişimi:

-Keder sürecinde hastanın hangi evrede olduğunu değerlendirin.

-Güven geliştirin. Empati, ilgi ve koşulsuz pozitif saygı gösterin.

-Hasta ile konuşarak kaybı güncel tutmasına yardım edin.

-Hastanın duygularını belirlemesinde ve ifade etmesine yardım edin. (Öfke, suçluluk, anksiyete ve çaresizlik)

-Kederle ilişkili normal davranışları yorumlayın ve kederle yeterli zamanı ayırmasını sağlayın.

-Gerekli durumda destek gruplarına yönlendirerek sürekli desteği sağlayın.

-Hastanın kullandığı patolojik savunmaları belirleyin (alkol, sosyal izolasyon, somatik yakınmalar)

-Hastayı kaybedilenle ilişkisini dürüstçe incelemeye teşvik edin (Özcan & Gürhan, 2016).

-Kayıptan beri bırakılan ya da ihmal edilen aktivitelerin farkına varmasını sağlayın. Yeniden devam etmek için bunlardan birini seçmeye cesaretlendiriniz.

-Büyük motor kasların kullanıldığı aktivitelere katılması için cesaretlendiriniz.(Tempolu yürüyüşler)

-Geçmişteki başarılı baş etmeleri vurgulayınız (Carpenito & Erdemir, 2012).

3.Sonuç

Hemşireler sunacakları bakımı planlarken, yaşlı bireyin yaşam kalitesini arttırmak ve ölüm korkusunu ele almak hedefiyle, yaşlı bireyin entelektüel yeteneklerini ve fiziksel kapasitesini göz önünde bulundurarak, uygun eğitim ve danışmanlık hizmeti yapmalıdırlar. Bu bağlamda; kayıp ve yas durumuyla karşı karşıya olan yaşlının fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını belirleyerek bireysel yetilerini ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik uygun hemşirelik bakımlarını planlayıp, uygulayabilmelidir.

4.Kaynakça

Carpenito, L. J., & Erdemir, F. (2012). *Hemşirelik tanuları: El kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri.

Özcan, C. T., & Gürhan, N. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. *Akademisyen Tıp Kitabevi*.

Harzadin, T. (2021). *Yeniden bağlanmak / Kayıp ve yas sürecinde hayata yeniden tutunmak* (4. baskı). Kanon Kitap.

Hablemitoğlu, Ş. (2021). *Yas: Uzun bir veda*. Doğan Kitap.

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5. baskı). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Perng, A., & Renz, S. (2018). Identifying and treating complicated grief in older adults. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(4), 289-295.

Soyanıt, Ş., & Mumcu, N. (2023). Palyatif bakımda iyi ölüm ve yas sürecinde hemşirelik bakımı. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 77-87.

Johansson, Å. K., & Grimby, A. (2013). Grief among demented elderly individuals: a pilot study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 30(5), 445-449.

Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4), 223-229.

Van Humbeeck, L., Dillen, L., Piers, R., & Van den Noortgate, N. (2016). Grief and loss in older people residing in

nursing homes:(un) detected by nurses and care-assistants?. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 3125-3136.

Anderson, K. L., & Dimond, M. F. (1995). The experience of bereavement in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 308-315.

Jacob, S. R. (1993). An analysis of the concept of grief. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), 1787-1794.

NANDA International. (2021). *Nursing diagnoses: Definitions and classification*. Thieme.

BÖLÜM III

İntihar Riskinin Değerlendirilmesi: Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları

Reyhan ESKİYURT¹

Giriş

İntihar, psikolojik, sosyal, biyolojik, kültürel ve çevresel faktörlerin de dahil olduğu dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl 700.000'den fazla insan intihar sonucu ölmektedir. Bu ölümlerin çoğunluğu (%77) düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. İntihar, 15-29 yaş arası erkeklerde dördüncü, 15-19 yaş arası kadınlarda ise üçüncü ölüm nedenidir. İntihar, sevdiği birini intihar nedeniyle kaybeden toplumları, toplulukları, arkadaşları ve aileleri etkileyen bir dalga etkisine sahiptir. İntihar oranı ülkeye, bölgeye, cinsiyete, yaşa ve yöntemine göre büyük farklılıklar göstermektedir. İntihar nedeniyle ölen her bir kişiye karşılık yaklaşık

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye, Orcid: 0000-0003-0421-4914, reyhan.ryhn.reyhan@gmail.com

20'den fazla kişinin intihara teşebbüs ettiğine dair göstergeler bulunmaktadır (WHO, 2023). İntihara yönelik davranışlar sadece ölüme değil aynı zamanda sakatlığa da neden olabilmektedir. Sonuç olarak intihar, birçok ülkenin farklı şekillerde ele aldığı kritik bir halk sağlığı sorunudur (Turecki & ark., 2019). Türkiye’de intihar sayısı 4146 ve kaba intihar hızı 4.88’dir. İntihar oranı erkeklerde (3111) kadınlara (1035) göre daha yüksek olup intihar nedenleri hastalık, aile geçimsizliği, geçim zorluğu, iş ile ilgili başarısızlık, romantik ilişkiler, eğitim ile ilgili başarısızlık ve diğer olarak sınıflandırılmıştır. İntihar 25-29 yaş aralığında (%13.7) en fazla, 15 yaş ve altında (%2.0) en az orana sahiptir (TÜİK, 2022).

İntihar davranışı kavramı intihar düşüncesi, intihar planı, kendine zarar verme ve ölümcül olmayan intihar girişimi de dahil olmak üzere, bir kişinin kasıtlı olarak kendi hayatına son vermesiyle ilgili düşünce ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (O’Connor & Nock, 2014). İntihar davranışları biyolojik, klinik, psikolojik ve sosyal faktörler gibi birçok faktörden etkilenen karmaşık bir olgudur (Cheng & ark., 2000). İntihar bireyin içinde yaşadığı toplum modeliyle de yakından ilişkili olup intihardan önce, ölüm düşünceleri veya intihar düşüncesi gibi daha hafif belirtiler olabilmektedir (Neeleman, de Graaf & Vollebergh, 2004). İntiharın pek çok nedeni olup cinsiyet, yaş, kültür, coğrafi konum ve kişisel yaşam öyküsüne göre risk faktörlerinin güçlü yönleri ve ilişki biçimleri açısından önemli farklılıkları bulunmaktadır (Turecki & ark., 2012). Bununla birlikte sağlıklı yaşam tarzının intihar davranışıyla ilgili rolü giderek artan bir ilgi çekmektedir (Borges & ark., 2017). Bir meta-analizin sonuçları, uzun sedanter davranış süresi (≥ 3 saat) olan bireylerin intihar düşüncesi, intihar planı ve

intihar girişimi riskinin anlamlı derecede arttığını göstermiştir (Yu & ark., 2024) (şekil 1).

İntihara ilişkin kültürel ve ahlaki inançlar, intiharın tedavisi ve nlenmesine ilişkin gereksiz karamsar görüşler, hastanın kendini ifade etmesine ve klinisyenlerin intihar düşünceleri hakkında rutin sorgulama yapmasına engel olabilmektedir (Turecki & Brent, 2016). Çoğu, hazırlayıcı ve tetikleyici faktörler arasındaki etkileşimi vurgulayan çeşitli modeller önerilmiştir (O'Connor & Nock, 2014).

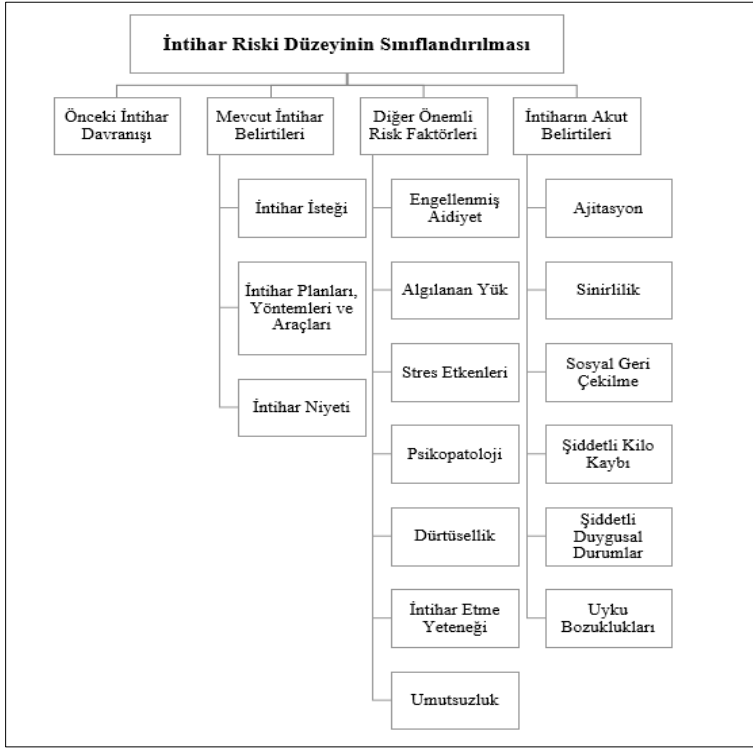
Okul, işyeri ve toplum temelli müdahaleler ve multifaktrl temel bakım müdahaleleri, bakımın düzenlenmesi, bakıma erişim ve intihar araçlarına erişimin azaltılması gibi, intihar veya intihar davranışı vakalarını azaltabilmektedir. Özellikle sağlık profesyonellerine yönelik web siteleri, sağlık profesyonelleriyle psikiyatri merkezleri arasındaki irtibatın arttırılması, depresyon ve intihar riskinin tanınması konusunda halk eğitim kampanyaları ve intihar yardım hattının tümü nleme stratejilerinin önemli yönleri olabilmektedir (Székely & ark. 2013). Bilinen risk faktörlerinin anahtar kümesini içeren bir tahmin algoritması, intiharı nleme amacıyla değerli bir araç olabilir. Tekrarlayan intihar düşüncesi açısından yüksek risk altında olanların doğru bir şekilde belirlenmesi, sağlık profesyonellerinin sınırlı zaman ve kaynakları yüksek riskli bireylere yoğunlaştırmasını sağlayabilir.

İntiharı tamamlayanların çoğu daha önce intihar düşüncelerine sahip olduğunda intihar düşüncesi olan bireyler önemli bir grup olarak düşünülmektedir (McAuliffe, 2002). İntihar düşüncesinden intihar planına ve girişimine geçişlerin %60'ı bu düşüncenin başlangıcından sonraki ilk yıl içinde meydana

gelmektedir (Nock & ark., 2008). İntihar düşüncesinin bireylerin %20'sinde tutarlı olarak kaldığı belirtilmektedir (Liu & ark., 2016).

