

Yaşam Döngüsünde Hemşirelik

Klinik, Psikososyal ve Yönetisel Yaklaşımlar



Editör
NAİLE BİLGİLİ



BİDGE Yayınları

**Yaşam Döngüsünde Hemşirelik: Klinik, Psikososyal ve
Yönetsel Yaklaşımlar**

Editör: NAİLE BİLGİLİ

ISBN: 978-625-8567-55-7

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2025-12-25

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

Çocuklarda Medikal Travma ve Travma-bilinçli Hemşirelik Bakımı	1
<i>GAMZE AKSU BAYSAL</i>	
ÇOCUK MERKEZLİ VE ATRAVMATİK BAKIM YAKLAŞIMLARININ PEDIATRİK HEMŞİRELİKTE ROLÜ ..	11
<i>GAMZE AKSU BAYSAL</i>	
PEER BULLYING AND ITS EFFECTS ON CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS	17
<i>ÇİĞDEM MÜGE HAYLI, RAMAZAN KARATAŞ</i>	
KANSER TANISI ALAN ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİNDE YAŞAM DENEYİMİNİN ÇOK BOYUTLU YAPISI	33
<i>MERAL MUTLU, TÜLAY KUZLU AYYILDIZ</i>	
ERKEK ÇOCUKLARINDA ANNESİZLİĞİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI ..	50
<i>BEHİYE ELÇİ</i>	
FARKLI YOLLARLA DOĞUM YAPAN ANNELER İÇİN GÜNCEL EMZİRME EĞİTİM YAKLAŞIMLARI	78
<i>MÜGE SEVAL</i>	
AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ VE EKİP İLETİŞİMİ	107
<i>ZEYNEP NUR ÖZTÜRK</i>	
KLİNİK ORTAMDA İŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI VE HEMŞİRENİN ROLÜ	121
<i>ŞENAY ÖZER, FATİH ULUKAYA</i>	
CERRAHİ HEMŞİRELER AÇISINDAN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ	147
<i>GÜLAY YAZICI, ELİF DEMİRDEN ERİŞTİ</i>	
HOLİZM SPİRİTÜALİTE VE HEMŞİRELİK	166
<i>CEMRE ÖZTÜRK, NAZİKE DURUK</i>	

ORGAN TRANSPLANTASYONUNDA ETİK YAKLAŞIMLAR VE HEMŞİRELİĞİN ROLÜ	187
<i>MEHTAP ÇULLU, ZELİHAZ ÖZKARACA</i>	
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA ÖZ YETERLİK	219
<i>CİHAN KOCAİRİ</i>	
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA DAMGALAMA	236
<i>CİHAN KOCAİRİ</i>	
AFETLERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ: KLİNİK BAKIM, TOPLUMSAL DESTEK VE PROFESYONEL SORUMLULUKLAR	257
<i>EMİNE SEVİNÇ POSTACI</i>	
HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA SEMPTOM YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI	282
<i>ZELİHA ÖZKARACA, MEHTAP ÇULLU</i>	
STANDART ENFEKSİYON ÖNLEMLERİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ	309
<i>AYLA DİKMEN, EBRU EREK KAZAN</i>	

BÖLÜM 1

ÇOCUKLARDA MEDİKAL TRAVMA VE TRAVMA-BİLİNÇLİ HEMŞİRELİK BAKIMI

Gamze AKSU BAYSAL¹

Giriş

Medikal travma neden “pediatrik hemşireliğin” merkezinde?

Çocukluk çağında hastalık, yaralanma, acil başvuru, invaziv işlemler, yoğun bakım yatışı ve kronik hastalık izlemi; yalnızca fizyolojik bir süreç değil, aynı zamanda çocuk ve aile için potansiyel olarak travmatik bir yaşantıdır. Bu çerçevede “pediatrik medikal travmatik stres (PMTS)”, çocuğun (ve çoğu zaman ebeveynin) bir sağlık olayı ve tedavi sürecini tehdit edici, kontrol kaybettirici, acı verici ya da korkutucu algılamasıyla ortaya çıkabilen; yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık gibi tepkilerle seyreden bir stres yanıtı olarak kavramsallaştırılır (Kazak et al., 2006: 343–355; NCTSN, 2011: 2–6).

Medikal süreçler sırasında yaşanan distress yalnızca “o anlık” bir sıkıntı değildir; bazı çocuklarda ve ailelerde tedaviye uyum, fonksiyonellik ve ruh sağlığı üzerinde kalıcı etkiler bırakabilir. Bu nedenle travma-bilinçli yaklaşım; bakımın yalnızca sonuçlarını (PTSS/PTSD) değil, bakımın kendisinin travmayı başlatma/şiddetlendirme riskini de hedefler (Marsac et al., 2016: 70–77; Kassam-Adams, 2017: 1–5).

¹ Dr., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Orcid: 0000-0002-6469-1045

PMTS'nin bütüncül (trajektori) modeli

Kazak ve arkadaşları, PMTS'yi "süreç" olarak ele alan entegratif model ile 3 faz tanımlar:

- Faz I (Peritravma): Tıbbi olay/işlem ve hemen sonrası
- Faz II (Erken-Devam eden tepkiler): Hastanede yatış/izlem boyunca tepkilerin şekillenmesi
- Faz III (Uzun dönem): Kalıcı PMTS/PTSS belirtileri ve işlevsellik etkisi (Kazak et al., 2006: 343–355).

Bu model, hemşirelik bakımında kritik bir noktayı vurgular: travmatik stres; sadece "hastalığın şiddetiyle" açıklanmaz, çoğu zaman öznel yaşantı (acı, korku, belirsizlik, ayrılık, kontrol kaybı) daha belirleyicidir (NCTSN, 2011: 4–6).

Travma-bilinçli bakımın (TIC) temel mantığı

Travma-bilinçli yaklaşım; travmanın yaygın etkisini fark eden, belirtileri tanıyabilen, bakım süreçlerini buna göre düzenleyen ve yeniden travmatizasyonu azaltmayı hedefleyen sistem yaklaşımıdır (SAMHSA'nın "Four R's" çerçevesi: realize–recognize–respond–resist) (SAMHSA, 2014: 2–4).

Pediyatrik sağlık ağlarında TIC; tıbbi bakımın travmayı tetikleme potansiyelini azaltır, distressi ele alır, aileye duygusal destek sunar ve iyileşme sürecine yönelik öngörü/rehberlik sağlar (Marsac et al., 2016: 70–77).

Yaygınlık ve risk: Kimler daha fazla risk altında?

NCTSN'nin hastane temelli araç setinde; ciddi hastalık/yaralanma veya ağırlı tıbbi işlemler sonrası çocuklar ve ailelerin önemli kısmında başlangıç düzeyinde travmatik stres tepkileri görülebildiği; bir alt grubunda ise tepkilerin kalıcı olup işlevselliği bozabildiği vurgulanır (NCTSN, 2011: 2–5).

Erken çocukluk dönemi (0–6 yaş), nörobiyolojik gelişim, bağlanma ilişkileri ve duygu düzenleme sistemlerinin hızla şekillenmesi nedeniyle medikal travmaya duyarlı bir dönemdir. Bu yaş grubunda PMTS belirtilerinin belli bir oranda görülebileceği ve klinik izlemin önem taşıdığı bildirilmiştir (De Young et al., 2021: 739–746).

Kronik hastalıklarda (ör. tıbbi kompleksite, uzun süreli tedavi gereksinimi) sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu PMTS’nin hasta sağlığını etkilediğini düşünmekte; klinik planlamanın PMTS nedeniyle değiştirildiğini ve tedavi uyumunun olumsuz etkilenebildiğini bildirmektedir (Cuneo et al., 2023: 1–6).

Medikal travmanın klinik görünümü: Çocuk ve aile nasıl etkilenir?

Çocukta belirtiler (yaşa göre farklılık gösterir)

PMTS; yeniden yaşantılama (kabuslar, işlem anının tekrar tekrar akla gelmesi), kaçınma (hastane/konuşma/hatırlatıcı uyaranlardan uzak durma) ve artmış uyarılmışlık (irritabilite, uyku/odaklanma güçlüğü, aşırı irkilme) gibi kümelerle görülebilir (NCTSN, 2011: 3–4).

Erken çocuklukta belirtiler daha çok davranışsal (ağlama, regresyon, ayrılık kaygısı, oyun temalarında travma) ve bedensel yakınmalarla karşımıza çıkabilir; bu nedenle hemşire gözlemi ve ebeveyn anlatısı kritik önemdedir (De Young et al., 2021: 739–746).

Ebeveyn travması ve “ikincil” etkiler

Ebeveynin yüksek anksiyetesi ve travmatik stres belirtileri; çocuğun ağrı algısı, işlem sırasında kooperasyonu, iyileşme sürecine uyumu ve güven duygusu üzerinde belirleyici olabilir. PMTS’nin aile sisteminde ele alınması gerektiği; pediatrik sağlık ortamlarında hem çocuğu hem ebeveyni kapsayan yaklaşımların önem taşıdığı

vurgulanır (Kazak et al., 2006: 343–355; Marsac et al., 2016: 70–77).

Risk ve koruyucu faktörler: Hemşirelik değerlendirmesinde “neye bakmalıyız?”

NCTSN araç seti; travmatik stresin yalnızca objektif tıbbi şiddetle açıklanamayacağını, öznel deneyimin belirleyici olduğunu ve aşağıdaki faktörlerin riskle ilişkili olabileceğini özetler:

- Önceden var olan psikiyatrik/duygusal zorluklar
- Daha yüksek ağrı deneyimi
- Hastanede korkutucu uyaranlar (sesler, cihazlar, acil ortam)
- Ebeveyninden ayrılık
- Önceki travmalar
- Zayıf sosyal destek (NCTSN, 2011: 4–5).

Travma-bilinçli bakış, bu riskleri “etik” bir çerçeveye de oturtur: çocuk ve aileyi travmatik stres açısından tanımamak, istemeden iatrojenik zarar (yeniden travmatizasyon) üretebilir; bu nedenle farkındalık, iletişim ve seçenek sunma gibi uygulamalar etik bakımın parçasıdır (Kassam-Adams, 2017: 1–5).

Değerlendirme ve tarama: Hemşirelikte uygulanabilir yaklaşım

Travma-bilinçli pediatrik bakımda değerlendirme iki düzeyde düşünülmelidir:

1. Evrensel gözlem ve kısa sorgulama (universal): Her çocuk ve aile, hastanede distress yaşayabilir. Bu düzeyde hemşire; ağrı, korku, yanlış anlama, ebeveynin kaygısı, ayrılık gibi temel başlıklara odaklanır (NCTSN, 2011: 5–6).
2. Hedefli tarama ve yönlendirme (targeted/clinical): Belirgin kaçınma, yoğun korku/uyku bozukluğu, işlemleri reddetme, dissosiyatif görünüm, ebeveynin yoğun travmatik tepkileri gibi bulgular varsa psikososyal ekip/çocuk psikiyatrisi ile işbirliği gerekir (Kazak et al., 2006: 343–355).

Pratik çerçeve: NCTSN'nin D–E–F protokolü, hemşirelik uygulamasına çok uygundur:

- D: Distress'i azalt (ağrı yönetimi, bilgi verme, seçenek sunma)
- E: Emotional support'u artır (ebeveyne güçlendirme, çocuğu sakinleştirme, baş etme)
- F: Family'yi dahil et (aile kaynakları, kardeşler, sosyal destek, yönlendirme) (NCTSN, 2011: 6–7).

Travma-bilinçli hemşirelik girişimleri: Klinik boyunca fazlara göre uygulama

Aşağıdaki yaklaşım, Kazak'ın PMTS fazlarıyla uyumludur (Kazak et al., 2006: 343–355).

Faz I (Peritravma): Acil/işlem anı ve hemen sonrası

Amaç: Çocuğun “tehdit algısını” azaltmak ve kontrol hissini artırmak.

Hemşirelik uygulamaları:

- Ağrı ve korku yönetimi: Ağrı protokolüne uygun analjezi, nonfarmakolojik rahatlatma, işlem öncesi hazırlık (NCTSN, 2011: 6).
- Yaşa uygun açıklama: Ne olacak, ne kadar sürecek, ne hissedebilir? Çocuğun yanlış inançlarını düzeltme (NCTSN, 2011: 6).
- Seçenek sunma ve iş birliği: “Hangi kol?”, “Önce sayalım mı?”, “Nefes oyunu seçelim mi?” gibi mikro seçimler çocuğun kontrol algısını yükseltir (Marsac et al., 2016: 70–77).
- Ebeveynin rolünü yapılandırma: Ebeveyne pasif izleyici değil, çocuğu regüle eden güven figürü haline getirme (NCTSN, 2011: 6–7).

Faz II (Erken-devam eden tepkiler): Yatış süreci / tedavi boyunca

Amaç: Kaçınma döngüsünü ve yeniden travmatizasyonu önlemek; baş etmeyi güçlendirmek.

Hemşirelik uygulamaları:

- Öngörü ve rutin: Günlük planı görünür kılma (işlem saatleri, ziyaret, dinlenme), belirsizliği azaltma (Marsac et al., 2016: 70–77).
- Çevresel düzenleme: Gürültü/ışık, mahremiyet, güvenli alan; travma-bilinçli “fiziksel ortam” boyutuyla uyumlu hale getirme (SAMHSA, 2014: 2–4).
- İşlem tekrarlarında travma birikimini azaltma: Aynı işlem, her seferinde “sıfırdan travma” yaratabilir; çocuğun önceki deneyimini sorup planı ona göre uyarlama (NCTSN, 2011: 4–7).
- Aile stres kaynaklarını değerlendirme: Ulaşım/konaklama, ekonomik yük, kardeş bakımı, sosyal destek—görünmeyen stresörleri tanıyıp yönlendirme (NCTSN, 2011: 6–7).

Faz III (Uzun dönem): Taburculuk sonrası izlem ve süregelen belirtiler

Amaç: Kalıcı PTSS/PTSD riskini azaltmak, tedavi uyumunu ve işlevselliği desteklemek.

Hemşirelik uygulamaları:

- Antisipatuvar rehberlik: Taburculukta “normal olabilecek tepkiler” ve “ne zaman yardım aranmalı?” bilgisini yazılı-sözlü vermek (NCTSN, 2011: 2–6).
- Uygun yönlendirme: Belirgin kaçınma, kabuslar, aşırı uyarılmışlık, sürekli korku, iştah-uyku bozulması sürüyorsa psikososyal destek/çocuk psikiyatrisi yönlendirmesi (Kazak et al., 2006: 343–355).

- Uyum ve bakım planı: PMTS'nin randevu kaçırma/ilac uyumsuzluğu gibi sonuçlara yol açabildiği; klinisyenlerin bunu bildirdiği gösterilmiştir (Cuneo et al., 2023: 1–6).

Sağlık ekibi ve hemşirede ikincil travma: “Bakımı sürdürebilmek”

Pediyatrik sağlık ortamlarında çalışan profesyoneller, tekrar eden ağır vaka, ölümcül hastalıklar, yoğun bakım süreçleri nedeniyle ikincil travmatik stres/ tükenmişlik yaşayabilir. Travma-bilinçli yaklaşım bu yüzden yalnız hasta-aileye değil, çalışan refahına ve kurum kültürüne de odaklanır (Marsac et al., 2016: 70–77; SAMHSA, 2014: 2–4).

Hemşirelik için uygulanabilir kurum adımları:

- Süpervizyon ve debriefing (özellikle zor olaylar sonrası)
- Eğitim programları (travma belirtilerini tanıma, iletişim, sınır koyma)
- İş yükü ve dinlenme düzenlemeleri
- Güvenli raporlama kültürü (SAMHSA, 2014: 2–4).

Uygulamanın standardizasyonu: Klinik protokole dönüştürme

Travma-bilinçli bakımın “tek tek iyi niyetli” uygulamalarla sınırlı kalmaması için, eğitim ve yayılım planı gerekir. Marsac ve arkadaşları, pediyatrik sağlık ağlarında travma-bilinçli yaklaşımın yerleşmesi için kurumsal hazırlık, hedef belirleme, eğitim planı geliştirme ve geri bildirimle iyileştirme adımlarını vurgular (Marsac et al., 2016: 70–77).

Bu bölüm için örnek bir klinik mini-protokol:

1. Her işlem öncesi 30 saniyelik “Distress taraması” (ağrı-korku-ayrılık)
2. Yaşa uygun bilgilendirme + 1 mikro seçenek (kontrol hissi)

3. Ebeveyn rolü netleştirme (nerede duracak, nasıl destekleyecek)
4. İşlem sonrası kısa toparlama (“Neyi iyi yaptın?”, “Bir dahaki sefere ne işe yarar?”)
5. Yüksek riskte psikososyal konsültasyon (NCTSN, 2011: 5–7; Kazak et al., 2006: 343–355).

Etik, kültürel duyarlılık ve çocuk hakları bağlamı

Travma-bilinçli bakım; çocuğun onurunu, mahremiyetini, güvenlik algısını ve söz hakkını güçlendiren bir yaklaşımdır. Etik açıdan “zarar vermeme” ilkesi, tıbbi işlemler sırasında yalnız fizyolojik değil psikolojik zarar riskini de kapsar; bu nedenle travma-bilinçli uygulamalar etik pediatrik bakımın parçası olarak ele alınabilir (Kassam-Adams, 2017: 1–5).

Kültürel boyutta:

- Ailenin hastalık/işlem anlamlandırması
- Dini/ruhsal baş etme biçimleri
- Dil bariyerleri ve sağlık okuryazarlığı
- Mahremiyet beklentileri göz önünde bulundurulmalı; iletişim ve bilgilendirme buna göre uyarlanmalıdır (SAMHSA, 2014: 2–4)

Sonuç

Çocuklarda medikal travma; invaziv işlemler, yatış ve kronik tedavi süreçlerinde sık karşılaşılan, bakımın kalitesini ve tedavi uyumunu etkileyebilen bir olgudur. Entegratif PMTS modeli, hemşirelik bakımında travmatik stresin süreç içinde izlenmesini; travma-bilinçli yaklaşım ise bakımın hem çocuğu hem aileyi hem de sağlık çalışanını koruyacak şekilde yeniden tasarlanmasını destekler (Kazak et al., 2006: 343–355; Marsac et al., 2016: 70–77; NCTSN, 2011: 2–7).

Kaynakça

- Cuneo, A. A., Sifflet, C., & (diğer yazarlar). (2023). *Pediatric medical traumatic stress and trauma-informed care in pediatric chronic illness: A healthcare provider survey*. The Journal of Pediatrics,
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2021). Topical review: Medical trauma during early childhood. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(7), 739–746. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab045>
- Kassam-Adams, N. (2017). What do clinicians caring for children need to know about pediatric medical traumatic stress and the ethics of trauma-informed approaches? *AMA Journal of Ethics*, 19(8),
- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 343–355. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj054>
- Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Hildenbrand, A. K., Nicholls, E., Winston, F. K., Leff, S. S., & Fein, J. (2016). Implementing a trauma-informed approach in pediatric healthcare networks. *JAMA Pediatrics*, 170(1), 70–77. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2206>
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2011). *Pediatric medical traumatic stress: A comprehensive guide for health care providers* (Toolkit). National Child Traumatic Stress Network.