İntihar Davranışını Önlemeye Yönelik Müdahaleler

İntihar riski düzeyinin belirlenmesi intihar düşüncelerini içeren ruhsal durumun değerlendirilmesini, risk faktörlerinin değerlendirilmesini ve koruyucu faktörlerin değerlendirilmesini içermektedir (APA, 2004; Jacobs & Brewer, 2006). İntihar riskinin değerlendirilmesi ve formülasyonu iki yönlü bir süreçtir. İlk adımda ruh sağlığı uzmanları intihar girişimine yönelik risk ve koruyucu faktörleri araştırırlar ve psikiyatrik geçmişi değerlendirirler. Bu süreci olabildiğince eksiksiz hale getirmek için birden fazla kaynaktan bilgi toplamak önemlidir. İkinci aşamaya intihar riski formülasyonu adı verilmektedir. İntihar riski formülasyonunda odak noktası, risk ve koruyucu faktörlerin hastanın sosyo-kültürel ortamında nasıl ortaya çıktığını belirlemektir. Bu faktörlerin bireyi kendine zarar verme konusunda belirli bir risk düzeyine nasıl getirdiğini anlamak gerekmektedir (Menon, 2013).



Şekil 1: İntihar risk faktörleri

İntihar davranışına ilişkin çalışmalar, bir bireyin intihar riskini belirlemek, sınıflandırmak ve tahmin etmek için geleneksel istatistiksel teknikleri kullanmıştır. Bu teknikler, intihar davranışlarını tahmin etmede çok az tahmin gücü sağlayan basit algoritmalar üretmektedir (Walsh, Ribeiro & Franklin, 2017). Son zamanlarda araştırmalar geleneksel istatistiksel tekniklerin yerine veri madenciliği ve yapay zeka tekniklerini kullanmaya başlamışlardır (Fonseka, Bhat & Kennedy, 2019). Bu yöntemlerin çok sayıda hastanın genel risk kategorilerine göre sınıflandırılmasında ve intihar eğilimi başka türlü tespit edilemeyecek potansiyel risk altındaki hastaların belirlenmesinde

faydalı olduğu belirtilmektedir (Boudreaux & ark., 2021). Nordin ve arkadaşlarının (2022) sistematik derlemesinin sonuçları yapay zeka tekniklerinin intihar davranışlarını tahmin edebildiğini ortaya koymuştur.

Yapay zeka platformları, risk algoritmaları oluşturmak ve risk ile koruyucu faktörlerin intihar üzerindeki etkisini belirlemek için veri kümesindeki kalıpları tanımlayabilmektedir (Fonseka, Bhat & Kennedy, 2019). Yapay zeka tabanlı intihar tahmin araçları iki geniş kategoriye ayrılmaktadır. İlk kategori hastanın tıbbi kayıtlarının analizini içermektedir. İkinci kategori, akıllı telefon uygulamalarından, sosyal medyadan ve sağlık hizmetleri dışındaki diğer faaliyetlerden elde edilen tüketici davranışı ve sosyal etkileşimin analizini içermektedir (Marks, 2019). Hastanın tıbbi kayıtlarının analizini değerlendiren bu araçlar, bir hastane ortamında hastanın intihar riskini belirlerken sağlık profesyoneline karar desteği sağlamaktadır. İntihar riskini belirlemek için sosyal medya alışkanlıklarından elde edilen bilgilerden yararlanan yapay zeka ve veri araçları hangi kullanıcıların intihar riski altında olduğunu belirlemektir (D’Hotman & Loh, 2020).

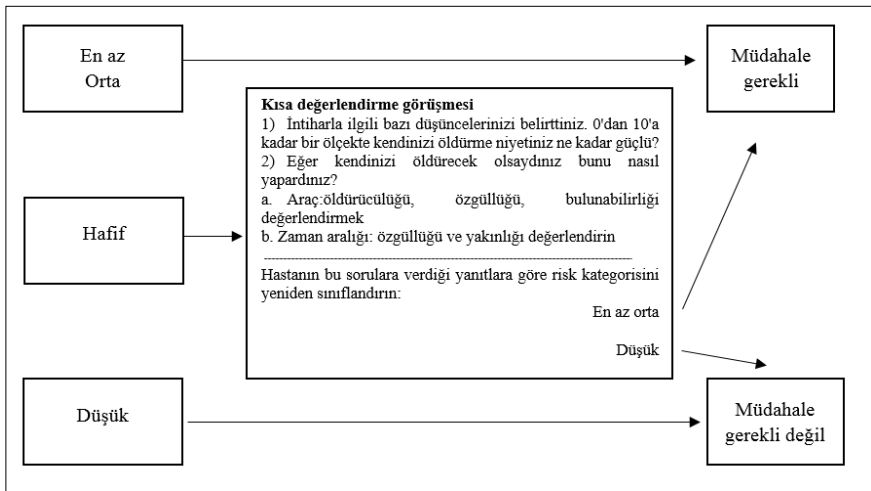
Algoritma Yöntemleri

İntihar riski değerlendirmesi ile ilgili ulusal kılavuzlar risk değerlendirmesi için öneriler sunmaktadır ancak geniş çapta kabul görmüş bir bakım standardı bulunmamaktadır. Risk değerlendirmesi hastaya intihar düşünceleri ve planları hakkında soru sorulan klinik bir karşılaşmayı temsil etmektedir (Ahmedani & ark., 2014). İntihar değerlendirmesine yönelik yaklaşımlar genellikle tutarlıdır. Değerlendirme öğeleri önceki intihar davranışları, mevcut intihar düşünceleri ve planları, umutsuzluk, stres etkenleri, ruhsal bozukluk

semptomlarının varlığı, dürtüsellik ve öz kontrol davranışları, öldürücü yöntemlere (ateşli silahlar gibi) erişim ve koruyucu faktörler hakkında bilgi toplanmasını içermektedir (Bryan, 2006). PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyonu taramak için en yaygın kullanılan araç olarak kullanılmaktadır (Rural Health Information Hub, 2022). PHQ-9, DSM-5'te sunulduğu şekliyle majör depresif bozukluk tanı kriterlerini temel alan, 9 maddelik likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (0-3, Hiç ila hemen hemen her gün). Pasif intihar düşüncesini de değerlendirmektedir. PHQ-9 ölümcül girişimde bulunma yeteneği veya ölme isteğinin yoğunluğu gibi önemli konuları ele almamaktadır. PHQ-9'un intihar riskini kapsamlı bir şekilde değerlendirme konusunda yetersiz olduğu belirtilmektedir (Na & ark., 2018).

MBHS 2.0 (Multidimensional Behavioral Health Screen) kişilerarası-psikolojik intihar teorisi ve spesifik risk değerlendirme protokolleri tarafından desteklenen güncellenmiş bir intihar risk kategorisi algoritmasını içermektedir (Chu & ark., 2015). Kişilerarası-psikolojik intihar teorisi, intihar riskinin iki bileşenden oluştuğunu açıklamaktadır. Bunlar ölme isteği ve kendini öldürme yeteneğidir. İntihar isteği, sırasıyla kişinin başkalarına yük olduğu ve başkalarıyla güçlü ilişkileri olmadığı hissini içeren “algılanan yük” ve “engellenen aitlik duygusu” psikolojik yapıları ölçülerek değerlendirilmektedir. Umutsuzluk bu duyguları şiddetlendirerek pasif intihar düşüncesine yol açabilmektedir. İntihar yeteneği olarak adlandırılan kendini öldürme yeteneği, daha önce intihar girişiminde bulunulması, kendine zarar verme korkusuzluğu, ölüm korkusuzluğu ve intihar korkusuzluğu ile belirtilmektedir. Diğer risk

faktörleri de hesaba katılmaktadır (örneğin madde kullanımı, etkisiz başa çıkma stratejileri, azalmış uyku), ancak engellenmiş aidiyet ve algılanan yük intihar etme yeteneği ile birlikte intihar riskinin ana belirleyicileri olarak kabul edilmektedir (Forman & ark., 2004; Harris & Barraclough, 1997; Hom, Joiner & Bernert, 2016). Bir görüşme protokolü ve karar akış şemasıyla intihar riski değerlendirmesinin “sistemleştirilmesi ve rutinleştirilmesi” önerilmiştir (Chu & ark., 2015) (Şekil 2).



Şekil 2: MBHS'yi kullanan risk değerlendirme akış şeması

(Chu & ark., 2015)

İntihar düşüncesinin, intihar girişiminin en güçlü yordayıcılarından biri olarak belirtilmektedir. Liu ve arkadaşları (2016), duygudurumu düşük olan bireylerde intihar düşüncesinin varlığına yönelik bir risk tahmin algoritması geliştirmeyi amaçlamışlardır. Bu algoritmada, intihar düşüncesinin tekrarlama olasılığını belirlemek için geliştirilen en iyi modelde altı yordayıcı faktör bulunmuştur. Bu faktörler yaş, boşluk hissi, ani ruh hali

değişiklikleri, kendine zarar verme öyküsü, son 4 hafta içinde depresif ruh hali, son 4 hafta içinde sosyal aktivitelerde engellenmeden (işlevselliğin azalması) oluşmaktadır. Bu risk tahmin algoritması, klinisyenlerin hastaların temel risk profilini tanımlamaları için karar destekleyici bir araç olarak kullanılabilir.

İntihar riski yönetimi protokolü, intihar düşüncesi ve davranışını açıklayan bireyleri yönetmek için sağlık personeline sistematik rehberlik sağlayan çalışma protokolünün bileşeninden oluşmaktadır. Protokolün temel amacı, artan düzeyde bakıma ihtiyaç duyan katılımcıları belirlemek için gerekli adımları standartlaştırmaktır. İntihar riski yönetimi protokolü algoritması (1) etkinleştirme, (2) risk değerlendirmesi, (3) risk azaltma ve (4) etkinleştirme sonrası takip aşamalarını içermektedir (Schertz & ark., 2023). (**Etkinleştirme:** Hangi durumlarda bir katılımcının intihar düşüncesi konusunda sorgulanmasını bekliyoruz? Bir katılımcının kendiliğinden intihar düşüncesini açıklayabileceği bir ortamın olduğu fırsatlar var mı? **Risk değerlendirmesi:** Araştırma personeli riski nasıl değerlendirecek? Bireyin kendisi için yakın bir tehdit oluşturup oluşturmadığını ne tanımlar? **Risk azaltma:** İntihar düşüncesinin açıklanmasının ardından araştırma personeli hangi adımları atacak? Hangi ruh sağlığı kaynakları mevcut? Risk değerlendirmesi nasıl belgelenecek? Katılımcının birinci basamak hekiminin veya ruh sağlığı personelinin durumdan haberdar olmasını sağlamak için hangi geri bildirim döngüsü gereklidir? **Etkinleştirme sonrası takip:** Hangi seviyede raporlama gerekli? Katılımcının bakım sağlayıcısının/sağlayıcılarının standartlarıyla nasıl bir takip yapılması gerekiyor? İntihar düşüncesini açıklayan hastalarda erken sonlandırma kurallarının eşikleri nelerdir?) İntihar

riski yönetimi protokolü bulguları klinik bir araştırmada intihar düşüncesi ve davranışının yönetimi için yararlı bir araç olduğunu ortaya koymuştur.

Vaiva ve arkadaşları (2011) “ALGOS” olarak adlandırılan bir izleme algoritması geliştirmişlerdir. Bu algoritmanın amacı 6 ay boyunca tekrarlanan intihar girişimi vakalarını azaltmaya yönelik bir karar şeması oluşturmaktadır. ALGOS, tekrarlayıcı intihar girişimi sayısında önemli bir azalma gösteren iki müdahaleye dayanmaktadır. Bu müdahaleler sistematik telefon bağlantısı (ilk deneyenlerde etkisizdir) ve kriz kartıdır (yalnızca ilk deneyenlerde etkilidir). Telefon görüşmesi sırasında iletişime geçilemeyen ve önerilen sağlık hizmetini reddeden katılımcılar, kısa mektuplardan veya kartpostallardan yararlanmışlardır (Vaiva & ark., 2011). İlk intihar girişiminden sağ kurtulan tüm katılımcılara, içinde bulundukları merkezin acil durum telefon numaralarının bulunduğu bir “kriz kartı” verilmektedir. Diğer hastalarla (ilk deneyenler hariç) intihar girişiminden sonraki onuncu ve yirmi birinci günler arasında telefon görüşmesi yapılmaktadır. Telefon görüşmesi, esas olarak empatiye, güvenceye, açıklamaya ve öneriye dayanan psikolojik desteğin bir bölümünü içermektedir. Bu görüşmenin amacı, mevcut sağlık hizmetlerine verilen yanıtların yeterliliğini doğrulamak, aksi takdirde hastayı yeni temaslar kurmaya teşvik etmek ve tavsiyede bulunmaktır. Telefon bağlantısı sağlanamayan hastalara “kartpostal” gönderimi yapılmaktadır. Kartlarda hastanenin telefon numaraları yer almaktadır (Vaiva & ark., 2011). Kriz kartlarının ilk kez girişimde bulunanlar arasında tekrarlı intihar girişimlerini önlemede etkili olduğu, telefon görüşmelerinin ise birden fazla girişimde

bulunanlar arasında etkili olmadığı bulunmuştur (Messiah & ark., 2019).

Yapay Zeka Yöntemleri

Elektronik tıbbi kayıtların çoğalmasıyla birlikte çok sayıda sağlık verisi oluşmaktadır. Diğer veri kaynaklarıyla bağlantılandırıldığında, bu karmaşık bilgi kümelerinin analizi, bir kişinin biyolojik, sosyal ve psikolojik durumunun aynı anda anlık görüntüsünü sağlayabilmektedir (Miller & Brown, 2018). Çok sayıda çalışmadan elde edilen sonuçlar, yapay zekanın intihar girişimlerini tahmin etme konusunda iyi performans gösterdiğini belirtmektedir (D'Hotman & Loh, 2020; Barak-Corren & ark., 2017; Walsh, Ribeiro & Franklin, 2017). Bu algoritmalar, bir intihar riski puanı oluşturmak için demografik veriler, tıbbi geçmiş ve önceki psikiyatrik tanımlar dahil olmak üzere çok çeşitli faktörleri dikkate almaktadır. Bu tür tahmine dayalı analizler yüksek riskli kişileri belirlemede yardımcı olabilmektedir. İntiharın önlenmesinde yapay zekanın bir diğer önemli uygulaması, metinsel verileri intihar düşüncesi göstergeleri açısından değerlendirmektir. Örneğin, sosyal medya içeriğini incelemek, Facebook veya Twitter gibi platformlardaki gönderileri analiz etmek için doğal insan dili işleme teknikleri algoritmaları kullanılmaktadır. Bu sistem umutsuzluk veya kendine zarar verme gibi intihar eğilimiyle ilişkili dilsel kalıpları tespit edebilmektedir (Coppersmith & ark., 2018). Transkript içeriği açısından intihar teorilerinde anlatılan çeşitli süreçlerle eşlenen kelimelerin çıkarılması ümit verici olabilmektedir. Örneğin, yük, yalnız ve umutsuz gibi kelimeler en çok intihar düşüncesi geliştirme riskiyle ilişkili olabilirken, korkusuz ve acısız ifadeler intihar düşüncesinden intihar girişimine geçiş

riskiyle daha güçlü bir şekilde ilişkili olabilmektedir (Kishor & ark., 2015).

İntihar tahmin algoritmalarını geliştirmek, doğrulamak ve hassaslaştırmak için sıklıkla büyük klinik veritabanları kullanılmaktadır (Choi & ark., 2018). Keşifsel analizlerden klinik ve bilişsel risk faktörlerini içeren intihar riski alanı belirlenmektedir. Klinik risk alanı ani duygudurum değişikliği, yakın geçmişteki karamsar duygudurum, kendine zarar verme, psikiyatrik komorbidite ve önceki hastaneye yatışlar gibi tanı ve tedavi faktörlerinden oluşmaktadır. Bilişsel risk alanı yaşam doyumu, umutsuzluk, özsaygı ve özyeterlilik hakkındaki düşünceleri içermektedir (Passos & ark., 2016; Jordan, Shedden-Mora & Löwe).

İntihar düşünce ve davranışını değerlendirmek için daha önce geliştirilen araçların, intihar düşünce ve davranışındaki hızlı değişikliklere duyarlı olacak şekilde tasarlanmadığı ve intihar eğiliminin ciddiyetine ilişkin küresel klinik izlenimi yakalayamadığı belirtilmektedir (Alphs & ark., 2016). Alphs ve arkadaşları (2020) intihar düşünce ve davranışını değerlendirme aracı geliştirip psikometrik özelliklerini incelemişlerdir. İntihar Düşüncesi ve Davranış Değerlendirme Aracı, intihar düşünce ve davranışındaki hızlı değişiklikleri sistematik ve kapsamlı bir şekilde ölçmek için tasarlanmış, hem hasta hem de klinisyen tarafından derecelendirilen bileşenlere sahip bilgisayar temelli bir araçtır. Bu değerlendirme aracı, hasta tarafından bildirilen intihar düşüncesi ve davranışının yanı sıra risk ve koruyucu faktörleri de belirlemektedir. İntihar eğiliminin ciddiyeti ve intihar riskinin “Klinik Global İzlenim Ölçeği” derecelendirmelerine dayalı olarak klinisyen tarafından puanlanan değerlendirmelerle sona ermektedir.

Elektronik tıbbi kayıtlardan elde edilen demografik ve kişisel sağlık verilerini kullanarak intihar riskini tahmin etmek için geliştirilen bir algoritmanın, intihar riskini 1 hafta içinde %84-92 ve 2 yıl içinde %80-86 doğruluk oranıyla tahmin ettiği saptanmıştır (Walsh, Ribeiro & Franklin, 2017). Ophir ve arkadaşları (2020), yapay zeka algoritmalarını kullanarak sosyal medya içeriğinden elde edilen kelimelerle iki metin tabanlı intihar riski tespit sistemi önermiştir. Kişilik, psikososyal faktörler ve psikiyatrik tanı hakkındaki bilgileri Facebook metniyle birleştiren sistemin, intihar riskini yalnızca metne dayalı bir sistemden daha iyi öngördüğü bulunmuştur.

Li ve arkadaşları (2021), intihar riskinin değerlendirilmesi amacıyla sosyal medya paylaşımlarından temel bilgilerin çıkarılmasına yönelik bir yapay zeka modeli geliştirmişlerdir. Sosyal medya gönderilerinden bağlam bilgileriyle metin gösterimini oluşturmuşlardır. İntihar riskini daha iyi değerlendirmek ve modelin uygulanabilirliğini artırmak için intihar riski, intiharın varlığı ve intiharın aciliyetini değerlendirme yöntemi tanımlamışlardır. Geliştirilen modelin uzun metin temsiliinde iyi performans gösterdiği ve metindeki önemli bilgileri tanımlayabildiğini bulunmuştur.

Yapay zeka uygulamalarının, özellikle büyük ve karmaşık veri kümelerini işleme yetenekleri göz önüne alındığında, intiharın önlenmesinde yararlı olduğu belirtilmektedir (Bernert & ark., 2020). Her ne kadar bu araçlar yüksek intihar riski taşıyan kişileri tespit etme ve muhtemelen önleme potansiyeline sahip olsa da, aynı zamanda insanların mahremiyetini ihlal etmesi, insanları hatalı bir şekilde intihara meyilli veya intihara meyilli olmayan olarak sınıflandırması paradoksal olarak intihar riskini artırabilmektedir

(Marks, 2019). Web ve sosyal medya tabanlı platformların kullanımı, gizlilik mevzuatı kapsamında düzenlenmediğinde güvenlik risklerini artırabilmektedir. Sosyal medya kullanıcısının sosyal ağına zihinsel rahatsızlığını bildirmenin gizlilik haklarını ihlal ettiği gerekçesiyle intihar izleme uygulaması yapılamamaktadır (Orme, 2014). Yapay zeka programlarının intihara meyilli kullanıcılara uygun şekilde yanıt verebilmesini ve onların duygusal durumlarını kötüleştirmemesini ya da yanlışlıkla intihar planlamasını kolaylaştırmamasını sağlamak önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün İntiharı Önleme Kılavuzu

İntiharın önlenmesine yönelik müdahalelerin temel öğeleri durum analizi, çok sektörlü işbirliği, farkındalık yaratma, kapasite geliştirme, finansman, gözetim, izleme ve değerlendirmeyi içermektedir (WHO, 2021). DSÖ'nün LIVE LIFE yaklaşımı, etkili olduğu kanıtlanmış dört temel müdahaleyi önermektedir:

- İntihar araçlarına erişimi sınırlamak (örneğin zehirli böcek ilaçları ve ateşli silahlara yönelik kısıtlamalar);
- İntiharın sorumlu bir şekilde haberleştirilmesi için medyayla etkileşimde bulunmak;
- Ergenlerde sosyo-duygusal yaşam becerilerini geliştirmek;
- İntihar davranışlarından etkilenen herkesin erken tespiti, değerlendirilmesi, yönetimi ve takibini sağlamak.

İntihar hakkında açıkça konuşmak, kişiye başka seçenekler sunabilir veya kararını yeniden düşünmesi için zaman tanıyabilir, böylece intiharı önlenebilir. İntihara meyilli birçok insanın ruh

sağlığı sorunu yoktur ve ruh sağlığı sorunları olan pek çok kişinin de ölme isteği yoktur. İntihar krizi durumlarında, akut duygusal sıkıntı, kronik ağrı, şiddet deneyimi ve sosyal belirleyiciler gibi altta yatan ve katkıda bulunan birçok faktörün dikkate alınması gerekmektedir (WHO, 2021).