Price, J., Kassam-Adams, N., Alderfer, M. A., Christofferson, J., & Kazak, A. E. (2016). Systematic review: A reevaluation and update of the integrative (trajectory) model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(1), 86–97. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv074>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services (KAP Keys based on TIP 57)*. Rockville, MD: SAMHSA.

BÖLÜM 2

ÇOCUK MERKEZLİ VE ATRAVMATİK BAKIM YAKLAŞIMLARININ PEDIATRİK HEMŞİRELİKTE ROLÜ

Gamze AKSU BAYSAL¹

Giriş

Çocukların hastane ortamında yaşadığı deneyimler; ağrı, korku, belirsizlik, kontrol kaybı ve ebeveynlerden ayrılma gibi çok sayıda stresörü içermektedir. Bu stresörler, çocuğun yalnızca mevcut sağlık durumunu değil, aynı zamanda uzun vadeli psikolojik iyilik hâlini ve sağlık hizmetlerine yönelik tutumunu da etkileyebilmektedir (Hockenberry & Wilson, 2018: 5–7).

Pediyatrik hemşirelikte bu olumsuz etkileri azaltmaya yönelik geliştirilen **çocuk merkezli bakım ve atravmatik bakım** yaklaşımları, günümüzde kanıta dayalı bakımın temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012: 395).

Son yıllarda pediyatrik bakımda, çocukların sağlık hizmeti süreçlerine aktif katılımını ve bakım deneyimlerinin güvenli, saygılı

¹ Dr., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Orcid: 0000-0002-6469-1045

ve destekleyici biçimde yapılandırılmasını esas alan yaklaşımlar giderek önem kazanmıştır (Ford et al., 2018: e74). Çocuk merkezli ve atravmatik bakım uygulamalarının benimsenmesi, çocukların hastaneye bağlı olumsuz deneyimlerinin azaltılmasına katkı sağlamakta ve bakım memnuniyetini artırmaktadır (Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012: 398). Bu bağlamda pediatrik hemşireler, çocukların fiziksel iyilik hâlinin yanı sıra psikososyal gereksinimlerini de gözeten bütüncül bakımın temel uygulayıcıları olarak öne çıkmaktadır (Hockenberry & Wilson, 2018: 9).

Çocuk Merkezli Bakım Kavramı

Çocuk merkezli bakım, çocuğu bakım sürecinin pasif bir alıcısı olarak değil; gelişim düzeyi ve bilişsel kapasitesi doğrultusunda sürece aktif olarak katılan bir birey olarak ele alan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, hasta ve aile merkezli bakım modelinden evrilmiş olup, çocuğun bireysel gereksinimlerinin ve görüşlerinin görünür kılınmasını amaçlamaktadır (Ford et al., 2018: e75).

Literatürde çocuk merkezli bakımın; çocuğun yaşına uygun bilgilendirilmesini, karar verme süreçlerine katılımını ve kontrol duygusunun desteklenmesini içerdiği belirtilmektedir (Mikkelsen & Frederiksen, 2011: 1155). Bu yaklaşımın, çocukların hastaneye uyumunu artırdığı ve bakım sürecinde yaşanan korku ve kaygıyı azalttığı bildirilmektedir (Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012: 399).

Atravmatik Bakım Yaklaşımı

Atravmatik bakım, çocuk ve ailesinin sağlık hizmetleri sürecinde yaşayabileceği fiziksel ve psikolojik travmayı en aza indirmeyi hedefleyen bir bakım felsefesidir. Atravmatik bakımın temelinde; ağrının azaltılması, ayrılığın önlenmesi ve kontrol duygusunun desteklenmesi yer almaktadır (Hockenberry & Wilson, 2018: 12).

Pediatric hemşirelik literatüründe atravmatik bakım, yalnızca invaziv işlemler sırasında değil; hastaneye yatıştan taburculuğa kadar tüm bakım sürecini kapsayan bütüncül bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Çalışır & Karataş, 2019: 236).

Pediatric Hemşirenin Rolü

Pediatric hemşireler, çocuk merkezli ve atravmatik bakımın uygulanmasında kilit rol üstlenmektedir. Hemşirenin empatik yaklaşımı, etkili iletişim becerileri ve çocuğun gelişimsel özelliklerini dikkate alması, bakımın başarısını doğrudan etkilemektedir (Hockenberry & Wilson, 2018: 15).

Hemşireler;

- Çocuğun ağrı ve stres düzeyini değerlendirmek,
- Yaşa uygun açıklamalar yapmak,
- Aileyi bakım sürecine aktif olarak dahil etmek,
- Farmakolojik olmayan rahatlatıcı yöntemleri kullanmakla yükümlüdür (Trottier et al., 2019: 511).

İnvaziv Girişimlerde Atravmatik Yaklaşımlar

İnvaziv girişimler, çocuklar için en yoğun korku ve ağrı kaynağıdır. Güncel kılavuzlar, bu işlemlerde **multimodal ağrı ve distres yönetimi** uygulanmasını önermektedir (Friedrichsdorf & Goubert, 2019: e804). Dikkat dağıtma teknikleri, oyun, müzik ve ebeveyn varlığı gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin; çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığı gösterilmiştir (Trottier et al., 2019: 514).

Son yıllarda sanal gerçeklik uygulamalarının, özellikle venipunktur gibi kısa süreli işlemlerde çocukların ağrı ve kaygısını azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (Wei et al., 2024: 6). Ancak

bu yöntemlerin standart uygulamaların yerine değil, tamamlayıcı olarak kullanılması önerilmektedir (Lambert et al., 2020: 8).

Aile Katılımı ve Hemşire–Aile İş Birliği

Aile katılımı, çocuk merkezli ve atravmatik bakımın temel bileşenlerinden biridir. Aile varlığı, çocuğun güven duygusunu artırmakta ve bakım sürecine uyumu kolaylaştırmaktadır (Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012: 400). Pediatrik hemşirelerin aileyi bilgilendirmesi ve desteklemesi, çocuğun stres düzeyini azaltan önemli bir faktördür (Mikkelsen & Frederiksen, 2011: 1158).

Sonuç

Çocuk merkezli ve atravmatik bakım yaklaşımları, pediatrik hemşirelik bakımının vazgeçilmez unsurlarıdır. Bu yaklaşımlar; çocuğun fiziksel iyileşmesini desteklemenin yanı sıra, psikososyal iyilik hâlini de güçlendirmektedir. Pediatrik hemşirelerin bu yaklaşımları benimsemesi ve klinik uygulamalara entegre etmesi, çocuk ve aile odaklı kaliteli bakımın sürdürülmesinde temel rol oynamaktadır.

Kaynakça

- Committee on Hospital Care, & Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Çalışır, H., & Karataş, P. (2019). The atraumatic care approach in pediatric nursing: Non-pharmacological applications in reducing pain, stress, and anxiety. *Journal of Education and Research in Nursing*, 16(3), 234–245. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.234>
- Ford, K., Dickinson, A., Water, T., Campbell, S., Bray, L., & Carter, B. (2018). The concept of child-centered care in healthcare: A scoping review. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, e73–e83. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.003>
- Friedrichsdorf, S. J., & Goubert, L. (2019). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain Reports*, 5(1), e804. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000804>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th ed.). Elsevier.
- Lambert, V., Boylan, P., Boran, L., Hicks, P., Kirubakaran, R., Devane, D., & Matthews, A. (2020). Virtual reality distraction for acute pain in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD010686. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010686.pub2>
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>

- Trottier, E. D., Doré-Bergeron, M. J., Chauvin-Kimoff, L., Baerg, K., & Ali, S. (2019). Managing pain and distress in children undergoing brief diagnostic and therapeutic procedures. *Paediatrics & Child Health*, 24(8), 509–535. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz026>
- Wei, Q., Sun, R., Liang, Y., Chen, D., et al. (2024). Virtual reality technology reduces the pain and anxiety of children undergoing vein puncture: A meta-analysis. *BMC Nursing*, 23, 541. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02184-5>

BÖLÜM 3

PEER BULLYING AND ITS EFFECTS ON CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Çiğdem Müge HAYLI¹
Ramazan KARATAŞ²

¹ Associate Professor Doctor., Hakkari University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Hakkari/ Turkey, Orcid: 0000-0001-7630 -9619

² Instructor, Anadolu University, Department of Visually Impaired Education, Faculty of Education, Eskişehir/Turkey, Orcid: 0000-0003-3269-461X, ramazankaratas@anadolu.edu.tr

Introduction

Bullying is a major problem facing all nations and societies (Terzioğlu, 2022:64). It can be defined, most fundamentally, as negative behaviors perpetrated by one or more peers against one or a group of children (Olweus, 1997:495). Another definition defines bullying as aggressive and repetitive behavior by a stronger child (physically or socially) with the intention of harming a weaker child (Olweus, 2010:64).

Bullying, particularly in schools, has a significant impact on children's perceptions of safety and their school experiences.

Children spend a significant portion of their day at school with their peers. Consequently, many children fear being bullied by peers with whom they interact regularly. Due to this fear, many children develop strategies to avoid peer bullying, such as skipping classes, truancy, and avoiding certain areas of the school, which negatively impact their school experience (Batsche & Knoff, 1994:165). Peer bullying is considered a persistent problem for children receiving special education support (Terzioğlu, 2022:64; Rose et al., 2011:2; Mishna, 2003:336).

Definition of Peer Bullying

The Turkish Language Association (TLA) dictionary defines bullying as behavior that violates social norms and acts with a unique sense of honor (TLA, 2023). According to Rigby, 2007 and Farrington, 1993:381, bullying means the psychological restriction of the powerful against the weak through repeated behaviors and actions (Özkan, 2025).

Bullying is the deliberate and persistent exposure of a student to negative behavior from one or more individuals, despite no provocation (Olweus, 1997:496).

These negative behaviors are classified in various ways in the literature.

The source of power imbalances in bullying includes physical power that can be used voluntarily due to coercion, information power that can be used when needed, legitimate power that can be used in situations where legitimacy is established, and reference power that depends on the existence of a fan base of the person using it (Piskin et.al., 2002:531).

Peer bullying, on the other hand, is classified as proactive aggression because it occurs without provocation. While there are many different definitions of bullying in the literature, researchers have reached a consensus on three fundamental characteristics of this concept (Smith et al., 2013:26; Smith, 2008:376). These characteristics can be listed as follows:

- The behavior is intended to harm the other party.
- The balance of power between the bully and the victim is unequal; the victim has difficulty defending himself.
- The behavior is not a one-time act but a process that is repeated over time (Can Taşçı, 2025).

Prevalence of Peer Bullying

While the results of studies on the prevalence of peer bullying vary depending on factors such as country, region, city, culture, methodology, and age range, researchers agree that bullying is quite common in schools. For example, a study of 113,200 students aged 13 to 15 from 25 different countries found that the prevalence of peer bullying ranged from 9% to 54% (Nansel et al., 2003:730).

A study conducted by the World Health Organization (WHO) in 43 countries reported that 2-32% of children between the ages of 10 and 15 were bullied and 1-36% were bullies (WHO, 2000).

Other published studies found that the prevalence of bullying among school-aged children was 20% for bullies, 23% for victims, and 8% for both bullies and victims (Currie, 2012:6).

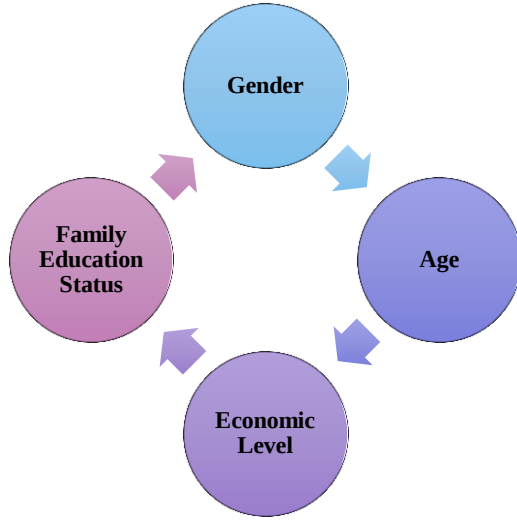
Data from Turkey also supports this finding. In a study of 1,154 students in 4th to 8th grades in Ankara, 35.1% were "victims," 30.2% were "bullies," and 6.2% were "both bullies and victims" (Pişkin, 2002). Additionally, a study conducted on 1,432 high school students in our country found that 24% of adolescents were victims of bullying and 29.3% were perpetrators (Hesapçioğlu & Yeşilova, 2015:180).

Another study conducted with high school students in Istanbul found that 22% of 3,519 students were victims, 9.2% were bullies, and 9.4% were both bullies and victims (Alikasifoğlu et. al., 2007:105).

In a study involving 202,056 students from 40 different countries, it was found that 8.6% to 45.2% of male students and 4.8% to 35.8% of female students engaged in peer bullying behavior (Can Taşçı, 2025; Craig et. al., 2009:216).

Factors Related to Peer Bullying

Factors related to peer bullying are shown in Figure 1.



Kaynak: Özkan, 2025

Gender: While girls tend to report bullying more than boys, they also react more emotionally and experience more pain, sadness, and anger when they experience it. Male bullies tend to have poorer mental health than female bullies (Ribgy, 1998:465).

Age: The extent to which children exhibit bullying behaviors and are confronted with them varies depending on age. Younger and weaker students are more likely to be bullied, and bullying behaviors are often exhibited by older children (Olweus, 2010:64).

Economic Level: Family economic problems are also a predictor of aggressive behavior. Both bullying victims and bullies have a low socioeconomic status (Schwartz et al., 1997:665).

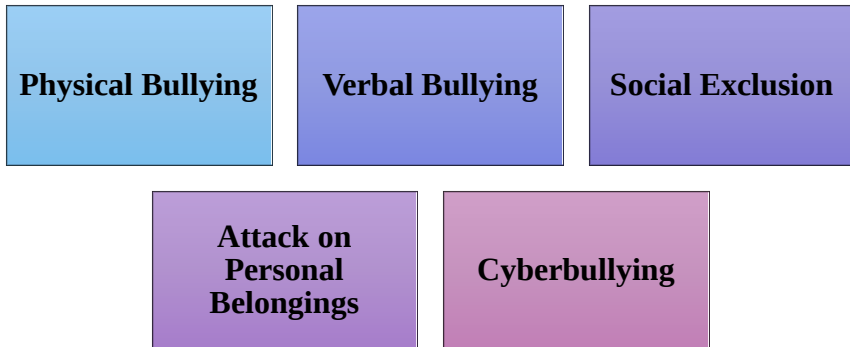
It has been determined that children from low socioeconomic status families are at higher risk for both behavioral problems and aggressive behavior (Farrington, 2001:381). In economically stressed areas, bullying is more common due to negative factors such as unemployment, potential theft, and

substance abuse. Schools with higher social standing and a focus on academic achievement experience lower rates of bullying (Sullivan, 2001).

Family Education Status: The education level of parents can be a determining factor in their interactions with their children. Those with higher education levels are likely to establish more positive communication than those with lower education levels. This will foster a healthier environment for the child's interactions with their environment (Yasankul, 2007).

Types of Bullying

Types of Bullying are shown in Figure 2.



Kaynak: Masan, 2018:61

Physical Bullying: Physical bullying is the most common type of peer bullying. It's the most noticeable type in schools. The actions of physical bullies are action-based. They engage in physical contact such as kicking, hitting, hitting with a stick, twisting an arm or leg, elbowing, pulling hair or ears, and deliberately hitting (Piskin and Ayas, 2011:531; Gökler, 2007).

Verbal Bullying: Verbal bullying is a type of bullying that is mostly done through talking. Unlike physical bullying, there is no direct physical contact. In verbal bullying, the individual exhibiting bullying behavior may exhibit behaviors such as undermining the person's dignity, mocking, name-calling, gossiping, humiliating, swearing, insulting, and threatening (Çankaya, 2011:81).

Social Exclusion: Social exclusion is also defined as social manipulation. Social exclusion refers to influencing social relationships with the intention of harming or hurting an individual. In this type of bullying, the bully attempts to negatively impact the social status of the individual exhibiting the behavior (Ergül, 2009). Social exclusion can be seen as a form of indirect bullying. Social isolation is achieved through methods such as removal from the group, rumor-mongering, and silencing (Güven, 2015).

Attack on Personal Belongings: When personal belongings are attacked, there is intentional harm. This type of bullying involves deliberately stealing, taking without permission, or damaging in some way the target student's personal belongings (Ergül, 2009).

Cyberbullying: One of the negative effects of the internet on daily life is cyberbullying. Especially with the recent proliferation of the internet, cyberbullying has begun to be recognized as a form of bullying (Masan, 2018:61). According to (Karataş, 2011), cyberbullying, or virtual bullying, is bullying committed through information and communication technology tools, particularly mobile phones and the internet. Cyberbullying is defined as "intentional, repetitive, and hostile behaviors that involve the use of information and communication technologies (ICTs) such as email, mobile phones, pagers, text messaging services, and websites, by an individual or group, with the intent to harm others."

Children with Special Needs

They're children who have a disability or a combination of disabilities that make learning or other activities difficult. special-needs children include those who have mental retardation, which causes them to develop more slowly than other children. speech and language impairment, such as a problem expressing themselves or understanding others. physical disability, such as vision problems, cerebral palsy, or other conditions. learning disabilities, which distort messages from their senses. emotional disabilities, such as antisocial or other behavioral problems (Jamdeaf, 2025).

Children with Special Needs and Peer Bullying

School is a critical environment for children and adolescents in terms of social, physical, cognitive, and emotional development. The social relationships established there fulfill their need to belong to groups and help individuals become healthy and independent adults (Farmer and Xie, 2007:619; Santrock, 2001). However, bullying and aggressive behaviors experienced at school can negatively impact the development of children and adolescents.

Wolke et. al., 2015:879, research findings on the effects of bullying on children up to age 17 showed that antisocial personality disorder is associated with bullies and their bullying behavior. It was concluded that bullying during preschool can lead to anxiety disorders and social anxiety in first grade for victims.

These children do not want to attend school and are unable to achieve academic success. Consequently, their self-esteem is damaged, a process that continues into adulthood (Furniss, 2000:9). Banks, 1997:407, states that school phobia affects victims, who feel unsafe at school and are unable to be happy there.

Effects of Peer Bullying on Children with Special Needs

Thirty-five out of every hundred people have experienced bullying at some point in their lives. Bullying has a long-term negative impact on mental health. Two out of every ten people who

are bullied struggle to cope with various psychological problems (Pepelasis, 2018). Peer bullying also has short-term consequences. Children who are bullied experience difficulties adjusting to school, feeling lonely, and negative feelings such as a lack of affection for school, a loss of trust, and a feeling of being unable to defend themselves continue even after the bullying ends (Kochenderfer and Ladd, 1996:1305).

Peer bullying is considered a persistent problem for children receiving special education support (Terzioğlu, 2022:64; Rose et. al., 2011:114; Mishna, 2003:336). Historically, societies often segregated children with special needs and isolated them from their typically developing peers (Longmore and Umansky, 2001). For example, in the United States (US), children with disabilities were educated in separate special education schools, separate from their siblings and peers (Terzioğlu, 2022:64; Carter and Spencer, 2006:11).

Today in the mainstreaming system, children with disabilities are now learning alongside their peers. However, there are some important points to consider in this system. Children with special needs and other typically developing children need to be informed about the importance of mainstreaming. This is crucial for students to be able to happily study together. If children with special needs are not fully integrated into their peer groups, various forms of peer bullying emerge, or existing bullying behaviors escalate (Rose et al., 2011:2).

Bullying can cause numerous harms to children with special needs. These children are bullied twice as often as their typically developing peers (Terzioğlu, 2022:64; Carter and Spencer, 2006:11; Van Cleave and Davis, 2006:1212).

Similar to this finding, Rose et. al., 2011: 114, found in their research that children with disabilities (50% and above) are more likely to be victims of peer bullying than typically developing children (20%-30%). Bullying causes children to experience lower

academic achievement, excessive stress, and decreased participation in activities (Terzioğlu, 2022:64; Mishna, 2003:336).

Studies have shown that students who are victims of bullying have increased school absences and higher dropout rates (Terzioğlu, 2022:64; Reschly and Christenson, 2006:276). Another study also found that; Studies have shown that these children experience various adjustment problems, such as childhood depression, peer rejection, anxiety, loneliness, and low self-esteem (Terzioğlu, 2022:64; Hawker and Boulton, 2000:441). These students also appear to experience physical and emotional health problems (Nixon et al., 2011:294).

If we give an example of children with attention deficit and hyperactivity disorder in children (ADHD) with special needs; they often face challenges such as excessive activity, excessive talking, interrupting others, and impatience in society (Can taşçı, 2025; Aduen et. al., 2018:1002). Such behaviors may not be welcomed by those around them and can lead to criticism from family, friends, or other social circles (Can taşçı, 2025; Beaton et al., 2020:1213). Children who are constantly criticized for their behavior can become angry, which can lead them to exhibit destructive and negative behaviors. Children who exhibit destructive behaviors, in turn, receive more criticism from their environment, creating an ongoing cycle between criticism and destructive behaviors, and the child repeatedly continues their negative behavior (Can taşçı, 2025; Güldü, 2020:95).

There is a bidirectional interaction between ADHD and peer bullying. Children and adolescents diagnosed with ADHD have been shown to experience social difficulties, particularly due to symptoms of inattention. Bullying victims are at increased risk of

experiencing depression and anxiety, which further exacerbates the attentional difficulties often seen in ADHD. Inattentional deficits make it difficult to pick up on social cues and can negatively impact opportunities to learn social norms during interactions (Can taşçı, 2025; Murray et al., 2020:58; Stenseng et al., 2016:789).

A study conducted found that individuals diagnosed with ADHD both exhibited more bullying behavior and were bullied more frequently. The behavioral patterns of children with ADHD differ compared to those with healthy development (Can taşçı, 2025; Bautista et al., 2015:420). It has been suggested that these differences may lead to isolation and exclusion in their social circles (Can taşçı, 2025; Laslo-Roth et al., 2021:470).

Conclusion

Peer bullying is observed in almost every child, especially those with special needs. Therefore, the impact of bullying on students with special needs and its potential consequences are discussed. Conducting more original studies investigating the effects of peer bullying on children with special needs will also contribute to the prevention of peer bullying.

References

- Aduen, P., Dvorsky, M. R., Owens, J. S. (2018). The impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on social functioning: A review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(6), 1002–1017.
- Alikashiöğlu, M., Ercan, O. (2007). Ergenlerde zorbalık ve ilişkilendirilen psikiyatrik sorunlar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(3), 105–113.
- Banks, R. (1997). Bullying in schools (Report No. EDO-PS-97-17). ERIC Clearinghouse on elementary and early childhood education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 407 154).
- Batsche, G. M., Knoff, H. M. (1994). Bullies and their victims: Understanding a pervasive problem in the schools. *School Psychology Review*, 23(2), 165-174.
- Bautista, L. M., Li, S., Wheeler, M. E. (2015). Behavioral patterns in children diagnosed with ADHD: Implications for social inclusion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(4), 420–428.
- Beaton, J., Khurana, A., Romer, D. (2020). Social rejection and its impact on children with ADHD: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(9), 1213–1224.
- Can Taşçı, N. (2025). DEHB Tanısı Olan Çocuklarda “Akran Zorbalığına Karşı Güçlen” Psikoeğitim Programının Etkisinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Giresun Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Carter, B. B., Spencer, V. G. (2006). The fear factor: Bullying and students with disabilities. *International Journal of Special Education*, 21(1), 11–23.
- Craig, W., Pepler, D., Blais, J. (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*, 54(Suppl 2), 216–224.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., Barnekow, V (2012). Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from

- the 2009/2010 survey (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). WHO Regional Office for Europe.
- Çankaya, İ. (2011). İlköğretimde Akran Zorbalığı, *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24 (1), 81-92.
 - Ergül, A.. (2009). Bir Grup Süreci Olarak Akran Zorbalığı: Katılımcı Rolü Gruplarında Tepkisel-Amaçlı Saldırganlık ve Toplumsal Konum, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi.
 - Farmer, T. W., Xie, H. (2007). Peer relations in childhood and adolescence. In W. Damon & R. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., Vol. 3, pp. 619–658). Wiley.
 - Farrington, D. P. (1993). Understanding and preventing bullying. *Crime and Justice*, 17,381–458.
 - Farrington, D. P. (2001). Key results from the first forty years of the Cambridge study in delinquent development. In Longitudinal research in the social and behavioral sciences: *An Interdisciplinary Series* (pp. 137–183). Springer.
 - Furniss, C. (2000). Bullying in schools: It's not a crime - is it? *Education and the Law*, 12(1), 9–29.
 - Gökler, R., 2007, İlköğretim Öğrencilerinde Akran Zorbalığının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi.
 - Güldü, A. (2020). DEHB tanılı çocuklarda davranış problemlerinin değerlendirilmesi ve müdahale yaklaşımları. *Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 16(2), 95–110.
 - Güven, F. (2015). Ortaokul 8.Sınıf Öğrencilerinin Zorbalık Yapmaları ile Zorbalığa Maruz Kalmalarının, Cinsiyet, Anne-Baba Eğitimi, Sosyoekonomik Düzey ve Empati Eğilimi Açısından İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Toros Üniversitesi.
 - Hawker, D. S. J., Boulton, M. J. (2000). Twenty year's research on peer victimization and psychosocial maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 441–455.
 - Hesapçıoğlu, M., Yeşilova, H. (2015). Ergenlerde akran zorbalığı ve psikiyatrik belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 180–187.
 - Karataş, H. (2011). İlköğretim Okullarında Zorbalığa Yönelik Geliştirilen Programın Etkisinin İncelenmesi, *Doktora Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi.

- Kochenderfer, B. J., Ladd, G. W. (1996). Peer victimization: Cause or consequence of school maladjustment? *Child Development*, 67(4), 1305.
- Longmore, P., Umansky, L. (Eds.). (2001). The new disability history. *New York University Press*.
- Laslo-Roth, R., Lavi, I., Cohen, A. (2021). Social isolation and peer relationships in children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(3), 470–481.
- Masan, S. R. (2022). Investigation of bullying in high school students by gender and school type. *International Scientific Journal Vision*, 7(1), 61-82.
- Mishna, F. (2003). Learning disabilities and bullying: Double jeopardy. *Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 336–347.
- Murray AL, Zych I, Ribeaud D, Eisner M. Developmental relations between ADHD symptoms and bullying perpetration and victimization in adolescence. *Aggressive Behavior*. 2021; 47(1): 58–68.
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., Ruan, W. J. (2003). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(8), 730–736.
- Nixon, C. L., Linkie, C. L., Coleman, P., Fitch, C. (2011). Relational victimization and somatic complaints during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 294–299.
- Olweus, D. (1993). Bully/victim problems among schoolchildren: Long-term consequences and an effective intervention program. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and Crime* (pp. 317–349). Sage.
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*, 12, 495-510.
- Olweus, D. (2010). Bullying in schools: Facts and intervention. *Kriminalistik*, 64.
- Özkan, M. (2025). Çocuk Hakları Perspektifinden İlkokullarda Akran Zorbalığı, *Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Öztürk, A. (2018). Dokuzuncu ve Onuncu Sınıf Öğrencilerinde Akran Zorbalığı Göstermenin ve Akran Zorbalığına Maruz Kalmanın Psikolojik Belirtilerle İlişkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Pepelasis, C. T. (2018). Childhood bullying can cause lifelong psychological damage –here’s how to spot the signs and move on. *Erişim adresi: <https://theconversation.com/childhood-bullying-can-cause-lifelongpsychologicaldamage-heres-how-to-spot-the-signs-and-move-on-100288>*.
- Reschly, A. L., Christenson, S. L. (2006). Prediction of dropout among students with mild disabilities: A case for the inclusion of student engagement variables. *Remedial and Special Education*, 27(5), 276–292.
- Pişkin, M. (2002). Okullarda zorbalık: Tanımı, türleri, nedenleri ve yapılması gerekenler. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2(2), 531–562.
- Pişkin, M., Öğülmüş, Ş. ve Çinkır, Ş., (2011). Liselerde Şiddetin Saptanması ve Okul Temelli Şiddeti Önleme Programinin Geliştirilmesi, *TÜBİTAK Destekli Projeler Veri Tabanı*.
- Rose, C. A., Espelage, D. L., Aragon, S. R., Elliot, J. (2011). Bullying and victimization among students in special education and general education curriculum. *Exceptionality Educational International*, 21(3), 2–14.
- Rigby, K. (1998). The relationship between reported health and involvement in bully/victim problems among male and female secondary schoolchildren. *Journal of Health Psychology*, 3, 465.
- Rigby, K. (2002). New perspectives on bullying. *Jessica Kingsley Publishers*.
- Rigby, K. (2007). Bullying in schools and what to do about it. *Acer Press*.
- Rose, C. A., Monda-Amaya, L. E., Espelage, D. L. (2011). Bullying perpetration and victimization in special education: A review of the literature. *Remedial and Special Education*, 32(2), 114–130.
- Santrock, J. W. (2001). Life-span development (7th ed.). *McGraw-Hill*.

- Schwartz, D., Dodge, K. A., Pettit, G. S., ve Bates, J. E. (1997). The early socialization of aggressive victims of bullying. *Child Development*, 68(4), 665.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 376–385.
- Smith, P. K., del Barrio, C., Tokunaga, R. S. (2013). Definitions of cyberbullying: How useful are the terms? In S. Bauman, J. Walker, & D. Cross (Eds.), *Principles of cyberbullying research: Definitions, measures, and methodology* (pp. 26–40). *Routledge*.
- Stenseng, F., Belsky, J., Wichstrøm, L. (2016). ADHD symptoms and peer problems: The role of emotional dysregulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(4), 789–800.
- Sullivan, K. (2001). *The anti-bullying handbook* (2nd ed.). *Oxford University Press*.
- Terzioğlu, N. K. (2022). Özel eğitimde akran zorbalığı: Öğretmen görüşlerine dayalı nitel bir çalışma. *Turkish Journal of Special Education Research and Practice*, 4 (1), 64-90.
- Türk Dil Kurumu. (2023). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
- <https://www.jamdeaf.org.jm/articles/who-are-the-children-with-special-needs>. *Access Date: 13.09.2025*.
- Van Cleave, J., Davis, M. M. (2006). Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*, 118(4), 1212–1219.
- Wolke, D., Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, 100(9), 879–885.
- World Health Organization. (2000). Health and health behaviour among young people: International report from the HBSC 1997/98 survey. *WHO Regional Office for Europe*.
- Yasankul, N. (2007). İlköğretim 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin saldırganlık eğilimleri ile eğitim algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Yüksek lisans tezi*, Marmara Üniversitesi.

BÖLÜM 4

KANSER TANISI ALAN ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİNDE YAŞAM DENEYİMİNİN ÇOK BOYUTLU YAPISI

MERAL MUTLU ¹

TÜLAY KUZLU AYYILDIZ ²

Giriş

Çocukluk çağı kanserleri, tüm kanser vakaları içerisinde görece daha düşük bir orana sahip olmakla birlikte, çocuk ve aile yaşamı üzerinde derin ve çok boyutlu etkiler yaratan önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmeler sayesinde çocukluk çağı kanserlerinde sağkalım oranları belirgin biçimde artmış; özellikle gelişmiş ülkelerde bu oranlar %70–80 düzeylerine ulaşmıştır. Ancak sağkalım oranlarındaki bu artış, kanserin yalnızca biyomedikal bir hastalık olarak ele alınmasının yetersiz olduğunu; çocukların ve ebeveynlerinin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yaşadıkları psikososyal yaşam deneyimlerinin bütüncül bakım anlayışı içinde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya

¹Hemşire, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Hemşirelik, Orcid: 000-0002-4907-7776

² Profesör Doktor, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Hemşirelik, Orcid: 0000-0002-8924-5957

koymuştur (Açıkalın & ark., 2025:56; Yıldız & Kılıçarslan, 2024:78).

Bir ocuğun kanser tanısı alması, yalnızca çocuğun değil, aynı zamanda ebeveynlerin ve tüm ailenin yaşam düzenini etkileyen bir kriz durumu olarak değerlendirilmektedir. Tanı anı ile birlikte aileler yoğun belirsizlik, korku ve kaygı yaşamakta; tedavi sürecinin uzun ve yorucu olması ebeveynlerde stres, tükenmişlik ve bakım verme yükünün artmasına neden olmaktadır. Özellikle ebeveynlerin yaşadığı psikolojik zorlanmalar, aile işlevselliğini ve çocukla kurulan duygusal etkileşimi doğrudan etkilemektedir (zkan & ark., 2024:138-139).

Kanser tanısı alan çocuklar, hastalığın kendisine ve uygulanan tedavilere bağlı olarak çok sayıda fiziksel ve duygusal semptomla karşı karşıya kalmaktadır. Yorgunluk, ağrı, mide bulantısı, beden imajında değişim, korku ve kaygı gibi semptomlar çocukların günlük yaşamlarını, okul yaşantılarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Literatürde ocukların yaşadığı semptom yükünün yüksek olduğu ve bu durumun yaşam kalitesinde belirgin bir düşüşe yol açtığı bildirilmektedir (Açıkalın & ark., 2025:56; Gerçeker zalp, zdemir & Yıldırım, 2025:308). Çocuğun yaşadığı bu olumsuzluklar, ebeveynlerin kaygı düzeylerini artırarak karşılıklı bir etkileşim süreci yaratmaktadır.

Ebeveynler açısından bakıldığında, kanserli bir çocuğun bakımını üstlenmek; fiziksel bakımın yanı sıra duygusal destek sağlama, tedavi sürecini yönetme ve sosyal yaşamın yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir. Bu durum ebeveynlerde algılanan stres düzeyini artırmakta, bakım verme yükü ile aile içi rollerin yeniden tanımlanmasına yol açmaktadır. Yapılan alışmalar, ebeveynlerin yaşadığı stres ve bakım yükünün aile işlevselliğini olumsuz etkilediğini ve aile içi ilişkilerde zorlanmalara neden olduğunu göstermektedir (zkan & ark., 2024:138-139).

Bu süreçte çocuğun ve ebeveynlerin deneyimleri birbirinden bağımsız değildir. Ebeveynlerin duygusal tepkileri, çocukların hastalığı algılayış biçimini ve baş etme süreçlerini etkilerken; çocuğun yaşadığı fiziksel ve duygusal semptomlar da ebeveynlerin stres düzeyini artırmaktadır. Bu karşılıklı etkileşim, çocukluk çağı kanserlerinde aile merkezli ve bütüncül bakım yaklaşımlarının önemini ortaya koymaktadır. Pediatrik onkoloji hemşireliği uygulamalarında, çocuğun yalnızca fiziksel gereksinimlerinin değil; psikososyal ve duygusal gereksinimlerinin de değerlendirilmesi, ebeveynlerin desteklenmesi ve güçlendirilmesi temel bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır (Yıldız & Kılıçarslan, 2024:78-80).

Bu kitap bölümü, kanser tanısı alan çocukların ve ebeveynlerinin yaşam deneyimlerini psikososyal boyutlarıyla ele alarak, çocuk ve ebeveyn deneyimlerinin karşılıklı etkileşimini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda pediatrik onkoloji alanında çalışan sağlık profesyonelleri ve hemşireler için aile merkezli bakım yaklaşımının önemine dikkat çekerek, klinik uygulamalara ve gelecekte yapılacak araştırmalara katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Kanser Tanısı Alan Çocukların Yaşam Deneyimleri

Tanı ve Tedavi Sürecinin Çocuk Üzerindeki Psikososyal Etkileri

Kanser tanısı alan çocuklar, tanı anından itibaren yalnızca fiziksel bir hastalıkla değil, aynı zamanda yoğun psikososyal stres kaynaklarıyla da karşı karşıya kalmaktadır. Tedavi sürecinde uygulanan kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi girişimler; ağrı, yorgunluk, mide bulantısı ve beden imajında değişim gibi fiziksel etkilerin yanı sıra kaygı, korku ve belirsizlik duygularını da beraberinde getirmektedir. Bu etkiler, çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine bağlı olarak farklı biçimlerde algılanmakta ve

anlamlandırılmaktadır (Marcus, 2012:211-212; Taşkıran Tepe, 2019:22-23).

Çocukların hastalığı algılama biçimi, bilişsel gelişim düzeyleriyle yakından ilişkilidir. Küçük yaş gruplarındaki çocuklar hastalığı somut belirtiler üzerinden değerlendirirken, ergenlik dönemindeki çocuklar kanser tanısını yaşamlarının geleceğine yönelik bir tehdit olarak algılayabilmekte; bu durum ölüm korkusu, gelecek kaygısı ve kimlik gelişiminde zorlanmalara yol açabilmektedir (Marcus, 2012:213; Taşkıran Tepe, 2019:22-23).

Fiziksel Semptom Yüğü ve Günlük Yaşama Etkileri

Kanser ve tedavi sürecine bağılı semptomlar, çocukların günlük yaşam aktivitelerini ve işlevselliğini önemli ölçüde sınırlamaktadır. Uzun süreli hastane yatışları, fiziksel güçsüzlük ve tedavi yan etkileri çocukların oyun, hareket ve öz bakım becerilerini olumsuz etkilemektedir. Bu durum çocukların kendilerini yaşlılarından farklı hissetmelerine ve bağımsızlık duygularının zedelenmesine neden olabilmektedir (Marcus, 2012:211-213).

Tedavi sonrası dönemde de bazı çocuklarda yorgunluk, kronik ağrı ve bilişsel etkiler devam edebilmekte; bu durum günlük rutinelere dönüşü zorlaştırmaktadır. Özellikle merkezi sinir sistemi tutulumu olan çocuklarda bilişsel ve nörolojik etkilerin daha belirgin olduğu ve uzun dönem işlevselliğı etkilediğı bildirilmektedir (Devine & ark., 2022:2406,2409-2411).

Sosyal Yaşam, Okul ve Akran İlişkilerinde Değişim

Kanser tanısı ve tedavi süreci, çocukların sosyal yaşamlarında ve akran ilişkilerinde belirgin değişimlere yol açmaktadır. Uzun süre okuldan uzak kalma, fiziksel görünümdeki değişiklikler ve sosyal aktivitelerde kısıtlanma, çocukların akran ilişkilerinde kopukluk yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum özellikle ergenlik dönemindeki çocuklar için sosyal izolasyon,

dışlanma ve yalnızlık duygularını artırmaktadır (Savaş & ark., 2025:135-136).