İntihar Riskinin Değerlendirilmesinde Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları

Hemşirelik uzmanının müdahalesi koruyucu faktörleri teşvik etmeyi, risk faktörlerini azaltmayı ve hızlandırıcı faktörleri hafifletmeyi amaçlamalıdır (Anseán, 2014). İntihar davranışının önlenmesini ve tedavisini amaçlayan çalışmalar, yetişkinlerde çok düzeyli müdahalenin etkinliğini vurgulayarak davranışın tekrarlanmasını ve düşünülmesini azaltmada önemli sonuçlar ortaya koymaktadır (Melia & ark., 2020; Briggs & ark., 2019; Gøtzsche & Gøtzsche, 2017). Bilişsel davranışçı terapi, bireysel ve grup desteği, kısa görüşme, danışmanlık, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, sağlık profesyonelleri tarafından yönetilen destek grupları, eğitim ve bilgilendirme, ruh sağlığının geliştirilmesi, toplumsal farkındalık, başa çıkma desteği, stres yönetimi ve semptom tespit eğitimi bunların tümü etkili müdahaleler olarak önerilmektedir (Hofstra & ark., 2020). Hemşirelik profesyonelleri bakım, yönetim, eğitim ve araştırma düzeylerinde bilgi ve becerileriyle katkıda bulunurlar (Galvis, 2015). Hemşirelik müdahaleleri çevre yönetimi, güvenlik, genel sağlık eğitimi ve madde bağımlılığının önlenmesi, ruh sağlığını geliştirmeye yönelik görüşmeler, sağlık bilgilerine erişimin iyileştirilmesi, ilk yardım eğitimi, aile ve sosyal destek sistemlerinin arttırılmasını içermektedir (Butcher & ark., 2018).

İntihar davranışlarını azaltmaya yönelik önerilen sağlık hizmetleri:

- Her hasta için bir değerlendirme ve yönetim planı
- İhtiyaç değerlendirmesi: başa çıkma stratejileri, güçlü yönler, sağlık sorunları, sosyal koşullar ve sorunlar, psikososyal ve mesleki işlevsellik, mevcut yaşam zorlukları, psikolojik müdahale, sosyal bakım ve destek, mesleki rehabilitasyon ve uyuşturucu tedavisi ihtiyacı (National Institute for Health and Care Excellence, 2011).
- Değiştirilebilir risk faktörlerinin belirlenmesi (risk sınıflandırması değil): intihar niyeti, kendine zarar verme öyküsü, fiziksel sağlık sorunları, umutsuzluk, intihar düşüncesi.
- Klinik olarak mevcut kanıtlanmış müdahalelerin uygulanması

İntihar davranışı sergileyen hastaların uygun şekilde yönetilmesi için en etkili olan hemşirelik müdahaleleri öz farkındalığı, öz saygıyı ve başa çıkmayı geliştirmek; psikotrop ilaçların kullanımı konusunda hasta eğitimi (reçeteli ilaçların öğretilmesi) yapmak, hemşirelik uzmanları tarafından uygun takip, uyum ve yan etki yönetimi dahil olmak üzere ilaç yönetimi; sağlık danışmanlığı ve eğitimi, karar desteği, değerlerin açıklanması, duygusal destek, duygudurum yönetimi, aktif dinleme ve iletişim; aile bağlamında öz kontrol, sözel çatışma çözümü, danışmanlık, duygusal destek; sağlık eğitimi ve sağlık bilgilerine daha iyi erişim; intihar davranışıyla ilgili yanlış bilgileri, düşünceleri ve inançları değiştirmek; hemşirelik konsültasyonlarında farkındalığı artırmak ve ruh sağlığını geliştirmeye yönelik eylemler önermek ve bunların

yayılması konusunda medyaya tavsiyelerde bulunmayı içermektedir (Butcher & ark., 2018).

Psikiyatri hemşireliği müdahalelerine örnekler: hastanın sözlü ve sözsüz mesajlarına önem vermek; reçeteli ve reçetesiz ilaçların hazırlanması, verilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi; reçeteli ve reçetesiz ilaçların güvenli ve etkili kullanımının kolaylaştırılması; atılabilirlik eğitimi; hastanın olumsuz davranışlarını yönetmesine yardımcı olmak; hastanın dikkat eksikliğini ve/veya aşırı aktivitesini güvenli bir şekilde karşılayan terapötik bir ortam sağlamak; hastanın kendine zarar verme davranışlarını azaltmasına veya ortadan kaldırmasına yardımcı olmak; kabul edilebilir hasta davranışının parametrelerini belirlemek; bakım hedeflerini belirlemek ve önceliklendirmek için hastayla işbirliği yapmak ve ardından bu hedeflere ulaşmak için bir plan geliştirmek; hastanın kendi davranışları konusunda daha fazla sorumluluk almasının teşvik etmek; sağlık bakımına ilişkin karar verirken hastaya bilgi ve destek sağlanmak; hastanın güvenliğini, iyileşmesini ve bakımını sağlamak; akut stres yaşayan hastada kaygının azaltılmasını sağlamak; bireyin günlük yaşamın talepleri ve zorluklarıyla bağımsız ve etkili bir şekilde başa çıkma yeteneğini geliştirmek; hastanın düşüncelerini, duygularını, motivasyonlarını ve davranışlarını keşfetmesine ve anlamasına yardımcı olmak; aile değerlerinin, ilgi alanlarının ve hedeflerinin desteklenmesini sağlamak; aile üyelerinin hastanın duygusal ve fiziksel bakımına katılımını kolaylaştırmak; hasta bakımının diğer disiplinlerden sağlık profesyonelleri ile planlanmak ve değerlendirmek.

Sonuç

İntihar davranışının gelişmesinde rol oynayan çok sayıda faktör nedeniyle önleme, eğitim, sağlık, kolluk kuvvetleri, siyaset ve medya gibi toplumun farklı sektörlerinin koordinasyonunu ve işbirliğini gerektirmektedir. İntiharın önlenmesi, ruh sağlığı kaygılarıyla ilgili damgalanmanın üstesinden gelmemizi ve bunun yerine bazen yaşadığımız stres, kaygı ve depresyonu insan olmanın bir parçası olarak görmemizi gerektirir.

KAYNAKLAR

Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., ... & Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of general internal medicine*, 29, 870-877.

Alphs, L., Brashear, H. R., Chappell, P., Conwell, Y., Dubrava, S., Khin, N. A., ... & Yaffe, K. (2016). Considerations for the assessment of suicidal ideation and behavior in older adults with cognitive decline and dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 2(1), 48-59.

Alphs, L., Fu, D. J., Williamson, D., Turkoz, I., Jamieson, C., Revicki, D., & Canuso, C. M. (2020). Suicide ideation and behavior assessment tool (SIBAT): evaluation of intra-and inter-rater reliability, validity, and mapping to Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment. *Psychiatry research*, 294, 113495.

American Psychiatric Association (2004). Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. In: *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium* (2nd ed.). American Psychiatric Association, Arlington: VA.

Anseán, A. (2014). *Spanish Foundation for Mental Health for the Prevention of Mental Disorders and Suicide, Suicides*. La Rioja Government.

Barak-Corren, Y., Castro, V. M., Javitt, S., Hoffnagle, A. G., Dai, Y., Perlis, R. H., Nock, M. K., Smoller, J. W., & Reis, B. Y.

(2017). Predicting suicidal behavior from longitudinal electronic health records. *American Journal of Psychiatry*, 174(2), 154–162.

Bernert, R. A., Hilberg, A. M., Melia, R., Kim, J. P., Shah, N. H., & Abnoui, F. (2020). Artificial intelligence and suicide prevention: a systematic review of machine learning investigations. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5929.

Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., & Menendez, D. (2017). Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *Journal of Psychiatric Research*, 91, 74-82.

Boudreaux, E. D., Rundensteiner, E., Liu, F., Wang, B., Larkin, C., Agu, E., ... & Davis-Martin, R. E. (2021). Applying machine learning approaches to suicide prediction using healthcare data: overview and future directions. *Frontiers in psychiatry*, 12, 707916.

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., & Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 214(6), 320–328

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 185-200.

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 360-365.

Choi, S. B., Lee, W., Yoon, J. H., Won, J. U., & Kim, D. W. (2018). Ten-year prediction of suicide death using Cox regression and machine learning in a nationwide retrospective cohort study in South Korea. *Journal of affective disorders*, 231, 8-14.

Chu, C., Klein, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2015). Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: An empirically informed update. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1186–1200.

Coppersmith, G., Leary, R., Crutchley, P., & Fine, A. (2018). Natural language processing of social media as screening for suicide risk. *Biomedical Informatics Insights*, 10, 1178222618792860

Davidson, J. E., Choflet, A., Earley, M. M., Clark, P., Dilks, S., Morrow, L., ... & Mims, T. (2021). Nurse suicide prevention starts with crisis intervention. *American Nurse Journal*, 16(2), 14-18.

D’Hotman, D., & Loh, E. (2020). AI enabled suicide prediction tools: a qualitative narrative review. *BMJ health & care informatics*, 27(3).

Fonseka, T. M., Bhat, V., & Kennedy, S. H. (2019). The utility of artificial intelligence in suicide risk prediction and the management of suicidal behaviors. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(10), 954-964.

Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 437-443.

Galvis, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108.

Gøtzsche, P. C., & Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: Systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(10), 404-410.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.

Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, 63, 127-140.

Hom, M. A., Joiner, T. E., Jr., & Bernert, R. A. (2016). Limitations of a single-item assessment of suicide attempt history: Implications for standardized suicide risk assessment. *Psychological Assessment*, 28(8), 1026-1030.

Jacobs, D. G., & Brewer, M. L. (2006). Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice. *CNS spectrums*, 11(6), 447-454.

Jordan, P., Shedden-Mora, M. C., & Löwe, B. (2018). Predicting suicidal ideation in primary care: An approach to identify easily assessable key variables. *General hospital psychiatry*, 51, 106-111.

Li, J., Zhang, S., Zhang, Y., Lin, H., & Wang, J. (2021). Multifeature fusion attention network for suicide risk assessment based on social media: algorithm development and validation. *JMIR medical informatics*, 9(7), e28227.

Liu, Y., Sareen, J., Bolton, J. M., & Wang, J. L. (2016). Development and validation of a risk prediction algorithm for the recurrence of suicidal ideation among general population with low mood. *Journal of affective disorders*, 193, 11-17.

Marks, M. (2019). Artificial intelligence-based suicide prediction. *Yale JL & Tech.*, 21, 98.

McAuliffe, C. M. (2002). Suicidal ideation as an articulation of intent: a focus for suicide prevention?. *Archives of Suicide Research*, 6(4), 325-338.

Melia, R., Francis, K., Hickey, E., Bogue, J., Duggan, J., O'Sullivan, M., & Young, K. (2020). Mobile health technology interventions for suicide prevention: Systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(1), e12516.