Tedavi sonrası dönemde çocuklar, sosyal yaşama yeniden uyum sağlama sürecinde beden imajı kaygıları, damgalanma korkusu ve arkadaş ilişkilerini yeniden kurmada güçlükler yaşayabilmektedir. Nitel çalışmalar, çocukların “eski hayatlarına dönememedikleri” algısını sıkça dile getirdiklerini, ancak zamanla yeni bir yaşam düzeni oluşturduklarını göstermektedir (Savaş & ark., 2025:135-136,137-139).

Eğitim Süreci ve Akademik Yaşama Etkiler

Çocukluk çağı kanserleri, eğitim sürecinde kesintilere ve akademik uyum sorunlarına yol açabilmektedir. Uzun süreli tedaviler nedeniyle okuldan uzak kalan çocuklar, akademik başarıda düşüş ve sınıf tekrarları yaşayabilmektedir. Tedavi sonrası dönemde de öğrenme güçlükleri ve dikkat sorunları devam edebilmektedir (Devine & ark., 2022:2406-2408).

Uluslararası rehberler, çocukluk çağı kanserinden sağ kalan bireylerin eğitim ve mesleki yaşamlarının düzenli olarak izlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Özellikle nörolojik etkilenimi olan çocukların eğitimsel destek gereksinimlerinin erken dönemde belirlenmesi, uzun dönem yaşam kalitesinin korunması açısından kritik öneme sahiptir (Devine & ark., 2022:2409-2411).

Çocukların Baş Etme Süreçleri ve Güçlenme Deneyimleri

Kanser tanısı alan çocuklar, yaşadıkları zorluklara rağmen farklı baş etme stratejileri geliştirebilmektedir. Nitel araştırmalar, çocukların zamanla hastalıkla ilgili deneyimlerini anlamlandırdıklarını, umut geliştirdiklerini ve geleceğe yönelik yeni hedefler oluşturduklarını göstermektedir. Aile desteği, sağlık profesyonelleriyle kurulan güven ilişkisi ve sosyal destek mekanizmaları, çocukların baş etme süreçlerinde önemli rol

oynamaktadır (Taşkıran Tepe, 2019:31-33; Savaş & ark., 2025:135-139).

Bu bağlamda çocukların yaşam deneyimleri yalnızca kayıp ve zorlanmalarla sınırlı olmayıp; aynı zamanda psikososyal gelişim, dayanıklılık ve güçlenme süreçlerini de içermektedir. Bu durum, pediatrik onkoloji bakımında çocuğun öznel deneyimlerinin dikkate alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

Gelişim Dönemine Göre Çocukların Yaşam Deneyimlerindeki Farklılıklar

Kanser tanısı alan çocukların hastalık ve tedavi sürecine verdikleri tepkiler, yaş ve gelişim dönemlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Gelişimsel açıdan bakıldığında, okul öncesi dönemdeki çocuklar hastalığı daha çok somut belirtiler ve ayrılık deneyimleri üzerinden algılarken, okul çağı çocukları hastalığı neden-sonuç ilişkisi içinde anlamlandırmaya çalışmaktadır. Ergenlik dönemindeki çocuklar ise kanser tanısını kimlik gelişimi, beden imajı ve gelecek planları açısından daha derin bir tehdit olarak değerlendirmektedir (Marcus, 2012:211-213).

Ergenler için kanser deneyimi, yalnızca fiziksel bir hastalık süreci değil; aynı zamanda bağımsızlık, sosyal aidiyet ve benlik algısının yeniden yapılandığı bir dönemdir. Nitel çalışmalar, ergenlerin tedavi sürecinde kontrol kaybı, beden imajına yönelik kaygılar ve akran ilişkilerinde kopukluk yaşadıklarını, ancak zamanla bu deneyimi anlamlandırarak yeni baş etme yolları geliştirdiklerini göstermektedir (Savaş & ark., 2025:135-136,138-140; Taşkıran Tepe, 2019:29-33). Bu bulgular, pediatrik onkoloji bakımında gelişim dönemine özgü yaklaşımların önemini ortaya koymaktadır.

Aile sisteminde yaşanan stres ve bakım yükü, çocuğun hastalık deneyimini dolaylı olarak şekillendiren önemli bir bağlamsal faktördür. Yapılan çalışmalar, ebeveynlerin algıladıkları

stres ve bakım verme yükü arttıkça aile içi işlevselliğin etkilendiğini, bunun da çocukların duygusal uyum süreçlerini zorlaştırdığını göstermektedir (Özkan & ark., 2024:137-144).

Uzun Dönem Psikososyal Etkiler ve Sağkalım Sonrası Yaşam (Survivorship)

Çocukluk çağı kanserlerinde sağkalım oranlarının artmasıyla birlikte, tedavi sonrası dönemde ortaya çıkan uzun dönem psikososyal etkiler daha görünür hâle gelmiştir. Tedavi tamamlandıktan sonra birçok çocuk günlük yaşamına dönebilse de, bir kısmı anksiyete, depresyon, posttravmatik stres belirtileri ve yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlar yaşamaya devam etmektedir (Michel & ark., 2020:1104-1109). Bu etkiler özellikle ergenlik döneminde daha belirgin hâle gelmekte ve çocuğun sosyal, akademik ve duygusal uyumunu etkilemektedir.

Uzun dönem psikososyal etkilerin şekillenmesinde yalnızca tedaviye bağlı faktörler değil, aynı zamanda çocuğun içinde bulunduğu aile ortamının niteliği de belirleyici olmaktadır. Kanser tanısı almış çocuğu olan ailelerde yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin bakım verme yükü ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmış, artan stresin aile içi iletişim ve işlevsellik üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Özkan & ark., 2024:140-142). Bu durum, çocukların tedavi sonrası dönemde yaşadıkları uyum güçlüklerinin aile dinamiklerinden bağımsız değerlendirilemeyeceğini ortaya koymaktadır.

Sağkalım sonrası dönemde çocukların eğitim yaşamı, akademik başarıları ve geleceğe yönelik mesleki beklentileri de etkilenebilmektedir. Uluslararası rehberler, çocukluk çağı kanserinden sağ kalan bireylerde eğitim ve istihdam sonuçlarının düzenli olarak izlenmesini önermektedir (Devine & ark., 2022:2405-2406). Bu süreçte yaşanan psikososyal zorlanmalar, yalnızca tedavinin tıbbi etkileriyle değil; aynı zamanda çocuğun sosyal

çevresi, destek sistemleri ve yaşam deneyimleriyle de yakından ilişkilidir. Nitel çalışmalar, ergenlerin tedavi sonrası dönemi “eski hayata dönüşten ziyade yeni bir yaşam kurma süreci” olarak tanımladıklarını ortaya koymaktadır (Savaş & ark., 2025:137-139).

Sosyal Destek, Dayanıklılık ve Dijital Etkileşimlerin Rolü

Kanser tanısı alan çocukların yaşam deneyimlerinde sosyal destek ve dayanıklılık önemli koruyucu faktörler olarak öne çıkmaktadır. Aile, akranlar ve sağlık profesyonellerinden alınan destek, çocukların stresle baş etme becerilerini güçlendirmekte ve psikososyal uyumu artırmaktadır. Dayanıklılık, çocuğun zorlayıcı yaşam olaylarına rağmen uyum sağlayabilme ve işlevselliğini sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanmakta ve psikososyal uyumun temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Michel & ark., 2020:1107-1110).

Son yıllarda dijital ortamlar ve çevrimiçi etkileşimler de çocuklar ve ergenler için önemli bir sosyal destek alanı hâline gelmiştir. Çalışmalar, çevrimiçi ortamların sosyal bağlantıyı güçlendirebildiğini, ancak olumsuz çevrimiçi deneyimlerin psikolojik uyumu ve dayanıklılığı olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (Wawrzynski & ark., 2025:E1-E5). Bu bulgular, kanser deneyimi yaşayan çocukların ve ergenlerin psikososyal desteklenmesinde yalnızca yüz yüze değil, dijital destek mekanizmalarının da dikkatle ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Klinik ve Hemşirelik Bakımı Açısından Çıkarımlar

Çocukların yaşam deneyimlerinin gelişimsel dönem, uzun dönem etkiler ve sosyal destek bağlamında değerlendirilmesi, pediatrik onkoloji bakımında bütüncül yaklaşımların önemini vurgulamaktadır. Hemşireler, çocukların yalnızca fiziksel semptomlarını değil; psikososyal gereksinimlerini, gelişimsel özelliklerini ve tedavi sonrası uyum süreçlerini de

değerlendirmelidir. Bu yaklaşım, çocukların yaşam kalitesinin artırılması ve uzun dönem uyumlarının desteklenmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır (Devine & ark., 2022:2410-2413; Savaş & ark., 2025:140-141).

Ailelerin bakım verme sürecinde yaşadıkları stres ve yük, pediatrik onkoloji bakımında hemşirelik değerlendirmelerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Özkan ve arkadaşlarının (2024) çalışması, bakım verme yükü ve algılanan stresin aile işlevselliği ile ilişkili olduğunu ortaya koyarak, sağlık profesyonellerinin yalnızca çocuğu değil aileyi bir bütün olarak ele alması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda hemşirelerin, ebeveynlerin stres düzeylerini ve bakım yükünü düzenli olarak değerlendirmesi, aile içi iletişimi ve baş etme kaynaklarını destekleyici girişimler planlaması önem taşımaktadır.

Kanser Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Yaşam Deneyimleri

Tanı Anı ve Ebeveynlerde Psikolojik Tepkiler

Bir çocuğun kanser tanısı alması, ebeveynler için yoğun duygusal tepkilerin eşlik ettiği ani bir kriz durumu olarak tanımlanmaktadır. Tanı anı; şok, korku, çaresizlik, suçluluk ve belirsizlik duygularının bir arada yaşandığı, ebeveynlerin hem kendi duygularını hem de çocuklarının gereksinimlerini yönetmekte zorlandıkları bir dönemdir. Çalışmalar, ebeveynlerde tanıdan sonraki ilk dönemde yüksek düzeyde kaygı ve stres görüldüğünü, bu psikolojik yükün tedavi sürecinin ilerleyen aşamalarında da devam edebildiğini göstermektedir (Adu-Assiamah, 2022:1-2,6-7; Wu & ark., 2025:524-527).

Tanı sürecinde ebeveynlerin hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri ve sağlık ekibiyle kurdukları iletişim, psikolojik uyum açısından belirleyici bir rol oynamaktadır. Yetersiz ya da anlaşılmaması güç bilgi verilmesi, ebeveynlerde belirsizlik algısını artırarak kaygıyı

derinleştirebilmektedir. Buna karşılık, erken dönemde sunulan yapılandırılmış danışmanlık hizmetlerinin ebeveynlerin bilgi düzeyini artırdığı ve hastalık sürecine uyumu kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Nair & ark., 2017:393-396).

Bakım Verme Yükü ve Günlük Yaşamın Yeniden Yapılanması

Kanser tanısı alan çocuğun bakım süreci, ebeveynler için yoğun bir bakım verme yükünü beraberinde getirmektedir. Tedavi sürecinde ebeveynler yalnızca çocuğun fiziksel bakımını değil, aynı zamanda tedaviye eşlik etme, semptomları izleme ve duygusal destek sağlama gibi çok sayıda sorumluluğu üstlenmektedir. Bu durum, ebeveynlerin günlük yaşam rutinlerinin, sosyal ilişkilerinin ve kişisel gereksinimlerinin geri planda kalmasına neden olmaktadır (Akin-Odanye & ark., 2022:1-4).

Bakım verme yükünün artması, ebeveynlerin fiziksel ve psikolojik tükenmişlik yaşamasına yol açabilmektedir. Özellikle uzun süreli tedavi gerektiren hematolojik malignitelerde, bakım sürecinin kronikleşmesi ebeveynlerin stres düzeyini artırmakta ve aile içi işlevselliği zorlayabilmektedir (Özkan & ark., 2024:140-142). Bu bağlamda bakım verme yükü, ebeveyn yaşam deneyiminin merkezinde yer alan temel bir kavram olarak değerlendirilmektedir.

Ebeveynlik Stresi, Aşırı Koruyuculuk ve Çocuğun Algılanan Kırılganlığı

Ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumuna ilişkin algıları, ebeveynlik davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Kanser tanısı alan çocuklar sıklıkla “kırılgan” olarak algılanmakta; bu algı ebeveynlerde aşırı koruyucu tutumların gelişmesine yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar, algılanan çocuk kırılganlığı ile ebeveynlik stresi ve aşırı koruyucu davranışlar arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır (Kim & ark., 2024:1-2,5-6).

Aşırı koruyucu ebeveynlik, kısa vadede çocuğun güvenliğini sağlamayı amaçlasa da uzun vadede çocuğun bağımsızlık gelişimini ve psikososyal uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle ebeveynlerin yaşadığı stresin ve koruyucu davranışların dengelenmesi hem çocuğun hem de ebeveynin uyum süreci açısından kritik öneme sahiptir (Tremolada & ark., 2021:359-365).

Karar Verme Süreçleri, Kaygı ve Sağlık Ekibiyle Etkileşim

Kanser tedavisi sürecinde ebeveynler, çocuğun tanı, tedavi ve izlemine ilişkin çok sayıda kararla karşı karşıya kalmaktadır. Bu kararlar; tedavi seçenekleri, yan etkiler ve yaşam kalitesi gibi karmaşık konuları içermekte ve ebeveynlerde yoğun karar verme çatışması ve kaygıya neden olabilmektedir. Ebeveynlerin kendilerini karar sürecine yeterince dâhil edilmiş hissetmemeleri, kaygı düzeylerinin artmasına yol açmaktadır (Wu & ark., 2025:524-528).

Sağlık profesyonelleriyle kurulan güvene dayalı ve açık iletişim, ebeveynlerin karar verme süreçlerini daha yönetilebilir hâle getirmektedir. Özellikle hemşirelerin, ebeveynlere bilgi sağlama, duygusal destek sunma ve karar sürecinde rehberlik etme rolleri, ebeveynlerin yaşadığı belirsizlik ve kaygının azaltılmasında önemli bir işleve sahiptir.

Sosyoekonomik Etkiler ve İş–Aile Dengesi

Kanser tanısı alan bir çocuğun bakım süreci, ebeveynlerin çalışma yaşamını ve ekonomik durumunu da önemli ölçüde etkilemektedir. Tedavi süresince işten ayrılma, çalışma saatlerini azaltma ve gelir kaybı gibi durumlar ebeveynlerde ekonomik stresin artmasına neden olmaktadır. Sistematik derlemeler, kanser tanısının aileler üzerinde ciddi bir ekonomik yük oluşturduğunu ve bu yükün uzun dönemde de devam edebildiğini göstermektedir (Alzehr & ark., 2022:6385-6394).

Ebeveynler, bir yandan çocuklarının bakım gereksinimlerini karşılarken diğer yandan iş ve aile rollerini dengelemekte zorlanabilmektedir. Nitel çalışmalar, ebeveynlerin özellikle annelerin bakım sorumluluğunu daha fazla üstlendiğini, bunun da iş-aile dengesizliğini derinleştirdiğini ortaya koymaktadır (Hjelmstedt & ark., 2021:1882-1884). Bu durum, ebeveynlerin psikososyal iyilik hâli üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir.

Ebeveynlerin Baş Etme Stratejileri ve Güçlenme Süreçleri

Tüm bu zorlayıcı deneyimlere rağmen ebeveynler zamanla çeşitli baş etme stratejileri geliştirebilmektedir. Sosyal destekten yararlanma, bilgi arama, anlamlandırma ve umut geliştirme gibi stratejiler ebeveynlerin psikolojik uyumunu güçlendirmektedir. Nitel çalışmalar, ebeveynlerin süreç içinde kendilerini daha güçlü, dayanıklı ve farkındalığı artmış bireyler olarak tanımlayabildiklerini göstermektedir (Akin-Odanye & ark., 2022:1-5).

Ebeveynlerin baş etme süreçlerinin desteklenmesi, yalnızca ebeveynlerin ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda çocuğun tedavi sürecine uyumunu da olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle pediatrik onkoloji bakımında ebeveynlerin yaşam deneyimlerinin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması büyük önem taşımaktadır.

Hemşirelik Bakımına Yönelik Çıkarımlar ve Sonuç

Hemşirelik Bakımına Yönelik Çıkarımlar

Kanser tanısı alan çocukların ve ebeveynlerinin yaşam deneyimleri, pediatrik onkoloji bakımında hemşirelerin rolünü merkezi bir konuma taşımaktadır. Tedavi sürecinin uzun ve belirsizliklerle dolu olması, ebeveynlerde stres, kaygı, bakım verme yükü ve umut düzeyinde dalgalanmalara yol açmaktadır. Bu süreçte hemşirelerin, yalnızca çocuğun fiziksel bakımını değil, ebeveynlerin psikososyal gereksinimlerini de değerlendirmesi bütüncül bakım anlayışının temelini oluşturmaktadır (Temür, 2023:15-16).

Aile merkezli bakım yaklaşımı, pediatrik onkoloji kliniklerinde hem çocuk hem de ebeveynlerin uyumunu destekleyen temel bir bakım modeli olarak öne çıkmaktadır. Aile merkezli bakımın; ebeveynlerin bakım sürecine aktif katılımını desteklediği, anksiyete düzeylerini azalttığı ve sağlık ekibi ile iş birliğini güçlendirdiği bildirilmektedir. Ancak bu yaklaşımın etkin biçimde uygulanabilmesi için hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin bilgi ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir (Günay & Polat, 2017:13-19).

Ebeveynlerin özellikle annelerin umut düzeyi, bakım sürecinde kritik bir belirleyici olarak değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının iletişim biçimi, bilgi verme süreci ve destekleyici yaklaşımları ebeveynlerin umudunu doğrudan etkileyebilmektedir. Hemşirelerin empatik, açık ve güven verici iletişim kurmaları; ebeveynlerin belirsizlik algısını azaltarak psikolojik dayanıklılığı güçlendirmektedir (Gül, 2019:1-2,5-6).

Bunun yanı sıra pediatrik onkoloji bakımında enfeksiyon riskinin yüksek olması, hemşirelerin bakım sorumluluklarını daha da kritik hâle getirmektedir. Enfeksiyonların önlenmesine yönelik kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının sürdürülmesi, yalnızca çocuğun fiziksel sağlığını değil, ebeveynlerin kaygı düzeylerini de azaltmaktadır. Enfeksiyon kontrolüne yönelik hemşirelik girişimlerinin tutarlı ve standartlara uygun şekilde uygulanması, bakım kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Artuvan, 2025:143-147).

Sonuç

Sonuç olarak, kanser tanısı alan çocukların ve ebeveynlerinin yaşam deneyimleri; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları içeren çok yönlü bir süreçtir. Ebeveynlerin yaşadığı stres, bakım verme yükü, kaygı ve umut düzeyi, çocuğun tedavi sürecine uyumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle pediatrik

onkoloji bakımında hemşirelerin, çocuk ve ebeveyni birlikte ele alan aile merkezli ve bütüncül bir yaklaşımı benimsemeleri büyük önem

Bu bölümde ele alınan bulgular, hemşirelik bakımının yalnızca tedaviye eşlik eden bir rol değil; ebeveynlerin psikososyal uyumunu destekleyen, umudu güçlendiren ve yaşam kalitesini artıran temel bir bileşen olduğunu ortaya koymaktadır. Pediatrik onkoloji kliniklerinde hemşirelik bakımının güçlendirilmesi, çocukların ve ailelerinin bu zorlu süreci daha sağlıklı bir şekilde yönetebilmelerine katkı sağlayacaktır.

Kaynakça /References

Açıkalın, A., Yazar, E. R., Ateşçi, E. N., Doğan, F. N., Karabacak, Ö., Hırlioğlu, S., . . . Haklar, G. (2025). 8-18 Yaş Çocuk Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 34(2), 55-62. Doi:10.5336/pediatr.2025-110286.

Adu-Assiamah, S. (2022). Exploring psychosocial experiences of parents with children undergoing cancer treatment at Korle-Bu Teaching Hospital. *Open Access Library Journal*, 9, e8429. Doi:10.4236/oalib.1108429.

Akin-Odanye, E. O., Peate, M., Asuzu, C. C., Brown, B. J., & Henry, M. (2022). Qualitative exploration of family caregivers' perception and experience caring for pediatric patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*, 4(3), e00081. Doi:10.1097/OR9.0000000000000081.

Alzehr, A., Hulme , C., Spencer, A., & Morgan-Trimmer, S. (2022). The economic impact of cancer diagnosis to individuals and their families: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 30, 6385–6404. Doi: 10.1007/s00520-022-06913-x.

Artuvan , Z. (2025). Hematoloji-onkoloji tanısı alan çocuklarda sık gelişen sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar ve hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10 (1), 143–148. Doi: 10.61399/ikcusbfd.1408214.

Devine, K. A., Christen, S., Mulder, R. L., Brown, M. C., Ingerski, L. M., Mader, L., . . . Michel, G. (2022). Recommendations for the surveillance of education and employment outcomes in survivors of childhood, adolescent, and young adult cancer: A report from the International Late Effects of Childhood Cancer Guideline Harmonization Group. *Cancer*, 128(13), , 2405–2419. Doi: 10.1002/cncr.34215.

Gül, B. (2019). Sağlık çalışanlarının pediatrik onkoloji hastalarının annelerinin umudu üzerine etkileri . *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .

Günay, U., & Polat , S. (2017). Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: Hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 12–21.

Hjelmstedt, S. K., Forinder, U. M., Norberg, A. M., & Hovén, E. I. (2021). A balancing act: Working and caring for a child with cancer. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 1881–1894. Doi:10.1007/s10826-021-01997-1.

Kim, M. A., Yi, J., Sang, J., & Kim , S. h. (2024). Perceptions of child vulnerability, parental overprotection, and parenting stress among parents of a child with cancer. *SAGE Open*, 14(2), 1–12. Doi: 10.1177/21582440241260052.

Marcus, J. (tarih yok). Psychosocial issues in pediatric oncology. *The Ochsner Journal*, 12(3), 211–215.

Michel, G., Brinkman, T. M., Wakefield , C. E., & Grootenhuis, M. (2020). Psychological outcomes, health-related quality of life, and

neurocognitive functioning in survivors of childhood cancer and their parents. *Pediatric Clinics of North America*, 67(6), 1103–1134. Doi: 10.1016/j.pcl.2020.07.005.

Nair, M., Paul, L. T., Latha, P. T., & Parukkutty, K. (2017). Parents' knowledge and attitude regarding their child's cancer and effectiveness of initial disease counseling in pediatric oncology patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(4), 393–398. Doi: 10.4103/IJPC.IJPC_83_17.

Ozalp Gerçeker, G., Özdemir, B., & Yıldırım, B. G. (2025). Kanserli çocukların semptom sıklıklarının belirlenmesi. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 41(2), 307–316. Doi: 10.53490/eghehemsire.1315195.

Ozkan, Ç., Taşçıoğlu, G., & Celikay Söyler, H. (2024). Stress, caregiving burden and family functioning in families whose children have been diagnosed with cancer. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 6(2), 137–146. Doi: 10.35365/ctjpp.24.2.04.

Savaş, E. H., Erkul, M., & Semerci, R. (2025). Not like it used to be, but a new life: Social reintegration of adolescents after childhood cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 85, 135–142. Doi: 10.1016/j.pedn.2025.07.023.

Taşkıran Tepe, H. (2019). Çocukluk çağı kanseri deneyimleyen ergenlerin bakış açısından hastalık ve tedavi süreci: Bir nitel araştırma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (13), 21–41.

Temür, K. N. (2023). Pediatrik onkoloji hastalarının anksiyete ile yaşam kalitesi: Ebeveyn ve çocuk bakış açısı. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tremolada, M., Taverna, L., Bonichini, S., Putti, M. C., Tumino, M., & Biffi, A. (2021). The moderating effect of parenting on

adaptation of children with leukemia. *Hemato*, 2, 358–367. Doi: 10.3390/hemato2020022 .

Wawrzynski, S. E., Cloyes, K. G., Arasteh, K., Guo, J. W., Linder, L., Reblin, M., & Alderfer, M. A. (2025). Online experiences, internet-fostered connection, resilience, and adjustment among adolescent siblings of children with cancer. *Cancer Nursing*, 48(1), E1–E8. Doi: 10.1097/NCC.0000000000001284.

Wu, L. M., Chiou, S. S., Lin, P. C., Liao , Y. M., Hsu, W. Y., & Su, H. L. (2025). Parents’ perspectives on decisional conflict, anxiety, and perceived care involvement upon their children’s cancer diagnosis: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Nursing*, 85, 524–532. Doi: 10.1016/j.pedn.2025.09.014.

Yıldız , S., & Kılıçarslan Törüner, E. (2024). Kanser tanısıyla izlenen çocuklara ve ebeveynlerine yönelik spiritüel bakım: Bir literatür derlemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(1), 77–87. Doi: 10.31125/hunhemsire.1145528.

BÖLÜM 5

ERKEK ÇOCUKLARINDA ANNESİZLİĞİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

1. BEHİYE ELÇİ¹

Özet

Annesizlik, çocukların psikososyal gelişimi üzerinde derin, çok boyutlu ve kalıcı etkiler yaratan önemli bir toplumsal ve gelişimsel olgudur. Annenin yokluğu; ölüm, ayrılık, terk edilme, göç veya sosyoekonomik zorluklar gibi nedenlerle ortaya çıktığında, çocuğun duygusal güvenlik, bağlanma, kimlik ve benlik saygısı gelişiminde ciddi kesintilere yol açabilmektedir. Özellikle erkek çocukları bu süreçten daha fazla etkilenmekte; özgüven eksikliği, düşük benlik saygısı, akademik başarı düşüklüğü, sosyal ilişkilerde zorlanma, duygusal ifade yetersizliği ve davranışsal uyum sorunları yaşayabilmektedir. Bağlanma kuramı, annesizliğin çocuğun temel güven duygusunu zedeleyerek ilerleyen yaşam dönemlerinde kaygı, depresyon, öfke kontrol güçlüğü ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar oluşturmabileceğini açıklamaktadır. Literatürde, annesiz erkek

¹ Hemşire, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Orcid: 0009-0006-1731-0699

çocuklarda sosyal izolasyon, duygusal kırılganlık ve davranışsal risklerin artış gösterdiği bildirilmiştir. Ancak güçlü aile desteği, öğretmen ilgisi, akran ilişkileri ve toplumsal dayanışma bu olumsuzlukları azaltıcı yönde etki gösterebilmektedir. Hemşirelik yaklaşımı açısından annesiz çocuklara yönelik bakım, sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal iyilik halini desteklemeye odaklanmalıdır. Çocuk ve aile merkezli bakım, okul temelli danışmanlık, psikoeğitim programları, empati ve dayanıklılığı güçlendiren toplum temelli girişimler bu çocukların sağlıklı gelişimi için önem taşımaktadır. Bu derleme çalışmasının amacı, annesizliğin erkek çocukların psikososyal gelişimi üzerindeki etkilerini bağlanma kuramı çerçevesinde değerlendirmek, hemşirelik uygulamalarında kullanılabilecek destekleyici yaklaşımları ortaya koymak ve gelecekte yapılacak multidisipliner araştırmalara yön vermektir. Bu kapsamda çalışma, hem klinik uygulamalara hem de koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine rehberlik edecek niteliktedir.

Anahtar Kelimeler : Annesizlik, Erkek Çocuk, Psikososyal Etki, Hemşirelik Müdahalesi, Sosyal Destek

Abstract

Motherlessness is a significant social and developmental phenomenon that creates profound, multidimensional, and lasting effects on children's psychosocial development. When a mother's absence occurs due to reasons such as death, separation, abandonment, migration, or socioeconomic hardship, it can lead to

serious disruptions in a child's development of emotional security, attachment, identity, and self-esteem. Boys are particularly affected by this process, experiencing low self-confidence, low self-esteem, poor academic achievement, difficulty with social relationships, lack of emotional expression, and behavioral adjustment problems. Attachment theory explains that motherlessness damages a child's basic sense of security, leading to anxiety, depression, difficulty controlling anger, and interpersonal problems later in life. The literature reports increased social isolation, emotional vulnerability, and behavioral risks in motherless boys. However, strong family support, teacher involvement, peer relationships, and social solidarity can mitigate these negative effects. From a nursing perspective, care for motherless children should focus not only on physical but also on supporting emotional and social well-being. Child- and family-centered care, school-based counseling, psychoeducational programs, and community-based interventions that strengthen empathy and resilience are crucial for the healthy development of these children. The purpose of this review is to evaluate the effects of motherlessness on the psychosocial development of boys within the framework of attachment theory, to identify supportive approaches that can be used in nursing practice, and to guide future multidisciplinary research. In this context, the study will guide both clinical practice and preventive mental health services.

Key Words: Motherlessness, Son, Psychosocial Impact, Nursing Intervention, Social Support

Giriş

Çocukluk dönemi, bireyin kişilik gelişiminin temellerinin atıldığı; duygusal, bilişsel ve sosyal becerilerin şekillendiği kritik bir yaşam evresidir. Bu süreçte aile, çocuğun en önemli sosyalizasyon kaynağı olarak işlev görmekte, özellikle anne figürü çocuğun temel

ihtiyaçlarını karşılayan ilk ve en gl bağlanma nesnesi olarak öne çıkmaktadır (Saracho vd., 2023: 15). Annenin varlığı; güven duygusunun gelişimi, özdeğerin oluşumu, duygusal düzenleme becerilerinin kazanılması ve sosyal ilişkilerin sağlıklı biçimde kurulması açısından hayati bir önem taşımaktadır (Deneault vd., 2023: 236). Buna karşılık annenin yokluğu ya da annelik rolünün çeşitli nedenlerle sürdürülememesi, ocuk açısından yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de risk oluşturan çok boyutlu bir sorun alanı yaratmaktadır. Bu bağlamda annesizlik, ocuk gelişiminin farklı yönlerini etkileyen ve psikososyal sağlık açısından önemli sonuçlar doğurabilen kritik bir olgu olarak değerlendirilmektedir (Chen, 2025: 3).

Annesizliğin nedenleri farklılık gösterebilir. Anne kaybı (lm), boşanma, g, uzun süreli ayrılıklar, annenin fiziksel veya psikiyatrik hastalıkları ve ebeveynlik işlevini yerine getirememe durumları çocukların annesizlik deneyimi yaşamasına yol açabilmektedir (Markosyan, 2023: 210). Dünya Sağlık rgt raporlarında, ebeveyn kaybı veya ayrılığının çocukların ruh sağlığı üzerinde kalıcı etkiler yaratabileceği; depresyon, kaygı bozuklukları ve davranışsal sorunlara zemin hazırlayabileceği belirtilmektedir (Aguirre, 2023: 2; World Health Organization, 2020). Bu durum, çocukların sosyal işlevselliğinde, akademik başarılarında ve toplumsal uyumlarında uzun vadeli sonuçlar doğurabilmektedir. Özellikle annesizlik deneyiminin çocukların yaşam doyumunu, özgüvenini ve benlik saygısını zedelediği; bu çocuklarda riskli davranışların daha sık görüldüğü saptanmıştır (Malina vd., 2021: 2544).

Literatürde annesizliğin etkilerinin çocuğun cinsiyetine göre farklılaştığı yönünde bulgular mevcuttur. Toplumsal cinsiyet rolleri, çocukların annesizliğe verdikleri tepkilerin niteliğini belirleyebilmektedir. Erkek çocuklarının annesizlik karşısında daha dışa dönük tepkiler sergiledikleri; saldırganlık, öfke kontrol

sorunları, sosyal ilişkilerde zorluk ve okul uyum güçlükleri gibi sorunlarla daha fazla karşılaştıkları bildirilmektedir (Aral, Gürsoy ve Dizman, 2006: 620). Buna karşılık kız çocuklarının annesizlik deneyiminde içe kapanma, kaygı ve depresyon gibi daha içselleştirilmiş tepkiler gösterdikleri ifade edilmektedir (Perlin ve Cucolo, 2022: 562). Bu farklılıklar, erkek çocuklarının annesizliğin psikososyal sonuçları açısından ayrı bir risk grubunu oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca yapılan bazı boylamsal çalışmalar, annesizlik yaşayan erkek çocuklarının ilerleyen yaşlarda suç davranışlarına, madde kullanımına ve toplumsal uyum sorunlarına daha yatkın olduklarını göstermektedir (Kuipers vd., 2021: 102).

Annesizlik yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal bağlamda da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çocukların sağlıklı gelişimlerini sürdürememeleri, toplumun sosyal sermayesini ve gelecekteki üretken nüfusunu doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle annesizliğin psikososyal sonuçlarının incelenmesi ve özellikle erkek çocuklarının yaşadığı özgül sorunların anlaşılması hem çocuk ruh sağlığı alanında hem de hemşirelik uygulamalarında kritik bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelik mesleği, bireylerin yalnızca fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda psikososyal iyilik hâlini de desteklemeyi hedeflediğinden, annesizlik yaşayan çocukların korunması, desteklenmesi ve güçlendirilmesi sürecinde önemli bir role sahiptir (Mutcherson, 2022: 13). Bu çerçevede hemşirelerin çocuk ve aile merkezli bakım, danışmanlık ve psikososyal destek rollerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu derlemenin amacı, erkek çocuklarında annesizliğin psikososyal etkilerini kapsamlı biçimde ele almak ve hemşirelik yaklaşımını tartışmaktır. Çalışmada öncelikle annesizliğin çocuk gelişimi üzerindeki yansımaları kuramsal çerçevede incelenecek, ardından erkek çocuklarının yaşadığı özgül psikososyal sorunlar değerlendirilecektir. Son olarak hemşirelerin bu süreçte

üstlenebilecekleri roller ve bakım yaklaşımları ele alınarak literatürün güncel sentezi sunulacaktır. Bu yönüyle derlemenin, çocuk sağlığı hemşireliği uygulamalarına ışık tutması ve gelecekte yapılacak araştırmalara yol gösterici bir perspektif kazandırması beklenmektedir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Annesizliğin Çocuk Gelişiminde Tarihsel ve Kültürel Boyutu

Annelik, tarih boyunca tüm toplumlarda çocuk bakımının temel unsuru olarak görülmüş; annenin varlığı yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir rol olarak tanımlanmıştır. Antropolojik araştırmalar, farklı kültürlerde annesizliğin çocuk gelişimi üzerindeki etkilerinin farklı biçimlerde algılandığını ortaya koymaktadır. Örneğin, geleneksel toplumlarda annesizlik, geniş aile ve akraba desteğiyle telafi edilmeye çalışılırken; modern toplumlarda çekirdek aile yapısının baskın hale gelmesiyle annesizlik daha belirgin bir risk faktörü olarak görülmektedir (Lansford, 2022: 466). Afrika toplumlarında annesiz kalan çocukların bakımının çoğunlukla geniş aile üyeleri, özellikle de büyükanneler tarafından üstlenildiği; bu sayede duygusal ve sosyal desteğin belirli ölçüde sağlanabildiği bildirilmiştir (Ebimgbo vd., 2023: 1028). Buna karşın Batı toplumlarında annesizlik, çoğunlukla bireysel bir kayıp olarak algılanmakta ve çocuğun psikososyal gelişimi üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmektedir (Farella Guzzo ve Gobbi, 2023: 1207).

Tarihsel açıdan incelendiğinde, annesizlik olgusunun çocuk gelişimi üzerindeki etkilerinin uzun yıllardır araştırıldığı görülmektedir. Yirminci yüzyılın başlarında yapılan kurumsal bakım araştırmaları, annesizliğin çocuklarda ciddi gelişimsel geriliklere neden olabileceğini ortaya koymuştur. Özellikle Spitz'in (1945) yetimhane çocukları üzerinde yaptığı gözlemler, annelerinden uzun süre ayrı kalan çocuklarda "hospitalizm" olarak tanımlanan

duygusal yoksunluk sendromunun ortaya çıktığını göstermiştir. Bu çocuklarda gelişimsel gerilik, sosyal uyumsuzluk ve duygusal donukluk gözlenmiştir (Batki, 2018: 1801; Spitz, 2017: 133). Ayrıca Bowlby'nin (1951) "Annelik Yoksunluğu" raporu, annesizliğin çocuklarda bağlanma sorunları, davranışsal problemler ve ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunu vurgulamış; bu bulgular modern bağlanma kuramının temelini oluşturmuştur (Vicedo, 2011: 402).

Farklı kültürlerde yürütülen tarihsel araştırmalar, annesizliğin etkilerinin bağlamsal faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, II. Dünya Savaşı sırasında Avrupa'da ebeveynlerinden ayrılan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar, anneden ayrılığın çocuklarda kaygı, depresyon ve sosyal uyum sorunlarını artırdığını göstermiştir (Seijo vd., 2016: 1614). Benzer biçimde, göç ve savaş nedeniyle annesizlik yaşayan çocukların uzun vadede travma sonrası stres bozukluğu, düşük akademik başarı ve davranışsal sorunlar yaşama olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Rizkalla vd., 2020: 8380). Bu bulgular, annesizliğin evrensel bir olgu olmakla birlikte, etkilerinin kültürel destek mekanizmaları, sosyal politika uygulamaları ve toplumsal değerlerle biçimlendiğini göstermektedir. Annesizlik olgusunun tarihsel ve kültürel bağlamda ele alınması, bu deneyimin evrensel olduğu kadar kültüre özgü farklılıklar taşıdığını ortaya koymaktadır. Geleneksel toplumlarda geniş aile desteği, annesizliğin olumsuz etkilerini kısmen azaltabilse de modern toplumlarda çekirdek aile yapısının baskınlığı nedeniyle annesizlik daha ciddi psikososyal sonuçlara yol açabilmektedir. Tarihsel araştırmalar, annesizliğin çocuk gelişimi üzerindeki etkilerini anlamada önemli dönüm noktaları olmuş ve günümüzde çocuk sağlığı hemşireliği ile ruh sağlığı hemşireliği alanındaki uygulamalara yön vermiştir (ElBarazi, 2025: 308).