Menon, V. (2013). Suicide risk assessment and formulation: An update. *Asian journal of psychiatry*, 6(5), 430-435.

Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS Investigators. (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PLoS One*, 14(2), e0210778.

Miller, D. D., & Brown, E. W. (2018). Artificial intelligence in medical practice: the question to the answer?. *The American journal of medicine*, 131(2), 129-133.

Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 item 9 based screening for suicide risk: A validation study of the patient health questionnaire (PHQ)– 9 item 9 with the Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS). *Journal of Affective Disorders*, 232, 34–40.

Namratha, P., Kishor, M., Rao, T. S., & Raman, R. (2015). Mysore study: A study of suicide notes. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(4), 379.

National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *NICE guidelines self-harm: Longer-term management [CG 133]*. Manchester:UK.

Neeleman, J., de Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of affective disorders*, 82(1), 43-52.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. (2008). Cross-

national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry*, 192(2), 98-105.

Nordin, N., Zainol, Z., Noor, M. H. M., & Chan, L. F. (2022). Suicidal behaviour prediction models using machine learning techniques: A systematic review. *Artificial intelligence in medicine*, 102395.

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.

Ophir, Y., Tikochinski, R., Asterhan, C. S., Sisso, I., & Reichart, R. (2020). Deep neural networks detect suicide risk from textual facebook posts. *Scientific reports*, 10(1), 16685.

Orme, J. (2014). Samaritans pulls 'Suicide Watc', radar app over privacy concerns. (01/02/2024 tarihinde www.theguardian.com/society/2014/nov/07/samaritans-radar-app-suicide-watch-privacy-twitter-users adresinden ulaşılmıştır).

Passos, I. C., Mwangi, B., Cao, B., Hamilton, J. E., Wu, M. J., Zhang, X. Y., ... & Soares, J. C. (2016). Identifying a clinical signature of suicidality among patients with mood disorders: A pilot study using a machine learning approach. *Journal of affective disorders*, 193, 109-116.

Rural Health Information Hub. (2022). *Screening for addressing suicide risk in clinical settings*. (01/02/2024 tarihinde [https:// www. rural healt hinfo. org/toolk its/ suicide/2/ screening-tools](https://www.ruralhealthinfo.org/tools/suicide/2/screening-tools) adresinden ulaşılmıştır).

Schertz, K. L., Petrik, M., Branson, M., Fu, S. S., Rothman, A. J., Begnaud, A., & Joseph, A. M. (2023). Disclosure of suicidal

ideation in non-psychiatric clinical research: Experience using a novel suicide risk management algorithm in a multi-center smoking cessation trial. *Research Methods in Medicine & Health Sciences*, 26320843231212427.

Székely, A., Konkoly Thege, B., Mergl, R., Birkás, E., Rózsa, S., Purebl, G., & Hegerl, U. (2013). How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PloS one*, 8(9), e75081.

Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonté, B., & Mechawar, N. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in neurosciences*, 35(1), 14-23.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 74.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *İntihar İstatistikleri*. (05/02/2024 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> tarihinde adresinden ulaşılmıştır).

Vaiva, G., Walter, M., Al Arab, A. S., Courtet, P., Bellivier, F., Demarty, A. L., ... & Libersa, C. (2011). ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-7.

Walsh, C. G., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2017). Predicting risk of suicide attempts over time through machine learning. *Clinical Psychological Science*, 5(3), 457-469.

World Health Organization. (2021). *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. (2023). *Suicide*. (01/02/2024 <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide> tarihinde adresinden ulaşılmıştır).

Yu, L., Zhao, X., Long, Q., Li, S., Zhang, H., Teng, Z., ... & Zeng, Y. (2024). Association between a changeable lifestyle, sedentary behavior, and suicide risk: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*.

BÖLÜM IV

Doğum Sonu Dönemde Görülen Ruhsal Sorunlar ve Ebelik Yaklaşımı

Berru Sena BEŞEVLİ¹
Ayşe ÇUVADAR²

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruh sağlığını bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirebilme, stresle başa çıkabilme ve iç dengesini koruyarak toplum içinde üretken ve verimli olabilme şeklinde tanımlar (WHO, 2012). Başka bir tanıma göre, bireylerin yalnızca ruhsal bozukluklardan yoksun olmaları değil aynı zamanda ruhsal iyilik haline sahip olmaları olarak da tanımlanmaktadır (Patel & ark., 2018).

¹ Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, Karabük/Türkiye, Orcid: 0009-0000-2756-6619, berrubes@yandex.com

² Dr. Öğretim Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Karabük/Türkiye, Orcid: 0000-0002-7917-0576, aysecuvadar@karabuk.edu.tr

Gebelik ve lohusalık dönemi, kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan önemli değişikliklere maruz kaldığı kritik bir süreçtir (Özkan, 2019). Annelerin doğum sonrası dönemde ruhsal sorunlara yatkın olmalarının nedenleri arasında hormonal değişiklikler, önceki ruhsal sorunlar, istenmeyen gebelikler, zorlu doğum deneyimleri, riskli gebelik durumları, çift arasındaki ilişki sorunları, doğum sırasında yetersiz destek alma, stresli yaşam olayları gibi faktörler bulunabilir (Özkan, 2019).

Kadının doğumla birlikte vücut algısının değişimi, yenidoğanın aile içine katılımı, görevlerin artışı ve farklılaşması, bebeğin bakımı konusundaki gerginlik tarzı faktörlerde artış meydana geldikçe, lohusanın ruh sağlığı ile ilgili ve davranışsal değişimleri artmaktadır. Bu durum, kadınlarda değişimlere bağlı olarak ruhsal sorunlar yaşama olasılığını artırabilir. Böyle bir süreçte karşılaşılabilecek ruhsal problemler arasında postpartum blues, postpartum depresyon ve postpartum psikoz bulunmaktadır (Quintero, 2014).

Doğum sonu dönemde hormonlarda meydana gelen değişimlerle beraber ortaya çıkan, besin alımı eksikliği, uyku problemleri ve ebeveynlik stresi ile artış gösteren geçici ruhsal probleme postpartum blues denilmektedir (ACOG, 2015). Postpartum blues ile başa çıkılamaması durumunda postpartum depresyon ve postpartum psikoz gibi daha ciddi durumlar ortaya çıkabilir. Postpartum depresyon, hafif seyirli başlayabilir ancak psikoz durumuna kadar ilerleyebilir. Bununla birlikte, kadınların hayat standardını, aileler içindeki iletişimlerini ve yenidoğan bebeklerin bilişsel, davranışsal ve duygusal gelişimlerini etkileyebilir. Doğum sonu depresyonu, halk sağlığını etkileyen

önemli konulardan biridir. Doğum sonu dönemde gözlemlenen ruhsal sorunlar arasında yüksek riske sahip olan, doğum sonrası psikozdur (Quintero, 2014). Gebelikte ve lohusalık sürecinde yaşanan psikososyal değişim, uykusuzluk ve hormonal etmenlere bağlı güçlü stres faktörleri, genetik yatkınlıkla birleşerek psikozun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Bu sorunu yaşayan lohusalarda öz-kıyım ve bebeğe karşı ciddi homosidal risk bulunmaktadır (Howard & ark., 2014).

Kadınların, yenidoğan bebeklerin ve ailelerinin hayat standardını artırmak halk sağlığı için de kritik bir rol oynamaktadır. Bu sebeple ruhsal problemlerin erken teşhisiyle beraber tedavisini de sağlamak son derece önemlidir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri, hasta veya sağlıklı kişilerin tutumlarını değerlendirme de büyük yükümlülükler taşımaktadır (Howard & ark., 2014).

1. Annelik Hüznü (Postpartum Blues/ Postpartum Hüzün)

Annelik hüznü, yeni doğum yapmış kadınların ortalama %50 sinde görülen yaygın bir durumdur (Bohari & ark., 2020). Doğum sonrası dönemde, depresyon, üzüntü/ağlama, kararsız ruh hali, uykusuzluk, kaygı ve kafa karışıklığı gibi potansiyel belirtileri içeren geçici bir fizyolojik ve psikolojik bozukluktur (Ntaouti & ark., 2020). Annelik hüznü, doğum sonrasında meydana gelen hormonal değişikliklere veya annenin ve bebeğin bağlanmasında etkili olan oksitosin kaynaklı biyolojik sistemin aktifleşmesine bağlı olabilir (Aydın & Öztürk, 2017). Genellikle bebeğin doğumundan sonraki ilk haftada ortaya çıkar ve belirtiler çoğunlukla iki hafta içerisinde tedavi gerektirmeyen bir şekilde kaybolur (Yılmaz & Yar, 2021).

1.1. Annelik Hüzünü Belirtileri

- Sebepsiz ağlama nöbetleri,
- Ani ruhsal durum değişiklikleri,
- Yalnız kalma isteği,
- Bebeğe karşı duygu ve ilgi eksikliği,
- Konsantrasyon güçlüğü,
- Anksiyete ve depresif duygudurum,
- Kayıp ve keder duyguları
- Disforik bozukluk,
- Uykusuzluk, hüzün, sinirlilik, iştahsızlık, unutkanlık ve baş ağrısı,

Belirtiler konusunda lohusa ve ailesi bilgilendirilmelidir. (Georges Pius & Djoda, 2020; Howard & ark., 2014; ACOG, 2015)

1.2 Annelik Hüzünü Risk Faktörleri

Annelik hüznünün kesin nedenleri bilinmemekle birlikte, özellikle bireysel etkenler, sosyal uyum zorlukları, psikiyatrik geçmiş ve aile geçmişi, doğum korkusu, ilk kez anne olma, gebelikle ilgili karışık duygular risk faktörleri arasında yer alabilir (Georges, Pius & Djoda, 2020). Buna ek olarak, gebelikte yüksek düzeyde stres yaşama, gebelik sürecindeki duygusal değişiklikler, bebek cinsiyetinin ne olduğu ile kadının medeni halinin bekar oluşu, postpartum hüzün için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Rezaie-Keikhaie & ark., 2020). Doğumun hangi şekilde yapıldığı ile postpartum hüzün arasında bir bağlantı olduğu gözlemlenmiş,

bilhassa sezaryen doğumlarda risk artışı belirlenmiştir. Ayrıca, bir çalışmada, postpartum dönemdeki duygusal değişikliklere ani hormonal değişikliklerin neden olduğu fakat progesteron ile östrojen düzeylerinin postpartum hüznü etkilemediği bulunmuştur (Hellgren & ark., 2014). Düşük sosyo-ekonomik durumun ve aile içindeki iletişimin olumsuz olmasının postpartum hüznün riskinde artışa sebep olabileceği ifade edilmiştir (Ntaouti & ark., 2020).