Bağlanma Kuramı ve Annesizlik

Bowlby'nin (1969) bağlanma kuramı, çocuk ile bakım veren arasında oluşan güvenli bağın, bireyin yaşam boyu duygusal ve sosyal gelişimi üzerinde belirleyici bir unsur olduğunu vurgulamaktadır. Kurama göre, çocuk erken dönemde anne figürüyle güvenli bir ilişki kurduğunda stresle başa çıkma, sosyal etkileşim kurma ve özgüven geliştirme becerilerini daha sağlıklı biçimde kazanır. Annesizliğin veya annenin bakım işlevini sürdürememesinin bu bağın oluşumunu sekteye uğrattığı ve dolayısıyla çocuğun psikososyal uyumunu olumsuz etkilediği literatürde geniş biçimde desteklenmektedir (Mireault, Bearor ve Thomas, 2002: 100).

Erkek çocukları açısından güvenli bağlanma hem duygusal düzenleme hem de sosyal ilişkilerde istikrar sağlayan temel bir faktördür. Buna karşın güvensiz bağlanma geliştiren erkek çocuklarında öfke, saldırganlık, içe kapanma ve arkadaş ilişkilerinde uyumsuzluk gibi davranışsal sorunlar daha sık gözlemlenmektedir. Bu durum, annesizliğin erkek çocuklarında bağlanma dinamiklerini bozarak psikososyal riskleri artırdığını göstermektedir. Özellikle erken yaşta yaşanan kayıplar veya uzun süreli anneden ayrılıklar, güvenli bağlanmanın oluşumunu engelleyerek ilerleyen yaşam dönemlerinde ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Roque vd., 2013: 300).

Bağlanma kuramı çerçevesinde hemşirelik uygulamaları, annesiz çocuklarda güvenli bağın desteklenmesine odaklanmalıdır. Hemşireler, bakım sürecinde güvenli ilişkilerin kurulmasını teşvik eden müdahaleler, aile danışmanlığı ve sosyal destek mekanizmalarını devreye sokarak çocuğun psikososyal gelişimini güçlendirebilir. Bu yaklaşım yalnızca bireysel düzeyde değil, uzun vadede toplum sağlığının korunması açısından da önem taşımaktadır. Annesizliğin bağlanma üzerindeki etkilerinin anlaşılması hem klinik uygulamalarda hem de toplum temelli

hemşirelik programlarında stratejik planlama için kritik bir temel oluşturmaktadır (Viddal vd., 2015: 320).

Özgüven, Benlik Saygısı ve Sosyal İlişkiler Üzerindeki Psikososyal Etkiler

Annesizlik, çocukların psikososyal gelişimi üzerinde önemli ve kalıcı etkiler bırakmaktadır. Erken dönemde anne figüründen yoksun kalan çocuklarda özgüven ve benlik saygısı düzeylerinde belirgin düşüşler gözlemlenmektedir (Harris ve Orth, 2020: 1460). Bu çocuklar, kendi yeterliliklerini sorgulama, karar verme süreçlerinde tereddüt yaşama ve sosyal ortamlarda çekingen davranma eğilimindedir. Özgüven eksikliği, ilerleyen yaşam dönemlerinde sosyal etkileşimlerde uyum güçlüğüne, arkadaş ilişkilerinde izolasyona ve akran gruplarında reddedilme riskine yol açabilmektedir (Gunn, Huebner ve McCoy, 2018: 127).

Benlik saygısındaki azalma ve sosyal ilişkilerdeki bozulmaların yanı sıra annesizlik, davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkmasına da zemin hazırlamaktadır. Yapılan araştırmalar, annesiz erkek çocuklarında saldırganlık, öfke patlamaları, hiperaktivite ve kurallara uyumsuz davranışların daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (Vaudreuil vd., 2024: 1850). Ayrıca kaygı, depresyon ve duygusal yoksunluk gibi içsel sorunların da bu çocuklarda daha yoğun biçimde yaşandığı bildirilmektedir. Bu bulgular, annesizliğin yalnızca duygusal değil, aynı zamanda davranışsal ve sosyal boyutlarda da çocukların uyum süreçlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Ostad-Mohammadali vd., 2025: 2346).

Psikososyal etkilerin anlaşılması hem klinik hem de toplumsal müdahaleler açısından kritik öneme sahiptir. Hemşireler, annesiz çocuklarda özgüvenin ve sosyal becerilerin geliştirilmesine yönelik programlar, aile danışmanlığı ve sosyal beceri eğitimleri aracılığıyla psikososyal gelişimi destekleyebilir (Aykaç, Nacak ve

İkiz, 2025: 553). Bu yaklaşım, çocuğun yalnızca ruhsal sağlığını güçlendirmekle kalmayıp, sosyal uyumunu artırarak ilerleyen yaşamda karşılaşılabileceği riskleri azaltmayı hedeflemektedir. Dolayısıyla annesizliğin psikososyal etkilerinin anlaşılması hem bakım stratejilerinin belirlenmesi hem de toplum temelli destek sistemlerinin planlanması açısından önemli bir temel oluşturmaktadır (Özçelik, Yüksel ve Şahin, 2025: 50).

Annesiz Çocuklarda Okul Başarısı ve Arkadaş İlişkileri Üzerindeki Psikososyal Etkiler

Annesizlik, çocukların akademik performansı ve okul uyumu üzerinde belirgin etkiler yaratmaktadır. Erken dönemde anne desteğinden yoksun kalan çocuklar, dikkat, odaklanma ve öğrenme süreçlerinde güçlükler yaşayabilmekte; bu durum okul başarılarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Nasongo vd., 2025: 26). Özellikle erkek çocuklarında annesizlik deneyimi, motivasyon eksikliği, derslere ilgisizlik ve akademik başarısızlık riskini artıran bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Literatürde, annesiz veya ebeveynlerinden uzun süre ayrı kalan çocukların akademik başarı düzeylerinin, güvenli bağlanma yaşayan çocuklara kıyasla daha düşük olduğu belirtilmektedir (Ramsdal, Bergvik ve Wynn, 2015: 523).

Sosyal uyum ve arkadaş ilişkileri de annesizlikten olumsuz etkilenmektedir. Annesizlik yaşayan çocuklar, akranlarıyla iletişim kurmada güçlük, arkadaş edinmede isteksizlik ve grup içi çatışmalara daha yüksek eğilim göstermektedir (Wang, 2021: 512). Erkek çocukları, özellikle saldırgan davranışlar ya da içe kapanma gibi sosyal uyum sorunları sergileyebilir; bu durum, okul ortamında hem akran ilişkilerini hem de öğrenme süreçlerine katılımı sınırlayabilmektedir. Sosyal ilişkilerde yaşanan bu güçlükler, çocukların yalnızlık ve dışlanma deneyimlerini artırarak psikososyal

gelişimlerini daha da olumsuz etkileyebilmektedir (Boboce, 2023: 84).

Hemşirelik ve eğitim alanındaki uygulamalar, annesizlikten etkilenen çocukların akademik ve sosyal uyumlarını desteklemeye yöneliktir. Hemşireler, çocukların okul başarısını ve sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik programlar planlayabilir, aileleri ve öğretmenleri bu süreçte bilinçlendirebilir (Webster-Stratton ve Reid, 2004: 98). Ayrıca sosyal beceri eğitimi, grup terapileri ve bireysel danışmanlık uygulamaları, çocukların arkadaş ilişkilerinde ve okul ortamına uyum süreçlerinde sağlıklı bir gelişim göstermelerine katkı sağlamaktadır. Bu tür müdahaleler, çocukların hem bireysel gelişimini hem de sosyal işlevselliğini güçlendirmek açısından kritik öneme sahiptir (Li vd., 2024: 132).

Annesizlikte Erkek ve Kız Çocuklarında Cinsiyet Farklılıkları ve Erkek Çocuklarda Riskler

Annesizlik hem kız hem de erkek çocuklarını etkileyen evrensel bir deneyim olmakla birlikte, çocukların verdikleri tepkiler cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Yapılan araştırmalar, kız çocuklarının annesizlik karşısında daha içe dönük tepkiler sergilediğini; kaygı, depresyon ve sosyal çekingenlik gibi duygusal sorunların daha belirgin biçimde ortaya çıktığını göstermektedir (Abebe, 2010: 461). Buna karşılık erkek çocukları, annesizlik deneyimini çoğunlukla dışa dönük ve davranışsal yollarla ifade etme eğilimindedir. Bu farklılık, toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel beklentilerin erkek çocuklarının duygularını ifade etme biçimlerini şekillendirmesiyle açıklanmaktadır (Raby ve Anderson, 2025: 126).

Erkek çocuklarında annesizliğe bağlı olarak gözlenen risk faktörleri oldukça çeşitlidir. Bu çocuklarda saldırganlık, öfke kontrol sorunları, hiperaktivite ve disiplin problemleri gibi davranışsal bozukluklar daha sık rapor edilmektedir. Bazı erkek çocukları ise duygusal yoksunluk nedeniyle içe kapanma, sosyal izolasyon ve

akran ilişkilerinde uyumsuzluklar gösterebilmektedir. Bu risk faktörleri, çocuğun hem okul başarısını hem de sosyal adaptasyonunu olumsuz etkileyebilmekte ve uzun vadede psikososyal gelişim üzerinde kalıcı zorluklara yol açabilmektedir (Kıvılcım ve Doğan, 2014: 21).

Cinsiyet farklılıklarının anlaşılması hem klinik uygulamalar hem de hemşirelik ve eğitim alanındaki müdahaleler açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşireler ve eğitimciler, erkek çocuklarda saldırganlık, öfke veya içe kapanma gibi risk göstergelerini erken dönemde tanımlayarak uygun destek ve müdahaleleri planlamalıdır. Bu yaklaşım, çocukların psikososyal uyumunu güçlendirmeyi ve olumsuz gelişimsel sonuçları önlemeyi amaçlamaktadır (Danhouo, Khanlou ve Danhouo, 2018: 321). Bu bağlamda, annesiz erkek çocuklarına yönelik programların güvenli bağlanma ilişkilerini desteklemesi, sosyal becerilerin geliştirilmesine ve duygusal düzenleme stratejilerinin kazandırılmasına odaklanması gerekmektedir. Böylece hem kısa vadeli hem de uzun vadeli psikososyal riskler azaltılabilir ve çocukların gelişimsel potansiyelleri en üst düzeyde desteklenebilir (Abebe, 2010: 465).

Annesiz Çocuklarda Hemşirelik Yaklaşımı ve Psikososyal Destek

Annesizlik deneyimi yaşayan çocukların bakımında hemşirelik yaklaşımı, çocuk ve aile merkezli bir perspektifle yürütülmelidir. Bu yaklaşım, çocuğun duygusal, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını anlamayı, güvenli bağlanma ilişkilerini desteklemeyi ve aileyi sürece aktif olarak katmayı amaçlamaktadır (Zolkefli, 2024: 237). Hemşireler, annesiz çocukların günlük rutinlerinde destekleyici roller üstlenerek, duygusal yoksunluk ve kayıpların olumsuz etkilerini azaltabilirler. Aile merkezli bakım, çocuk ile bakım verenler arasında güvenli ilişkilerin kurulmasını sağlayarak

psikososyal uyumun güçlenmesine katkı sunmaktadır (Darkwah, Asumeng ve Daniel, 2017: 61).

Hemşirelerin danışmanlık, eğitim ve destek rolleri, annesiz çocukların gelişimsel ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılamada kritik öneme sahiptir. Danışmanlık süreci, çocuğun yaşadığı kayıp ve boşlukla başa çıkmasına yardımcı olurken; eğitim ve rehberlik, aileyi bilinçlendirme, uygun bakım stratejilerini öğretme ve sosyal destek mekanizmalarını devreye sokma işlevi görmektedir. Bu roller, çocuğun özgüvenini ve sosyal becerilerini güçlendirerek davranışsal ve duygusal sorunların azaltılmasında önemli bir yer tutmaktadır (Ostad-Mohammadali vd., 2025: 2350).

Okul ve toplum temelli hemşirelik girişimleri, annesiz çocukların sosyal çevrelerinde desteklenmesini sağlamaktadır. Okul hemşireleri ve toplum sağlığı hemşireleri, çocukların akademik performansını ve arkadaş ilişkilerini takip ederek gerektiğinde müdahale edebilmekte; grup terapileri, sosyal beceri eğitimleri ve bireysel danışmanlık programları planlamaktadır. Bu uygulamalar, çocuğun sosyal uyumunu ve toplumsal katılımını güçlendirerek, annesizliğin olumsuz etkilerini azaltmakta ve sağlıklı gelişimi desteklemektedir (Claassens, 2023: 66).

Hemşirelik yaklaşımının multidisipliner bir perspektifle ele alınması, annesiz çocukların hem bireysel hem de sosyal gelişimi üzerinde kalıcı ve olumlu etkiler yaratabilir. Hemşireler; aile, okul ve toplum düzeyinde yürütülen bütüncül müdahalelerle çocukların güvenli bağlanma, psikososyal uyum ve akademik başarılarını destekleyebilir. Bu bağlamda annesiz çocuklara yönelik hemşirelik uygulamaları, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplum sağlığı açısından da kritik bir rol oynamaktadır (Naidoo, Taylor ve Govender, 2019: 4).

Yöntem

Bu çalışma, literatür taramasına dayalı nitel bir derleme araştırması olarak tasarlanmıştır. Çalışmada, 2010–2025 yılları arasında yayımlanan Türkçe ve İngilizce makaleler incelenmiştir. Veriler, PubMed, ScienceDirect, Scopus, Google Scholar ve DergiPark veri tabanlarında “motherlessness”, “psychosocial development”, “boys”, “nursing approach” ve “child mental health” anahtar sözcükleri kullanılarak taranmıştır. Dahil edilme kriterleri; erkek çocuklarda annesizlik deneyimini psikososyal, davranışsal veya akademik açıdan ele alan, tam metin erişilebilir ve hakemli dergilerde yayımlanmış çalışmalar olarak belirlenmiştir. Uygun kriterleri karşılamayan, yalnızca klinik vaka bildirimlerine veya ebeveyn kaybının diğer nedenlerine odaklanan yayınlar dışlanmıştır. Elde edilen veriler tematik olarak analiz edilerek literatürdeki bulgular karşılaştırmalı biçimde tartışılmış ve hemşirelik uygulamaları açısından değerlendirilmiştir.

Tartışma

Annesizlik, çocukların psikososyal gelişimi üzerinde derin ve çok boyutlu etkiler yaratmaktadır. Literatürde, annesizliğin çocukların özgüven, benlik saygısı, sosyal ilişkiler ve davranışsal uyumları üzerinde olumsuz sonuçlara yol açtığı vurgulanmaktadır (Utami vd., 2025: 48). Özellikle erkek çocuklarının annesizliğin etkilerini daha belirgin biçimde yaşadığı; bu çocuklarda özgüven düzeylerinin düşük olduğu ve sosyal ilişkilerde zorluklar gözlendiği bildirilmektedir (Malik, Javed ve Mahmood, 2022: 16). Ayrıca, annesiz erkek çocuklarının akademik başarılarının olumsuz etkilendiği ve okul uyum sorunlarının sık görüldüğü belirtilmiştir (Dudak ve Kirenko, 2025: 41).

Annesizliğin çocukların psikososyal ve davranışsal gelişimi üzerindeki çok boyutlu etkileri, literatürde farklı biçimlerde rapor edilmiştir. Bazı araştırmalar erkek çocuklarının annesizlik karşısında daha saldırgan ve dışa dönük davranışlar sergilediğini bildirirken

(Chang vd., 2024: 952), diğer çalışmalar bu çocukların daha içe kapanık, kaygılı ve sosyal ilişkilerde çekingen olabileceğini ortaya koymaktadır (Cheung, 2021: 733). Bu farklılıklar, çocuğun yaşı, kültürel bağlamı, sosyal destek düzeyi ve çevresel koşulları gibi değişkenlerden kaynaklanabilmektedir.

Farklı çalışmaların karşılaştırılması, annesizliğin etkilerinin yalnızca bireysel değil, aynı zamanda çevresel ve kültürel faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Güçlü bir sosyal destek ağına sahip çocukların, riskli davranışlar sergilemek yerine uyum sağlayıcı stratejiler geliştirebildiği belirtilmektedir (Angelhoff vd., 2021: 102). Bu durum hem klinik hem de toplum temelli müdahalelerin çocuğun çevresel ve sosyal bağlamını dikkate alacak şekilde planlanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Klinik uygulamalardan elde edilen gözlemler, literatürde rapor edilen psikososyal risklerle büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Çocuk ve aile merkezli bakım uygulamaları sırasında gözlemlenen davranışlar, annesiz çocukların duygusal boşluk, güven eksikliği, saldırganlık ve içe kapanma gibi belirtiler gösterebildiğini ortaya koymaktadır (Lindsay ve MacCarthy, 2022: 190). Okul ve toplum temelli gözlemler de bu çocukların arkadaş ilişkilerinde uyum güclüğü yaşadıklarını ve akademik motivasyonlarında azalma görüldüğünü göstermektedir. Hemşirelerin erken müdahale ve danışmanlık girişimleri, bu risk davranışlarının azaltılmasında ve çocukların psikososyal uyumlarının desteklenmesinde kritik bir rol üstlenmektedir (King vd., 2024: 2035).

Klinik bulgular, ayrıca çocukların duygusal ve sosyal becerilerini geliştirecek müdahalelerin önemine işaret etmektedir. Grup terapileri, sosyal beceri eğitimleri ve aile danışmanlığı gibi hemşirelik temelli girişimler, annesiz çocukların güvenli bağlanma ilişkilerini güçlendirmekte ve özgüvenlerini artırmaktadır. Özellikle

erkek çocuklarda saldırganlık ve sosyal izolasyon gibi risklerin hem klinik hem de okul ortamında yakından izlenmesi, müdahale stratejilerinin bireyselleştirilmesini gerektirmektedir (Jin, 2024: 60).

Annesizlik deneyiminin çocuklar üzerindeki etkileri karmaşık ve çok boyutludur. Hem bireysel hem de çevresel faktörler, bu etkinin niteliğini belirlemektedir. Hemşirelik uygulamaları, bu etkileri azaltmak ve annesiz çocukların sağlıklı gelişimlerini desteklemek açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Hemşireler, multidisipliner yaklaşımlarla çocukların duygusal ve sosyal gelişimlerini destekleyerek riskleri minimize etmede ve sağlıklı gelişimi teşvik etmede merkezi bir rol üstlenmektedir.

Sonuç

Bu çalışma, annesizliğin erkek çocukların psikososyal, davranışsal ve akademik gelişimleri üzerinde önemli ve çok boyutlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Annesiz erkek çocuklar, özgüven, benlik saygısı, sosyal uyum ve akademik başarı alanlarında risk altında bulunmakta; saldırganlık, içe kapanma ve sosyal izolasyon gibi davranışsal belirtiler sergileyebilmektedir (Jin, 2024: 59). Kültürel ve tarihsel bağlam, aile yapısı ve sosyal destek mekanizmaları, annesizliğin etkilerini belirleyen kritik faktörlerdir. Literatürdeki tutarsız bulgular, çocukların yaşadığı çevresel ve sosyal koşulların önemini vurgulamaktadır (Sherpa vd., 2022: 21). Klinik gözlemler de literatür bulgularını destekler nitelikte olup, hemşirelik müdahalelerinin bu çocukların psikososyal uyumunu artırmada merkezi bir rol oynadığını göstermektedir (Malina ve Suwalska-Barancewicz, 2021: 2544).