1.3 Annelik Hüznünün Yönetimi

Annelik hüznünde farmakolojik tedavi nadiren başvuru olan bir yöntemdir. Semptomlar, çoğunlukla kendiliğinden iyileşir ve bu süreç genellikle iki hafta sürer. (Howard & ark., 2014; O'Hara & Wisner, 2014). En kritik tanılama yöntemi tam bir şekilde hastalık öyküsünün alınmasıdır. Annelik hüznü yaşayan kadınların hikayelerinde premenstrüel gerginlik, doğum korkusu ve sosyal uyum zorlukları sıkça görülür. Bunun yanı sıra, gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresif belirtilerle de karşılaşmıştır (Beck, 2006). Bu dönemde, bebek uyuduğunda annenin de rahatça dinlenmesi sağlanmalı, destek verilmeli, lohusanın yorgunluk belirtileri düzenli olarak gözlemlenmeli, gevşeme teknikleri öğretilmeli ve bu teknikleri kullanması teşvik edilmelidir. Aynı zamanda, lohusanın kendi ihtiyaçlarına zaman ayırması desteklenmelidir (Hammes & ark., 2014). Lohusalıkta annelik hüznü yaşanması durumunda, anne ile yenidoğanın birbirlerinden ayrılmaması büyük önem taşır. Bu süreçte, lohusa ve yenidoğanın bir arada tutulması, sadece fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik açıdan da zorlayıcı olan postpartum dönemde kadının özgüvenini kazanmasına, bilgilendirilmesine ve desteklenmesine yönelik

bireysel tedavi veya grup terapileri temel stratejilerdir (Hammes & ark., 2014) .

Doğum sonrası depresyonu önceden belirleyen faktörler arasında yer alan annelik hüznü, geçici bir ruhsal dalgalanma olabilir, ancak kendiliğinden çözülebilen bir durum olarak göz ardı edilmemeli ve önemsenmelidir. Risk altındaki gebeler düzenli olarak takip edilmeli ve bu takip sürecinde doğum sonrası olası belirtiler konusunda bilgilendirilmelidir. Lohusalık sürecinde anneler, duygularını ifade etmeleri konusunda cesaretlendirilmeli ve annelik rolüne uyum sağlamaları için gerekli bilgi ve destek sunulmalıdır (Özkan, 2019).

2. Postpartum Depresyon (PPD)

Postpartum depresyon, doğum sonrası 4-6 hafta içinde başlayan ve en az iki hafta devam eden depresif bir bozukluk olarak tanımlanan bir durumdur. (Özşahin, Akça & Gökbulut, 2020). PPD, dünya genelinde annelerin yaklaşık %17'sini etkilemektedir (Shorey & ark., 2018). Gelişmekte olan ülkelerde yaygınlık oranı belirgin şekilde daha yüksektir. Yüksek gelirli ülkelerde yaygınlığı yaklaşık %10-15 iken, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise yaygınlığı %10-41 arasında değişmektedir (World Health Day, 2017). PPD, annelerin sağlığı ve bebeklerin yaşamı üzerinde ayrıca maternal bağlanma ve emzirme konularında belirgin olumsuz bir etkiye sahiptir (Aksoy & ark., 2016; Çankaya & ark., 2017; Do, Nguyen & Pham, 2018). Doğum sonrası depresyon taraması için çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler arasında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri ve Hamilton Depresyon Ölçeği yer almaktadır. Bu ölçekler,

postpartum depresyon teşhisini doğrulamak için değil, riski belirlemek için tarama amaçlı kullanılan ölçeklerdir (Erdem, 2012).

2.1 Postpartum Depresyon Belirtileri

- Düşük ruh hali
- Endişe
- Kompulsif düşünceler
- Konsantrasyon zorluğu
- Bebek uyurken dahi yetersiz uyku
- İştah kaybı
- Ajite olma
- Gerginlik
- Kontrol kaybı
- Yetersizlik hissi
- Baş edememe
- Mantıksız korkular
- Yorgunluk
- Cinsel isteksizlik
- Suçluluk duygusu ve umutsuzluk
- Anne, intihar veya bebeğini öldürme planları yapabilir (Özşahin & ark., 2020)

2.2 Postpartum Depresyon Risk Faktörleri

Gebelik ve postpartum dönem kadınların hormonlarında önemli değişimlere sebep olmaktadır. Doğum sonrasında ortaya çıkan hormonal değişimlerin sonucunda postpartum depresyonun tetikleneceği düşünülmektedir (Brummelte & Galea, 2016; O'Hara & Wisner, 2014). Postpartum depresyona eğilimli bireyleri erken dönemde tespit etmek, postpartum depresyonun uzun vadeli olumsuz etkilerini en aza indirme konusunda önemli bir katkı sağlar. Bu nedenle postpartum depresyonun risk unsurlarının bilinmesi ve potansiyel risk taşıdığı öngörülen annelerin sıkı takip edilmesi oldukça önemlidir (Aktaş, Şimşek & Aktaş, 2017).

- Aile veya evlilikle ilgili zorluklar,
- Sosyal destek düzeyinin düşük olması,
- Menstrüasyonla ilgili sorunlar,
- Düşük sosyoekonomik seviye,
- Erken doğum,
- Düşük doğum ağırlıklı bebek,
- Annelerde ek sağlık sorunları,
- Ailede veya annede depresyon geçmişi,
- Düşük eğitim ve gelir düzeyi,
- Anne çalışma durumu,
- Aile ilişkilerinde yetersizlik,
- Sağlık hizmetlerine erişim zorluğu,

- Erken yaşıta evlenme,
- Planlı olmayan gebelikler,
- Geçirilmiş ruhsal problemler,
- Geçmişte bebeğini düşürmesi ve gebelik yaşının erken olması (Erdem & Celepkolu, 2014; Henriksen & ark., 2017; Poçan & ark., 2013)

2.3 Postpartum Depresyonun Yönetimi ve Tedavisi

Postpartum depresyon tedavisinde, annenin özgüvenini güçlendirmek, annenin yanında olmak ve gerekli bilgileri sağlamak önemlidir. PPD tedavisi için farmakoterapi ile beraber bilişsel davranış terapisi yöntemleri kullanılabilir (Anokye & ark., 2018).

Çeşitli tedavi yöntemleri, büyük depresyon tedavisinden esinlenmiştir. Tedavi sürecinde serotonin geri alım blokerleri, antidepressanlar, serotonin-noradrenalin blokerleri, östrojen, psikoterapiler, elektrokonvülsif tedavi (EKT), progesteron ve brexanolone gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir (Frieder & ark., 2019; Ward & ark., 2018).

Postpartum depresyon tedavisinde, bebeğin bakımı ihmal edilmemelidir. Yenidoğanlar, ilaç müdahalelerinden etkilenebilir. Bu sebeple, postpartum depresyon geçiren anneler tedaviyi reddedebilir. PPD'li annelerin sadece %18'i etkili bir tedavi almaktadır (Erdoğan & Hocaoglu, 2020).

3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz, tarihsel olarak ilk kez 19. yüzyılda Esquirol tarafından tanımlanmış olup bireylerin sadece postpartum psikoz belirtileri taşımadığını, aynı zamanda manik ve depresif

belirtilerin birlikte ortaya çıkmasının da görüldüğü bir durumu ifade eder (Demirkol, Kızıltoprak & enbayram, 2018). Postpartum psikozda, annelerde yanılsama, sanrı, bilişsel karışıklık, beslenmeme, uykusuzluk ve ani duygu değişiklikleri gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Bu semptomların yanı sıra, postpartum psikozda postpartum depresyonun belirtileri de görülebilir. Bu bağlamda, psikozun şiddetini değerlendirebilmek için postpartum depresyondan ayırmak önemlidir (Beck, 2006). Postpartum psikoz genellikle ilk 3 hafta içinde başlar ve doğumdan sonraki ilk 2-3 gün içinde belirtiler görülebilir (im & Füsun, 2017).

3.1 Postpartum Psikoz Belirtileri

- Hastalık tablosuna sanrıların yanında halüsinasyonlar eklenmektedir.
- Yorgunluk,
- Uykusuzluk,
- Labil duygulanım,
- Dinlenememe,
- Huzursuzluk,
- Aşırı aktivite,
- Ağlama nöbetleri,
- Duygusal dalgalanmalar,
- Kafa karışıklığı,
- Şüphecilik,
- Depersonalizasyon,

- Düzensiz davranışlar,
- Dezoryantasyon,
- Şiddetli duygusal rahatsızlık,
- Zihinsel karmaşa,
- Saçma söylemler,
- Bebeğin sağlığına ilişkin obsesif düşünceler,
- İntihar ve cinayet düşünceleri (Çim & Fusun, 2017).

3.2 Postpartum Psikozun Risk Faktörleri

Postpartum psikozun hormon değişimleri tarafından tetiklendiği düşünülmektedir. Postpartum psikozun potansiyel nedenleri incelendiğinde, genellikle hormonal belirteçler olduğu düşünülmektedir (Aas & ark., 2020; Maguire, 2020). Sirkadiyen ritim bozuklukları, doğum sonrası psikozun belirtilerinden biri olabilir. Anneliği ilk kez yaşayan kadınlar, doğum sonu dönemde daha fazla uyanma eğiliminde olabilirler. Uykunun 4. evresi ile beraber restoratif hızlı göz hareketleri dönemlerinde ve total uyku süresinde bir azalma gözlemlenebilir. Bu durumda, doğum sonu psikoz riski artabilir (Demirkol & ark., 2018).

- Postpartum psikoz öyküsü,
- İlk kez anne olanlar,
- Birinci dereceden akrabalarda şizofreni ve bipolar bozukluk geçmişi,
- Annenin yaşı 25'in altında veya 35'in üzerinde olması,

- Kız bebek sahibi olmak,
- Gebelikle ilgili komplikasyonlar,
- Sigara kullanımı,
- Annenin düşük eğitim seviyesi,
- Tek ebeveynlik durumu,
- Ekonomik düzeyin yetersiz oluşu,
- Erken doğum,
- Doğum ağırlığının düşük olması gibi faktörler (Demirkol & ark., 2018).

3.3 Postpartum Psikoz Tedavisi

Doğum sonu psikoz, nadiren rastlanan bir psikiyatrik problem olmasına karşın, anneler ile bebekleri için geri dönüşü olmayan ciddi sonuçlara neden olabilen bir durumdur. Tedaviye müdahale acil bir biçimde yapılmalı ve vakaların hastaneye yatırılması en iyi yaklaşım olmalıdır. Doğum sonu psikozun tedavisi için mood stabilizatörleri, antipsikotikler, antidepresanlar, β -blokerler ve EKT kullanılabilmektedir (Rönnqvist & ark., 2019). Doğum sonu psikozun semptomları, etkili tedavinin sağlanmasıyla genellikle ortalama 2 ay içinde tamamen iyileşebilmektedir. Psikozun nüksetme olasılığı yüksekse, koruyucu tedavi planlaması düşünülmelidir (Çim & Fusun, 2017). Tercih edilen ilaç tedavisinin avantajları, dezavantajları, emzirme etkisi ve olası yan etkileri konusunda anne ve aile bireylerine bilgi verilmelidir. Aynı zamanda, annenin ve bebeğin olası yan etkiler açısından gözlemlenmesi gerekmektedir. Annenin bebeğine zarar verme düşüncesi

değerlendirilmelidir. Anne bebek ile iletişim kurmak isterse, bu süreç engellenmemelidir; fakat anne sıkı takip edilmelidir (Demirkol & ark., 2018).

Doğum Sonu Dönemde Görülen Ruhsal Sorunlara Ebelik Yaklaşımı

Postpartum duygusal durum bozuklukları, annelik hüznünden daha hafif olanlardan daha zorlu depresyon ve psikoz durumlarına kadar değişen bir yelpazede görülebilmektedir. Postpartum dönem, annelerde fizyolojik, psikolojik ve davranışsal değişikliklere neden olur. Bu sebeple, kadınların doğum sonrasında ihtiyaçlarına yönelik bakım sağlanmalı, psikolojik destek sunulmalı ve lohusalık sürecinde sürekli iletişim kurulmalıdır. Gerektiğinde ev ziyaretleri yaparak kadının durumu değerlendirilmeli ve uygun destek sağlanmalıdır (Dinç, Yurtsal & Eroğlu, 2022). Koruyucu sağlık hizmetleri sunan ebeler, risk altındaki gebelerin değerlendirilmesinde önemli bir rol üstlenebilir ve postpartum dönemde duygusal değişikliklerin yaşanabileceğini akılda bulundurmaktadır (Anokye & ark., 2018; Rönnqvist & ark., 2019).

DSÖ anne değerlendirilmesinde; aile içinde depresif hastalık geçmişi, antidepresan kullanımı, doğum sonrası psikoz, bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete veya kişilik bozuklukları, intihar düşünceleri gibi durumların olduğunu belirtmiştir (WHO, 2013).

Anneler genellikle ülkemizde doğumdan 24 saat sonra taburcu edilmektedir. Ancak bu süre kadının durumunu değerlendirmek için yetersizdir. Bu nedenle, ebelerin doğum yapmış kadınlara sunduğu bakım ve danışmanlık son derece kritiktir (Dinç & ark., 2022). Ebeler, doğum sonrasındaki ilk 6 haftalık dönemde

anne ve bebek üzerinde etkin bir takip gerçekleştirilmeli ve kadının karşılaştığı sorunlar sürekli olarak gözden geçirilmelidir. Bu değerlendirme, sağlık kuruluşlarında veya evde düzenlenen görüşmeler aracılığıyla yapılmalıdır. Doğum yapan kadından alınan bilgiler doğrultusunda potansiyel riskler belirlenmelidir. Bu ziyaretler sırasında, kadının bebeğiyle kurduğu ilişki, annelik rolüne uyum sağlayıp sağlamadığı, gerçekleştirdiği aktiviteler gibi konular değerlendirilmelidir. Ziyaretin sonunda yapılan değerlendirme ile kadının ihtiyaçları belirlenmeli ve bu konuda danışmanlık sağlanmalıdır (Din & ark., 2022).

Görüşme esnasında ebelerin izleyeceği yol řu şekildedir;

- Ebe kendisini tanıtarak ve görüşme amacını açıklayarak başlamalıdır
- Annenin rahat bir konumda oturması sağlanmalı, adı kullanılmalı ve görüşmenin süresi ile ortam değerlendirilmelidir
- Annenin temel bilgileri alınmalı ve görüşme kaydedilmelidir
- Annenin psikolojik durumu, ölçekler kullanılarak değerlendirilmeli ve elde edilen sonuca bağlı olarak gerekiyorsa bir st kuruma yönlendirme yapılmalıdır.
- Annenin duygularını ve düşüncelerini rahatça ifade edebilmesi için açık uçlu sorular sorulmalı ve cesaretlendirilmelidir.

- Gözlemlerde, sözlü ya da sözsüz davranışlar kaydedilmeli ve annenin çevreyle ve bebeğiyle ilgilenme becerisi değerlendirilmelidir.
- Annenin anlattıklarının doğru bir şekilde anlaşıldığını gösteren kısa özetlemeler yapılmalıdır.
- Sorunlara karşı baş etme yöntemlerini bulması için destek sunulmalı ve geliştirdiği çözümler desteklenmelidir.
- Konuyla ilgili kararlar alınmadan önce anneye birlikte görüşülerek neler yapılması gerektiği belirlenmelidir.
- Görüşme özetlenmeli ve sonuçta izlenecek yol, anne ile ortaklaşa kararlaştırılmalıdır (Özkan & ark., 2016)

Ebeler, doğum sonu dönemde meydana gelen ruh sağlığı ile ilgili problemlerin belirtilerini başka ruhsal hastalıklardan ayırabilmek için doğru tanıyı koymalı, annenin belirtilerini dikkatli bir şekilde gözlemlemelidir. Aile konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. (O'Hara & Wisner, 2014).

Annenin bilgi eksiklikleri belirlenerek eğitim planı oluşturulmalı, eğitici rolü kullanılarak bilgi eksikliklerinin giderilmesi sağlanmalı ve anneye ruh sağlığı açısından destek olması amacıyla psikoterapi seçeneği sunulmalıdır. Bu yaklaşımlar, annenin gebelik dönemine ve yenidoğana alışmasını kolaylaştırarak postpartum ruhsal problemlerin ortaya çıkma ihtimalini azaltabilir. Ayrıca, postpartum dönemde annenin ve bebeğin bağlantı kurmasına destek verilmelidir (Figueiredo, Canário & Field, 2014).

Stresin kontrolü için rahatlatıcı, gevşetici ve derin nefes egzersizleri gibi non-farmakolojik yöntemlerde önerilebilmektedir (Özkan, 2015). Lohusa kadının aile ve sosyal destekle uygun bir şekilde desteklenmesi önemlidir (Demirkol & ark., 2018).

Jean Ball teorisinde ebelik bakımının etkin olabilmesi için bireyin kişisel özelliklerine ve yaşam koşullarına bağlı olarak özelleştirilmiş bir bakım sunulması gerektiği belirtilmektedir (Sungur, Turkmen & Karaca, 2023).

Ebelik bakımının doğum sonu dönemde temel hedefleri şunlardır:

- Postpartum döneminin normal seyrini sağlamak,
- Kadının gebelik öncesi vücut fonksiyonlarının normale dönmesi için desteklenmeli,
- Potansiyel riskleri belirlenmeli ve önleyici tedbirler alınmalı,
- Kadının düzenli ve yeterli beslenmesi sağlanmalı,
- Kadının aktiviteleri ve dinlenme süreleri dengelenmelidir,
- Anne-bebek ilişkisi değerlendirilmeli ve desteklenmelidir,
- Fizyolojik ve duygusal değişiklikleri kadının fark edebilmesine yardımcı olunmalıdır,
- Kadına eğitimler verilerek bebek ve kendi bakımı konusunda belirli bir düzeye ulaştırılmalıdır,

- Postpartum dönemde yardım ve danışmanlık alabileceği sağlık kuruluşları tanıtılmalıdır (Dinç & ark., 2022)

Sonuç

Doğum, kadınların hayatında önemli bir dönemdir ve bu dönemde, fiziksel, hormonal, duygusal ve sosyal değişimlerle başa çıkma gerekliliği ortaya çıkar. Ancak, doğum sonrası dönemde karşılaşılan ruhsal problemler, sadece fiziksel değişimlerle değil, aynı zamanda sosyal destek eksikliği, hormonal dalgalanmalar, önceki travmatik deneyimler ve çeşitli stres faktörleriyle de ilişkilidir.

Doğum sonu döneminde ruhsal problemlerin erken tanınması ve uygun müdahalelerin sağlanması, annelerin sağlıklı bir şekilde bu dönemi atlatalmalarına yardımcı olabilir. Bu noktada, annelerin ve sağlık profesyonellerinin ruhsal sağlık belirtilerini dikkatle takip etmeleri ve gerekli durumlarda yardım aramaktan çekinmemeleri hayati önem taşır. Doğum sonrası dönemde ruhsal problemler, sadece bireyin değil, aynı zamanda toplumun ve sağlık sistemlerinin bir sorumluluğudur. Toplumsal bilinçlenme, destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve profesyonel müdahale olanaklarının genişletilmesi, annelerin bu hassas dönemi daha sağlıklı bir şekilde geçmelerine katkı sağlayabilir. Bu konuda yapılan araştırmaların ve bilinçlendirme çabalarının artması, doğum sonrası ruhsal problemlerle mücadelede önemli adımlar atılmasına imkan tanıyabilir. Sağlık sistemlerinde, doğum öncesi ve sonrası dönemde annelere yönelik psikososyal destek ve danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, doğum sonrası ruhsal problemlerin önlenmesinde etkili bir strateji olabilir. Ayrıca, bu destek hizmetlerinin toplumda

daha geniş bir şekilde duyurulması ve erişilebilir hale getirilmesi, annelerin ruhsal sağlıklarını korumalarına yardımcı olabilir.

Sonuç olarak, postpartum dönemde annelerin karşılaştığı fizyolojik, psikolojik ve davranışsal değişiklikler, özel bir bakım ve destek gereksinimi yaratmaktadır. Bu dönemde ebelerin rolü, doğum sonrası kadınların ihtiyaçlarını değerlendirmek, duygusal durumlarını izlemek, potansiyel riskleri belirlemek ve gerekli destekleri sağlamak olarak öne çıkmaktadır.

Ebelik bakımının postpartum dönemdeki temel hedefleri arasında, normal seyreden bir postpartum dönem sağlamak, kadının vücut fonksiyonlarını desteklemek, potansiyel riskleri belirlemek ve önlemek, düzenli beslenmeyi sağlamak, anne-bebek ilişkisini değerlendirmek, fizyolojik ve duygusal değişiklikleri fark edebilme becerisini artırmak, eğitimlerle anneleri bebek ve kendi bakımları konusunda bilgilendirmek, yardım ve danışmanlık alabilecekleri sağlık kuruluşlarını tanıtmak bulunmaktadır.

Ebeler, postpartum dönemde annelerle kurdukları iletişim ve sundukları bakım ile annelerin ruhsal sağlığını korumada ve geliştirmede önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, postpartum duygusal durum bozukluklarının erken teşhisi ve etkili müdahaleleri, anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkileyebilir. Ebelerin, annelerin ihtiyaçlarına yönelik duyarlı bir yaklaşım sergileyerek, onlara uygun destek ve danışmanlığı sunmaları, postpartum dönemde yaşanabilecek sorunların daha etkili bir şekilde ele alınmasına yardımcı olabilir. Bu nedenle, ebelerin postpartum dönemde annelere yönelik sağladıkları özel bakım ve destek hem anne hem de bebek sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

World Health Organization (2012). Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions 2012. (20/01/2024 tarihinde https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75179/WHO_RHR_HRP_12.18_eng.pdf?sequence=1 adresinden ulaşılmıştır).