Annesiz çocukların bakımında, çocuk ve aile merkezli yaklaşımın güçlendirilmesi önerilmektedir. Danışmanlık, eğitim ve destek programları ile çocukların güvenli bağlanma, sosyal beceriler ve özgüven gelişimi desteklenmelidir. Okul ve toplum temelli

girişimler, sosyal uyum ve akademik başarıyı artıracak şekilde planlanmalıdır.

Annesizliğin etkilerine ilişkin çalışmaların, farklı yaş grupları, kültürel bağlamlar ve sosyoekonomik koşullar dikkate alınarak genişletilmesi önemlidir. Uzunlamasına çalışmalar, annesizliğin çocukların yaşam boyu psikososyal gelişimi üzerindeki etkilerini daha iyi ortaya koyabilir. Ayrıca, hemşirelik müdahalelerinin etkinliği, kontrollü araştırmalarla değerlendirilmeli ve kanıta dayalı uygulama rehberleri oluşturulmalıdır.

Annesiz çocukların ihtiyaçlarının karşılanmasında hem sağlık profesyonelleri hem de eğitim ve sosyal hizmet alanındaki uzmanlar arasında iş birliği güçlendirilmelidir. Bu yaklaşım, çocukların hem bireysel hem de sosyal gelişimlerini bütüncül olarak desteklemeyi sağlanması gerektiği önerilmektedir.

Annesizliğin erkek çocuklar üzerindeki etkileri karmaşık ve çok boyutludur. Hem uygulama hem de araştırma alanında yapılacak sistematik çalışmalar ve bütüncül hemşirelik girişimleri, bu çocukların psikososyal ve akademik gelişimini destekleyerek, sağlıklı ve uyumlu bireyler olarak yetişmelerine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Çalışmamız yazar tarafından onaylanmıştır ve diğer yazarlar, kurumlar veya kuruluşlarla herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynakça

Abebe, T. (2010). Beyond the orphan burden: Understanding care for and by AIDS-affected children in Africa. *Geography Compass*, **4**(5), 460–474. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2009.00301.x>.

Aguirre, L. C., Jaramillo, A. K., Victoria, T. S., & Carvajal, A. B. (2024). Mental health consequences of parental death and its prevalence in children: A systematic literature review. *Heliyon*, **10**(2), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24999>.

Angelhoff, C., Sveen, J., Alvariza, A., Weber-Falk, M., & Kreicbergs, U. (2021). Communication, self-esteem and prolonged grief in parent–adolescent dyads following the death of a parent to cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, **50**(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101883>.

Aral, N., Gürsoy, F., & Dizman, H. A. (2006). Comparison of depression in children with and without mothers. *Psychological Reports*, **99**(2), 619–629. <https://doi.org/10.2466/pr0.99.2.619-629>.

Aykaç, C., Nacak, S., & İkiz, F. E. (2025). Tek ebeveynli çocuklarda bağlanma sorunları ve psikolojik danışmanın rolü. *Ases Ulusal Sosyal Bilimler Dergisi*, **5**(1), 551–568. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15720908>.

Batki, A. (2018). The impact of early institutional care on emotion regulation: Studying the play narratives of post-institutionalized and early adopted children. *Early Child Development and Care*, **188**(12), 1801–1815. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1289190>.

Boboceă, D. (2023). The attachment relationship and effects of parent–child separation on school adjustment. *Revista Românească pentru Educație Multidimensională*, **15**(3), 83–97. <https://doi.org/10.18662/rrem/15.3/755>.

Chang, T. F., Kniess, D., Buschlen, E., & Fernandez, G. (2024). Psychosocial adjustment of adolescent boys from inner-city, low-income, single-mother families: Evaluation of a youth program. *Child and Adolescent Social Work Journal*, **41**(6), 951–962. <https://doi.org/10.1007/s10560-023-00928-x>.

Chen, W. (2025). Problem-solving skills, memory power, and early childhood mathematics: Understanding the significance of early childhood mathematics in an individual's life. *Journal of the Knowledge Economy*, **16**(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/s13132-023-01557-6>.

Cheung, R. Y. (2021). Constructive interparental conflict and child adjustment in the Chinese context: A moderated mediation model of emotional security and disintegration avoidance. *Journal of Child and Family Studies*, **30**(3), 733–745. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01851-w>.

Claassens, L. J. (2023). Sometimes I feel like a motherless child: Considering the metaphor of divine adoption in the context of trauma. *Religions*, **14**(1), 66–78.

<https://doi.org/10.3390/rel14010066>.

Danhoundo, G., Khanlou, N., & Danhoundo, M. (2018). Turning the tide: An ethnographic study of children's experiences following the death of their father in Ouagadougou. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, **14**(1), 321–336.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-64838-5_18.

Darkwah, E., Asumeng, M., & Daniel, M. (2017). Caring for parentless children: An exploration of work stressors and resources experienced by caregivers in children's homes in Ghana. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, **8**(2), 59–89. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs82201717850>.

Deneault, A. A., Hammond, S. I., & Madigan, S. (2023). Child–parent attachment in early childhood and prosociality: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, **59**(2), 236–255.

<https://doi.org/10.1037/dev0001484>.

Dudak, A., & Kirenko, J. (2025). Psychosocial predictors of the sense of coherence in adolescents and young adults raised by single fathers. *Przegląd Badań Edukacyjnych (Educational Studies Review)*, **49**(1), 41–60. <https://doi.org/10.12775/PBE.2025.004>.

Ebingbo, S. O., Nnama-Okechukwu, C. U., Onalu, C. E., & Agha, A. A. (2023). Perceived adequacy of material support systems available to childless older adults in southeastern Nigeria: Implications for social workers. *Ageing International*, **48**(4), 1028–1048. <https://doi.org/10.1007/s12126-022-09514-5>.

ElBarazi, A. S. (2025). The association between childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among young adults in northern Syria. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, **18**(2), 305–317. <https://doi.org/10.1007/s40653-025-00701-5>.

Farella Guzzo, M., & Gobbi, G. (2023). Parental death during adolescence: A review of the literature. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, **87**(4), 1207–1237. <https://doi.org/10.1177/00302228211033661>.

Gunn, J., Huebner, C. G., & McCoy, K. (2018). Perceptions of adult women on losing their mothers at an early age: Implications for nursing care during childbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, **43**(3), 126–132. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000429>.

Harris, M. A., & Orth, U. (2020). The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, **119**(6), 1459–1468. <https://doi.org/10.1037/pspp0000265>.

Jin, Z. (2024). The influence of paternal absence during childhood on women's self-esteem and self-efficacy: A perspective paper. *Journal of Psychology and Behavior Studies*, 4(1), 57–68. <https://doi.org/10.32996/jpbs.2024.1.7>.

Kıvılcım, M., & Doğan, D. G. (2014). Çocuk ve ölüm. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 21(1), 21–80. <https://doi.org/10.7247/jtomc.2014.1728>.

King, C., Burgess, R. A., Bakare, A. A., Shittu, F., Salako, J., Bakare, D., & Uchendu, O. (2024). Effect of a participatory whole-systems approach on mortality in children younger than 5 years in Jigawa State, Nigeria: The INSPIRING trial. *The Lancet Global Health*, 12(12), e2035–e2048. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)10188-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)10188-3).

Kuipers, Y. J., van Beeck, E., Cijssouw, A., & van Gils, Y. (2021). The impact of motherhood on the course of women's psychological wellbeing. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100216>.

Lansford, J. E. (2022). Cross-cultural similarities and differences in parenting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 466–479. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13539>.

Li, Y., Li, X., Liu, Y., & Li, Y. (2024). Application effect of the BOPPPS teaching model on fundamentals of nursing education: A

meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, **11**(2), 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1319711>.

Lindsay, M., & MacCarthy, D. (2022). Caring for the brothers and sisters of a dying child. In A. Editör & B. Editör (Ed.), *Care of the child facing death* (ss. 189–206). London: Routledge.

Malik, A. S., Javed, N., & Mahmood, A. (2022). Influence of sociodemographic factors on the social development and self-esteem of adolescents: A comparative study of single- and two-parent households. *Journal of Management Practices, Humanities and Social Sciences*, **6**(1), 16–27. <https://doi.org/10.33152/jmphss-6.1.3>.

Malina, A., & Suwalska-Barancewicz, D. (2021). Comparison of early-stage mothers and childless women seeking pregnancy: Experienced stress, resilience, and satisfaction with relationship with the partner. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **18**(5), 2543–2565.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052543>.

Markosyan, A. (2023). Exploring the impact of caregiver separation in childhood on adult anxiety, attachment style, and emotion regulation and the role of substitute caregivers, *Doctoral dissertation, Alliant International University*, California, United States, 210 pp.

Mireault, G., Bearor, K., & Thomas, T. (2002). Adult romantic attachment among women who experienced childhood maternal

loss. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, **44**(1), 97–104.
<https://doi.org/10.2190/CV3U-13Y1-G3NG-EJ15>.

Mutcherson, K. (2022). Take the motherless children off the street: Fetal alcohol syndrome and the criminal justice system. *Beyond Death*, **29**(2), 13–33. <https://doi.org/10.30861/9781407360430>.

Naidoo, S., Taylor, M., & Govender, D. (201

9). Nurses' perception of the multidisciplinary team approach of care for adolescent mothers and their children in Ugu, KwaZulu-Natal. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, **11**(1), 1–11. <https://hdl.handle.net/10520/EJC-1723a23a0b>.

Nasongo, J., Wamocha, L., Khasakhala, E., Poipoi, M., Musera, G., Ali, U., & Kemei, J. (2025). The psychosocial support offered to pregnant teenage girls and teenage mothers in Bungoma County (2019–2021). *Athens Journal of Psychology*, **1**(1), 25–36.
<https://doi.org/10.30958/ajpsy.1-1-1>.

Ostad-Mohammadali, F., Khodabakhshi-Koolaee, A., & Hosseini-Almadani, S. A. (2025). Living with emotional deprivation: Investigating the primary representations of mother–child interaction in female patients with psychosomatic disorders. *International Journal of Body, Mind & Culture*, **12**(1), 24–48.
<https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i1.706>.

Özçelik, T., Yüksel, T. E., & Şahin, M. K. (2025). Tek ebeveynli olmak bir dezavantaj mı? İki ebeveynli ailelerin görüşleri. *Sosyal*

Politika Çalışmaları Dergisi, **25**(66), 47–78.
<https://doi.org/10.21560/spcd.vi.1398412>.

Perlin, M. L., & Cucolo, H. E. (2022). Take the motherless children off the street: Fetal alcohol syndrome and the criminal justice system. *University of Miami Law Review*, **77**(2), 561–575.
https://digitalcommons.nyls.edu/fac_articles_chapters/1587.

Raby, S., & Anderson, J. R. (2025). Is this the family path? Understanding the lived experience of motherhood for women who have lost their own mother to suicide. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, **91**(1), 126–146.
<https://doi.org/10.1177/00302228251317371>.

Ramsdal, G., Bergvik, S., & Wynn, R. (2015). Parent–child attachment, academic performance and the process of high-school dropout: A narrative review. *Attachment & Human Development*, **17**(5), 522–545. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1072224>.

Rizkalla, N., Mallat, N. K., Arafa, R., Adi, S., Soudi, L., & Segal, S. P. (2020). Children are not children anymore; they are a lost generation: Adverse physical and mental health consequences on Syrian refugee children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **17**(22), 8378.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17228378>.

Roque, L., Veríssimo, M., Fernandes, M., & Rebelo, A. (2013). Emotion regulation and attachment: Relationships with children's

secure base during different situational and social contexts in naturalistic settings. *Infant Behavior and Development*, **36**(3), 298–306. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.03.003>.

Saracho, O. N. (2023). Theories of child development and their impact on early childhood education and care. *Early Childhood Education Journal*, **51**(1), 15–30. <https://doi.org/10.1007/s10643-021-01271-5>.

Seijo, D., Fariña, F., Corras, T., Novo, M., & Arce, R. (2016). Estimating the epidemiology and quantifying the damages of parental separation in children and adolescents. *Frontiers in Psychology*, **7**(1), 10-25. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01611>.

Sherpa, S. Z., Samdrup, R., Drukda, J., Wangchuk, K., Wangmo, U., & Norbu, W. (2022). Students' perspectives on parental involvement in children's education: A case study of at-risk secondary school students in Punakha Dzongkhag. *Bhutan Journal of Research and Development*, **11**(2), 21–38. <https://doi.org/10.17102/bjrd.rub.11.2.030>.

Spitz, R. A. (2017). Hospitalism. In *Successful group care* (ss. 133–155). Routledge.

Utami, M. P. U. M. P., Kalsum, U., Azhara, S., Shofawati, D. Z. K., & Idris, J. (2025). Socialization of the Islamic-based existential humanistic approach in preventing fatherlessness and motherlessness among prospective spouses. *Transformatif: Jurnal*

Pengabdian Masyarakat, 6(1), 47–66.
<https://doi.org/10.22515/tranformatif.v6i1.9517>.

Vanderlei, C. F., Rivera, G. A., & da Silva, J. A. (2023). Psychological profile of mothers who lost children due to violence. *Journal of Psychological Perspective*, 5(2), 91–96.
<https://doi.org/10.47679/jopp.525772023>.

Vaudreuil, C., Abel, M. R., Barnett, Y., DiSalvo, M., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2024). A pilot controlled trial of relaxation training combined with a video game reinforcing emotional regulation to improve anger management in children and adolescents. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 52(12), 1847–1859.
<https://doi.org/10.1007/s10802-024-01259-w>.

Vicedo, M. (2011). The social nature of the mother's tie to her child: John Bowlby's theory of attachment in post-war America. *British Journal for the History of Science*, 44(3), 401–426.
<https://doi.org/10.1017/S0007087411000318>.

Viddal, K. R., Berg-Nielsen, T. S., Wan, M. W., Green, J., Hygen, B. W., & Wichstrøm, L. (2015). Secure attachment promotes the development of effortful control in boys. *Attachment & Human Development*, 17(3), 319–335.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2014.999098>.

Wang, R. (2021). The influence of attachment types on academic performance of children. In Proceedings of the 4th International

Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021) (ss. 512–517). Atlantis Press.
<https://doi.org/10.2991/assehr.k.211220.087>.

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children: The foundation for early school readiness and success. *Infants & Young Children*, **17**(2), 96–113.

Zolkefli, Y. (2024). The nurse's role in supporting psychosocial care of forgotten children. *SAGE Open Nursing*, **10**(2), 237–285.
<https://doi.org/10.1177/23779608241233862>.

BÖLÜM 6

FARKLI YOLLARLA DOĞUM YAPAN ANNELER İÇİN GÜNCEL EMZİRME EĞİTİM YAKLAŞIMLARI

SUMAYA SIDDIQUE AHMED¹
MÜGE SEVAL²

Giriş

Emzirme, yenidoğan bebekler için yalnızca doğal ve ideal bir beslenme yöntemi değil, aynı zamanda sağlıklı besine erişimin en güvenilir yolu ve altın standart bir kaynak olarak değerlendirilmektedir (Kilci ve Sevil, 2021:230). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşamın ilk 6 ayında yalnızca anne sütüyle beslenmeyi ve tamamlayıcı besinlerin 6. aydan itibaren başlamasıyla

¹ Öğrenci, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Çocuk Sağlık ve Hastalıkları Hemşireliği, Orchid: 0009-0002-8545-2905

² Dr. Öğr. Üyesi,
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimler fakültesi, Çocuk Sağlık ve Hastalıkları Hemşireliği, Orchid: 0000-0003-1917-285X

birlikte emzirmenin iki yaş ve ötesine kadar sürdürülmesini önermektedir (DSÖ,2023: 2-3).

Anne sütü, doğanın sunduğu en kıymetli besinlerden biri olarak adeta doğal bir ilaç niteliği taşımakta ve bebekler için çok yönlü faydalar sağlamaktadır. Anne sütüyle beslenen bebeklerin enfeksiyonlara karşı daha dirençli olduğu; bu bebeklerde kulak enfeksiyonları, solunum yolu hastalıkları ve gastrointestinal enfeksiyonların daha az görüldüğü bildirilmektedir (Inderstrodt ve ark., 2024:311). Ayrıca, Tip 1 Diyabet, çocukluk çağı lösemisi ve astım gibi kronik hastalıklara yakalanma riskinin de daha düşük olduğu bilinmektedir (Bernstein ve ark., 2024:1). Anne sütünün yararları yalnızca bebekle sınırlı kalmayıp; emziren anneler de kardiyovasküler hastalıklar, meme ve over kanserleri ile Tip 2 Diyabet gelişme riskinin de azaldığı bilimsel çalışmalarla ortaya konulmaktadır (Russell ve King, 2025:1).

Dünya genelinde yaşamın ilk altı ayında yalnızca anne sütü ile beslenme oranı son on yılda 10 puanlık bir artış göstererek 2023 yılında %48'e ulaşmıştır. Annelerin %71'i bebeklerini en az bir yıl boyunca emzirmeye devam etse de bu oran bebekler iki yaşına geldiğinde %45'e kadar düşmektedir (DSÖ & UNICEF, 2023:2).

Emzirme oranlarındaki düşüş, çeşitli bireysel ve çevresel faktörlerle yakından ilişkilidir. Bu faktörler arasında annenin emzirmeye yönelik tutumu, yaşı, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, sosyoekonomik durumu, emzirme konusundaki bilgi düzeyi, anne sütü yetersizliği algısı, işe dönüş süreci, meme ağrısı, yetersiz emzirme desteği ve doğum şekli yer almaktadır (Titaley ve ark., 2021:2; Wong ve ark., 2021:3). Özellikle doğum şeklinin, emzirme uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (Ulfa ve ark., 2023:2).

Anneler için emzirme eğitimi sunulması, emzirme oranlarının artırılmasında etkili olmakta ve emzirme sürecinde karşılaşılan

yaygın sorunların çözümüne katkı sağlamaktadır (Wong ve ark., 2021:3). Ayrıca, annelerin emzirme konusundaki bilgi düzeyinin artması, bebek beslenmesine ilişkin tutumlarını genellikle olumlu yönde etkilemektedir (Davis, 2021). Bu eğitimin büyük bir kısmı geleneksel yüz yüze eğitimlerden oluşmaktadır. Ancak, geleneksel yüz yüze eğitim zaman ve mekân açısından sınırlılıklar yaratabilmektedir. Buna karşılık, teknoloji tabanlı emzirme eğitimi; istenilen zaman ve yerde kolay erişilebilir olması, sürekli bilgi desteği sunması ve video, animasyon ve Web gibi çeşitli yöntemlerle zenginleştirilmiş içerikler sunması açısından önemli avantajlar sağlamaktadır (Acar ve Şahin, 2024; 52-53 Büyük ve ark.,2023:417-418). Bu sayede, annelerin emzirme konusundaki tutumlarının olumlu yönde değiştiği bildirilmektedir (Bektas, 2021:40-43).