Aas, M. & Vecchio, C. & Pauls, A. & Mehta, M. & Williams, S. & Hazelgrove, K. & Biaggi, A. & Pawlby, S. & Conroy, S. & Seneviratne, G. & Mondelli, V. & Pariante, C. & Dazzan, Paola (2020). Biological Stress Response in Women at Risk of Postpartum Psychosis: The Role of Life Events and Inflammation. *Psychoneuroendocrinology*, (113), 1-7. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2019.104558.

Aksoy, Y. & Ünal, F. & İnçke, G. & Çil, G. & Oruç, K. & Yıldırım, Ş. & Yılmaz, S. (2016). Postpartum Depresyonun Emzirme Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (5), 90-96.

Aktaş, M. & Şimşek, Ç. & Aktaş, S. (2017). Etiology of Postpartum Depression: Culture Effect. *Journal of Academic Research in Nursing, Ek Sayı* (3), 10-13. Doi: 10.5222/jaren.2017.1003.

Anokye, R. & Acheampong, E. & Budu-Ainooson, A. & Obeng, E. & Akwasi, A. (2018). Prevalence of Postpartum Depression and Interventions Utilized for Its Management. *Annals of General Psychiatry*, (1), 17-18. Doi: 10.1186/s12991-018-0188-0.

Öztürk, N. & Aydın, N. (2017). Anne Ruh Sağlığının Önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2 (1), 29-36. Doi: 10.26695/mukatcad.2018.9.

Beck, C. (2006). Postpartum Depression: It Isn't Just the Blues. *American Journal of Nursing*, 5 (106), 40-50. Doi: 10.1097/00000446-200605000-00020.

Yalnız, H. (2016). Doğum Sonu Psikolojik Değerlendirme. H. Öztürk Can & G. Durmazoğlu (Eds.), *Ebelik Uygulama Standartları* içinde (s. 330-333). Ankara: Vize Basın Yayın.

Bohari, N. & As'ad, S. & Khuzaimah, A. & Miskad, U. & Ahmad, M. & Bahar, B. (2020). The Effect of Acupressure Therapy on Mothers with Postpartum Blues. *Enfermería Clínica, Ek 2* (30), 612-614. Doi: 10.1016/j.enfcli.2019.07.173.

Brummelte, S. & Galea, A. M. (2016). Postpartum Depression: Etiology, Treatment and Consequences for Maternal Care. *Hormones and Behavior*, (77), 153-166. Doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008.

Çankaya, S. & Yılmaz, S. & Can, R. & Kodaz, N. (2017). Postpartum Depresyonun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi. *Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 232-240.

Çim, A. & Füsün, E. (2017). Postpartum Psikoz. *Van Tıp Dergisi*, 2 (24), 131-134. Doi: 10.5505/vtd.2017.43534

Demirkol, M. E. & Kızıltoprak, A. & Şenbayram, Ş. (2018). Postpartum Psikoz. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2 (27), 206-222. Doi: 10.17827/aktd.368474.

Yurtsal, Z. B. & Eroğlu, V. (2020). Doğum ağrısına uyumlanmada kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler. Ayten Dinç (Ed.), *Sağlık & Bilim 2022: Ebelik-1* içinde (s. 95-106). İstanbul: Efe Akademi Yayınları.

Do, T. K. L. & Nguyen, T. T. H. & Pham, T. T. H. (2018). Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *BioMed Research International*, 1-5. Doi: 10.1155/2018/4028913.

Erdem, Ö. & Çelepkolu, T. (2014). Risk Factors and Causes of Postpartum Depression. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 3 (8), 101. Doi: 10.5455/tjfmprc.158709.

Erdem, Ö. & Bucaktepe, P. G. (2012). The prevalence and screening methods of postpartum depression. *Dicle Medical Journal*, 3 (39), 458-461. Doi: 10.5798/diclemedj.0921.2012.03.0182.

Erdoğan, A. & Hocaoglu, Ç. (2020). Doğum Sonrası Depresyonun Tanı ve Tedavisi: Bir Gözden Geçirme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 39 (11), 31-37. Doi: 10.17944/mkutfd.584854.

Figueiredo, B. & Canario, C. & Alanı, T. (2014). Breastfeeding Is Negatively Affected by Prenatal Depression and Reduces Postpartum Depression. *Psychological Medicine*, 5 (44), 927-936. Doi: 10.1017/S0033291713001530.

Frieder, A. & Fersh, M. & Hainline, R. & Deligiannidis, K. M. (2019). Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current

Approaches and Novel Drug Development. *CNS drugs*, 3 (33), 265-282. Doi: 10.1007/s40263-019-00605-7.

Moyo, G. P. K. & Djoda, N. (2020). Relationship Between the Baby Blues and Postpartum Depression: A Study Among Cameroonian Women. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 1 (8), 26-29. Doi: 10.11648/j.ajpn.20200801.16.

Hammes, T. & Sebold, L. F. & Kempfer, S. S. & Girondi, J. B. R. (2014). Nursing care in postpartum adaptation: perceptions of Brazilian mothers. *Journal of Nursing Education and Practice*, 12 (4), 125-133. Doi: 10.5430/jnep.v4n12p125.

Hellgren, H. & Åkerud, H. & Skalkidou, A. & Bäckström, T. & Sundström-Poromaa, I. (2014). Low Serum Allopregnanolone Is Associated with Symptoms of Depression in Late Pregnancy. *Neuropsychobiology*, 3 (69), 147-153. Doi: 10.1159/000358838.

Henriksen, L. & Grimsrud, E. & Schei, B. & Lukasse, M. (2017). Factors Related to a Negative Birth Experience – A Mixed Methods Study. *Midwifery*, (51), 33-39. Doi: 10.1016/j.midw.2017.05.004.

Howard, L. M. & Molyneaux, E. & Dennis, C. & Rochat, T. & Stein, A. & Milgrom, J. (2014). Non-Psychotic Mental Disorders in the Perinatal Period. *The Lancet*, 9956 (384), 1775-1788. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9.

Maguire, J. (2020). Hormonal and immunological factors in postpartum psychosis. J. L. Payne & L. M. Osborne (Eds.), *Biomarkers of Postpartum Psychiatric Disorders* içinde (s. 159-179). Amerika Birleşik Devletleri: Akademik Basın.

Ntaouti, E. & Gonidakis, F. & Nikaina, E. & Varelas, D. & Creatsas, G. & Chrousos, G. & Siahianidou, T. (2020). Maternity Blues: Risk Factors in Greek Population and Validity of the Greek Version of Kennerley and Gath's Blues Questionnaire. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 13 (33), 2253-2262. Doi: 10.1080/14767058.2018.1548594.

O'Hara, M. W. & Wisner, K. L. (2014). Perinatal Mental Illness: Definition, Description and Aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 1 (28), 3-12. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002.

Bilgiç, D. & Dağlar, G. & Özkan, S. & Kadioğlu, M. (2015). Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Journal of Women's Health Nursing*, 2 (2), 13-35.

Özşahin, Z. & Akça, E. & Gökbulut, N. (2020). Postpartum Depresyon Düzeyi ile Maternal Bağlanma Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 3 (8), 715-724. Doi: 10.33715/inonusaglik.757249.

Patel, V. & Saxena, S. & Lund, C. & Thornicroft, G. & Baingana, F. & Bolton, P. & Chisholm, D. & Collins, P. Y. & Cooper, J. L. & Eaton, J. Herrman, H. & Herzallah, M. M. & Huang, Y. & Jordans, M. J. D. & Kleinman, A. & Medina-Mora, M. E. & Morgan, E. & Niaz, U. & Omigbodun, O. & Prince, M. & Rahman, A. & Saraceno, B. & Sarkar, B. K. & De Silva, M. & Singh, I. & Stein, D. J. & Sunkel, C. & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. *The Lancet*, 10157 (392), 1553-1598. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.

Poçan, A. G. & Aki, Ö. E. & Parlakgümüő, A. H. & Gereklioğlu, Ç. & Dolgun, A. B. (2013). The Incidence of and Risk Factors for Postpartum Depression at an Urban Maternity Clinic in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2 (46), 179-194. Doi: 10.2190/PM.46.2.e.

Quintero, J. & Rojo, S. F. & Mora, F. & Felix, M. & Şapela, E. (2014). Postpartum Emotional Psychopathological Outcomes. *Journal of General Practice*, 2 (162). Doi: 10.4172/2329-9126.1000162.

Rezaie-Keikhaie, K. & Arbabshastan, M. E. & Rafiemanesh, H. & Amirshahi, M. & Ostadkelayeh, S. M. & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2 (49), 127-136. Doi: 10.1016/j.jogn.2020.01.001.

Rönnqvist, I. & Brus, O. & Hammar, A. & Landén, M. & Lundberg, J. & Nordanskog, P. & Nordenskjöld, A. (2019). Rehospitalization of Postpartum Depression and Psychosis After Electroconvulsive Therapy: A Population-Based Study With a Matched Control Group. *The Journal of ECT*, 4 (35), 264-271. Doi: 10.1097/YCT.0000000000000578.

Shorey, S. & Chee, C. Y. I. & Ng, E. D. & Chan, Y. H. & Tam, W. W. S. & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and Incidence of Postpartum Depression among Healthy Mothers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychiatric Research*, (104), 235-248. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.

Sungur, H. & Türkmen, H. & Karaca, P. (2023). Midwifery Care Within the Context of Jean Ball's Deck-Chair Theory. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6 (2), 122-127. Doi: 10.5152/JMHS.2023.22111

Ward, H. B. & Fromson, J. A. & Cooper, J. J. & Oliveira, G. & Almeida, M. (2018). Recommendations for the Use of ECT in Pregnancy: Literature Review and Proposed Clinical Protocol. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (21), 715-722. Doi: 10.1007/s00737-018-0851-0.

Yılmaz, M. & Yar, D. (2021). Gebelik ve Postpartum Dönemde Kadın Ruh Sağlığı: Derleme Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1 (5), 93-100. Doi: 10.46237/amusbfd.693233.

World Health Day (2017). Postpartum Depression and What it Means for Our Communities. (25/01/2024 tarihinde <https://www.curamericas.org/world-health-day-2017-postpartum-depression-means-communities/> adresinden ulaşılmıştır).

World Health Organization (2013). WHO Recommendations On Postnatal Care Of The Mother And Newborn. (25/01/2024 tarihinde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf adresinden ulaşılmıştır).

Demirci, H. (2019). Doğum Sonu Dönem Riskli Durumlar. Hediye Arslan Özkan (Ed.), *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (s. 552-555). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