Literatürde, hemşirelerin emzirmeye yönelik bilgi ve tutumlarının, emzirmeyi teşvik etme ve destekleme süreçlerinde önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır. Hemşireler, doğum öncesi dönemde emzirme eğitimi vererek, doğum sonrası erken dönemde emzirmeye başlama sürecine rehberlik ederek ve doğum sonrası sağlık eğitimi programları düzenleyerek annelerin emzirme tutumlarını olumlu yönde etkilemektedir (Khasawneh ve ark., 2023; Akın ve ark., 2021:472-473).

Bu bağlamda, çocuk hemşirelerinin emzirme eğitiminde güncel yöntemler kullanarak, anlatım ve uygulamayı birleştiren video temelli emzirme eğitimleriyle özellikle primipar annelere etkili emzirme tekniklerini öğretmeleri ve bebeklerini anne sütü ile beslemeye yönelik tutumlarını geliştirmeleri desteklenmektedir (Acar & Şahin, 2024:51-53; Durmazoğlu & Okumuş, 2019:23-26).

Emzirme Epidemiyolojisi

Dünya genelinde, yaşamın ilk altı ayında yalnızca emzirme oranları son on yılda % 10 puanı artmış ve 2023 yılı itibarıyla %48'e ulaşmıştır (DSÖ & UNICEF, 2023:2). Emzirme oranlarının artırılması ile, her yıl beş yaş altı 820.000'den fazla çocuğun hayatını kurtarabilmektedir (Ouyang, 2024:103988). Bir epidemiyolojik çalışmada, düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde 6 aydan küçük çocukların yalnızca %37'sinin anne sütüyle beslenirken, yüksek gelirli ülkelerde bu oranın %63 olduğunu ortaya koymuştur (Tseng ve ark., 2020:2). Türkiye'de ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre; altı aydan küçük bebeklerin sadece %41'inin anne sütüyle beslendiği ve altıncı aydan sonra bu oranın hızla azaldığı bildirilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA], 2018:8) Bu veriler, 0-1 aylık bebeklerde %59, 2-3 aylık bebeklerde %45, 4-5 aylık bebeklerde ise %14 oranında olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, 6 aydan küçük bebeklerin %23'ünün anne sütü dışında süt ile beslendiği, %12'sinin ise anne sütüne ek olarak başka gıda aldığı ifade edilmektedir (Duman & Gölbaşı, 2022:140-141). Tüm uluslararası ve ulusal çabalara rağmen, anne sütünün yaygınlaştırılması ve teşvik edilmesi yönündeki çabalar, emzirme oranlarının istenilen düzeyin altında kalmaktadır (Bülbül ve Menekşe, 2024).

Emzirme (Laktasyon) Fizyolojisi

Emzirme (Laktasyon), bebeklerin beslenmesi için hayati önem taşıyan süt sentezi ve sekresyonunu içeren karmaşık bir fizyolojik süreçtir. Bu süreç dört ana aşamadan oluşmaktadır: mogenez, laktogenez, galaktopoez ve involüsyon. Her bir aşama, annedeki çeşitli hormonlar (Tablo1) ile fizyolojik değişikliklerden etkilenmektedir (Lawrence, 2022:58-68).

Mammogenez: Embriyonal yaşamın yaklaşık 32. gününde başlayarak meme bezlerinin gelişimi ve gebelik boyunca östrojen ve

progesteron hormonları etkilerle birlikte yapısal değişiklikler meydana gelmektedir (Mukherjee ve ark., 2023:673-674).

Laktogenez: Gebelik sürecinde kolostrum üretimi ile başlayıp doğum sonrasında olgun süt üretimine geçiş ile devam eden, hormonlara bağlı bir süreçtir. Bu geçiş, özellikle plasentadan salgılanan steroid hormonların ortadan kalkmasıyla tetiklenen hormonal değişiklikler sonucunda gerçekleşmektedir (Uçar & Yılmaz, 2020; (89) Sriraman, 2017: 306-309; Lawrence, 2022: 58-68).

Galaktogenez: Bu evre, doğumdan sonraki yaklaşık 9.günden itibaren son laktasyona kadar devam eden bir süreçtir. Emzirme uyarılarıyla tetiklenen nöroendokrin refleksler sonucunda oksitosin ve prolaktin salınımı gerçekleşmekte ve bu durum süt üretimini desteklemektedir (Uçar & Yılmaz, 2020:88; Mukherjee ve ark., 2023:673-674).

İnvölüsyon: Emzirmenin son evresidir. Bu süreçte meme bezlerinde inhibitör peptidlerin birikmesiyle birlikte süt salgısı giderek azalır ve nihayetinde sona erer. Aynı zamanda, meme dokusunda yeniden yapılanma (remodeling) mekanizmaları devreye girerek glandüler yapılar geriletilir (Erçin & Köseoğlu, 2022:95-96; Mukherjee ve ark., 2023:673-674).

Tablo 1. Emzirme Sürecine Katılan Hormonlar

Hormon	Tepki
Prolaktin	Meme ucu ve areolanın büyümesi
İnsan plasental laktojeni	Kanallar ve glandüler sistemin proliferasyonu ve farklılaşması
Östrojen	Loblar, lobüller ve alveollerin büyümesi
Progesteron	Laktasyonun ve süt salgısının inhibisyonu
Östrojen ve progesteron azalması (plasenta çıkarılması)	Prolaktin inhibisyonunun ortadan kalkması
Prolaktin artışı	Süt sentezi
Oksitosin (emzirme)	Süt çıkarma refleksi (MER) ve myoepitelyal hücre kontraksiyonu

Kaynak: Sriraman N. K. (2017). *The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(12), 305–310. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.10.001>

Başarılı Emzirme İçin 10 Adım ilkeleri

1. Kuruluşta çalışan tüm sağlık görevlilerine düzenli olarak iletilen, yazılı bir emzirme politikası oluşturmak.
2. Bu politikayı yürütmek için gerekli becerileri tüm sağlık görevlilerine kazandırmak üzere bir eğitim programı hazırlamak.
3. Tüm hamile kadınları emzirmenin yararları ve uygulaması hakkında bilgilendirmek.
4. Annelere doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için yardım etmek.
5. Annelere nasıl emzireceklerini göstermek bebeklerinden ayrı kalsalar da, emzirmeyi nasıl sürdürebileceklerini öğretmek.

6. Tıbbi bir gereksinme olmadıkça yenidoğana anne sütü dışında herhangi bir yiyecek ya da içecek vermemek.
7. Anne ve bebeğin 24 saat aynı odada kalmasını sağlamak (Rooming- in).
8. İsteğe bağlı emzirmeyi özendirmek.
9. Anne sütü ile beslenen bebeklere biberon veya yalancı emzik vermemek.
10. Anneleri, taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam edebilmeleri, karşılaşılabilecekleri sorunları çözebilmeleri, bebeklerinin ve kendilerinin kontrollerini yaptırabilmeleri açısından başvurabilecekleri sağlık kuruluşları ve emzirme destek grupları hakkında bilgilendirilmek (Özdemir & Yılmaz, 2019:69-72).

Anne Sütü

Yenidoğana sadece anne sütü ile emzirme (*exclusive breastfeeding*): yaşamın ilk altı ayında bebeklerin su, formül mama, meyve suyu, bal, çay suyu gibi sıvılar; muz, papaya, sütlü mama, bisküvi, pirinç lapası ve püre gibi katı gıdalar da dahil olmak üzere herhangi bir ek sıvı veya katı gıda almaksızın yalnızca anne sütü ile beslenmesini ifade etmektedir. Bu uygulama, anne sütünün bebek, anne, aile ve toplum üzerindeki çok boyutlu yararlarına ilişkin güçlü bilimsel kanıtlar temelinde, uluslararası kılavuzlar tarafından önerilmektedir (Widyawati ve ark., 2024:10).

Anne sütü, normal büyümeyi destekleyen ve immünolojik gelişime katkı sağlayan hem besleyici hem de besleyici olmayan bileşenler içermektedir. Besleyici bileşenler, makro besin ögeleri (karbonhidrat, protein ve yağ) ile mikro besin ögeleri (mineraller ve vitaminler) olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır. *Tablo 2’de*, anne sütü bileşenleri ve konsantrasyonları ayrıntılı olarak sunulmuştur (Chong ve ark., 2022:3554).

Tablo 2. İnsan Sütü Bileşenleri ve Konsantrasyonları

Su	87–88%	
Makro besin öğeleri		
Protein	1% (8–10 g/L)	
Karbonhidratlar	7% (60–70 g/L)	
Yağ	3.8% (35–40 g/L)	
Mikro besin öğeleri		
Yağda çözünen vitaminler		
Vitamin A	0.3–0.6 mg/L	
Vitamin D	40 IU/L	
Vitamin E	3–8 mg/L	
Vitamin K	2–3 µg/L	
Suda çözünen vitaminle		
Ascorbic acid	100 mg/L	
Vitamin B1	200 µg/L	
Vitamin B2	0.35–0.39 mg/L	
Niacin	1.8–6 mg/L	
Vitamin B6	0.09–0.31 mg/L	
Vitamin B12	0.5–1 µg/L	
Folate	80–140 µg/L	
Mineraller		
	Kolostrum	Olgun Süt
Kalsiyum	250 mg/L	200–250 mg/L
Magnezyum	30–35 mg/L	30–35 mg/L
Fosfor	120–160 mg/L	120–140 mg/L
Sodyum	300–400 mg/L	150–250 mg/L
Potasyum	600–700 mg/L	400–550 mg/L
Demir	05–1.0 mg/L	0.3–0.7 mg/L
Klorür	600–800 mg/L	400–450 mg/L
Çinko	5–12 µg/L	1–3 µg/L

Kaynak: Chong, H. Y., Tan, L. T. H., Law, J. W. F., Hong, K. W., Ratnasingam, V., Ab Mutalib, N. S., ... & Letchumanan, V. (2022). Exploring the potential of

Bebek için anne sütünün yararları

- Bağışıklık koruması: Anne sütü, enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan immünoglobulinler (örneğin, sekretuar IgA), lizozim, laktoferrin gibi bağışıklık faktörleri içerir. Solunum yolu ve sindirim sistemi enfeksiyonlarını azaltır ve bebeğin bağışıklık sisteminin gelişimine destek olur.
- Kronik hastalık riskinin azalması: Uzun süre emzirme, alerji, astım, tip 2 diyabet, obezite ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları riskini azaltır.
- Büyüme ve gelişim: Anne sütü, büyüyen bebeklerin değişen besin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde adapte olur, sağlıklı kilo alımını destekler ve metabolik sağlığı iyileştirir.
- Bilişsel faydalar: Daha uzun süre emzirme, daha yüksek zeka puanları, dil becerilerinde iyileşme ve beyin gelişiminde artış ile ilişkilidir.
- Hastane yatışlarının ve ölümlerin azalması: 6 aydan sonra emzirmeye devam edilmesi, enfeksiyonlara bağlı hastane yatış oranlarını ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltır.
- Ağız ve diş sağlığı: Emzirme, çene ve diş gelişimini destekler. Ancak, iyi ağız hijyeni sağlanmazsa uzun süreli emzirme çürük riskini artırabilir.
- Biyokimyasal uyum: Anne sütü, bebeğin değişen ihtiyaçlarına uyum sağlayarak besleyici ve koruyucu faydalar sağlamaya devam eder (Froń & Orczyk-Pawłowicz, 2024 43:1-2; Hodgson ve ark., 2024: 363-364:).

Anne için yararları

- Doğumun hemen emzirmenin başlatılması, anne ile bebek arasında bağı güçlendirmektedir.
- Emzirme süresince östrojen düzeylerindeki baskılanma, annede over ve meme kanseri riskinin anlamlı ölçüde azalmasına katkı sağlamaktadır.
- Tip 2 diyabet gelişiminde emzirmenin süresine bağlı olarak koruyucu bir etkisi sağlamaktadır.
- Menopozdan sonra kadınlarda osteoporoz ve multipl skleroz gibi hastalıkların gelişme riski belirgin şekilde azalmaktadır.
- Emzirme, uterin involüsyon sürecini hızlandırarak postpartum hemoraji riskinin azalmasına katkıda bulunmaktadır.
- Emzirme ile salınan endorfin hormonu ile anne kendini daha iyi hisseder, öz güveni artar ve bebeğe karşı terk etme duygusu daha az görülmektedir.
- Emziren annenin hiçbir ek gıda vermeden bebeğini gece ve gündüz olacak şekilde doğru aralıklarla emzirmesi ovulasyonu baskılar ve doğum sonrası ilk altı ay boyunca doğal doğum kontrolünü sağlamaktadır

(Del Ciampo, & Del Ciampo, 2018,355-357; Erçin & Köseoğlu, 2022:95-96).)

Emzirmeye etkileyen faktörleri

Emzirme, anne ve bebek sağlığı açısından birçok önemli faydaları rağmen, çeşitli faktörler bu uygulamanın önünde engel teşkil edebilmektedir. Bu engellerin belirlenmesi, emzirme oranlarının artırılması açısından kritik öneme sahiptir.

Bireysel Faktörler

Meme ucunda çatlak, ağrı ve mastit gibi sorunlar annelerin emzirmeyi bırakmasına ya da emzirmenin sürekliliğini sağlamada güçlük yaşamasına yol açabilmektedir (Flávia ve ark., 2023:186.). Bunun yanı sıra, anne ve bebeğe ait sağlık sorunları da emzirmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle bebeklerde görülen meme reddi, ankiloglossi (dil bağı), yarık dudak veya damak anomalileri ile preterm doğum gibi durumlar emzirmenin başlaması ve sürdürülmesinde önemli engeller oluşturmaktadır (Dündar, 2021:60).

- **Deneyim eksikliği**

İlk kez anne olanlar, emzirme teknikleri, bebeğin doğru şekilde memeyi kavramasını ve uygun pozisyonları belirlemede zorluklar yaşayabilir ve bu durum erken dönemde emzirmeyi bırakmalarına yol açabilmektedir (Flávia ve ark., 2023:186).

- **Sosyoekonomik**

Annenin eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma koşulları, sağlık hizmetlerine erişim imkânı ve yaşam koşulları emzirme üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Özellikle işe dönüş sürecinde, işyerinde süt sağma alanlarının bulunmaması, uygun molaların verilmemesi veya esnek çalışma saatlerinin sağlanmaması, annelerin emzirmeyi sürdürmesini zorlaştırabilmektedir (Flávia ve ark., 2023:186).

- **Destek Sistemleri**

Hastanede ya da evde yeterli desteğin bulunmaması, annenin emzirme sürecini olumsuz etkilemekte ve emzirme eğitimi almayan annelerde erken süten kesmeye yol açabilmektedir (Vieira ve ark., 2021:1). Bu bağlamda, bebek dostu hastaneler önemli bir rol üstlenmekte ve annelere doğum sonrası dönemde kapsamlı destek sağlamaktadır. Özellikle gebelik döneminde gerçekleştirilen eğitimler; doğum sonrası ten tene temasın sağlanması, eş desteğinin artırılması, emzirmenin daha erken başlatılması ve emzirme süresinin uzatılması üzerinde olumlu etkiler göstermektedir (Dündar, 2021:60).

- **Kültürel normlar**

Toplunun emzirmeye ilişkin tutumu, annelerin emzirme sürecini sürdürme ya da sonlandırma kararlarını önemli ölçüde şekillendirmektedir. Kültürel normlar; emzirmenin sosyal kabul düzeyi, halka açık alanlarda emzirme konusundaki algılar, geleneksel uygulamalar ve toplumsal beklentiler gibi unsurları kapsamaktadır (Vieira ve ark., 2021:1). Ayrıca, toplumun emzirmeye yönelik genel bakış açısı ve emzirme ile ilgili yaygın mitlere duyulan inanç da annelerin emzirme tutumlarını ve emzirmeyi sürdürme davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Dündar, 2021:60).

Bu faktörler anneler için önemli zorluklar oluşturmaktadır. Bununla birlikte, özellikle doğum şeklinin emzirme uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. (Ulfa ve ark., 2023:2).

Doğum Türünün Emzirme Sürecine Etkileri:

Doğum şekli, anne sütü salınımı ve emzirme süreci üzerinde önemli bir belirleyici olarak rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar, normal doğum yapan annelerin sezaryen ile doğum yapanlara kıyasla emzirme başarısının daha yüksek olduğunu ve emzirmeye daha erken başladıklarını ortaya koymaktadır (Erçin & Köseoğlu, 2022: 95-96).

Normal doğum yapan annelerin emzirmeye daha erken başlamalarının nedenlerinden biri, doğum sonrası birkaç saat içerisinde günlük aktivitelerine dönebilme yetilerinin daha hızlı olmasıdır. Bu durum, yenidoğanın erken emzirilmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, süt salınımını destekleyen hormonal yanıtların, özellikle oksitosin salınımının, normal doğum sırasında daha etkin biçimde gerçekleştiği bildirilmektedir (Sorkhani ve ark., 2021:730; Akın & Erbil, 2020:303-304). Bununla birlikte, plasental dokuların tam olarak atılamaması, maternal diyabet varlığı veya travmatik vajinal doğum gibi durumlar, laktogenez evre II'nin gecikmesine neden olarak emzirme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Pillay & Davis, 2023:1-2).

Buna karşılık, sezaryen doğumda annenin yaşadığı yorgunluk ve ağrı, anesteziye bağlı olarak anne ile bebeğin geç temas kurması, annenin fiziksel kısıtlılıkları ve iyileşme sürecinin uzunluğu gibi faktörler, laktogenez evre II'nin gecikmesine yol açmakta; bu durum emzirme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Sorkhani ve ark., 2021:730; Akın & Erbil, 2020:303-304). Ayrıca, sezaryen doğumda doğum eyleminin gerçekleşmemesi nedeniyle oksitosin salınımı yeterince uyarılamamakta, bu da süt üretiminin aktif fazı olan laktogenez evre II'nin başlamasını geciktirebilmektedir (Pillay & Davis, 2023.1-2; Prior ve ark., 2012:1113).

Benzer şekilde, doğum şekline bakılmaksızın primipar annelerde sekretuar aktivasyonun başlangıcında hafif bir gecikme yaşanabilmekte ve doğum sonrası erken dönemde süt hacmi daha düşük olabilmektedir (Pillay & Davis, 2023: 1-2).

Emzirme Eğitimi

Emzirme, doğal bir süreç olmakla birlikte, öğrenme, beceri edinimi ve kapsamlı destek gerektiren bir yetkinliktir (Apoorvari ve ark.,2024: 1-2). Emzirme eğitimi, bu alanda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından annelere emzirme konusunda doğru,

güncel ve kapsamlı bilgilerin aktarılmasını; uygun emzirme davranışlarının kazandırılmasını ve bu davranışların sürdürülebilirliğinin desteklenmesini amaçlayan yapılandırılmış bir eğitim sürecidir (Şensoy & Koçak, 2021:428-431).

Bu eğitim süreci, annelere hem pratik rehberlik hem de duygusal destek sunarak, emzirme sürecinde karşılaşılan engellerin aşılmasına ve olumlu emzirme ilişkilerinin kurulmasına katkı sağlamaktadır. Çocuk hemşireleri tarafından verilen eğitim ve sürekli destek, annelerin bilinçli kararlar almasını kolaylaştırmakta ve emzirme sürecinde kendilerini daha yeterli ve güçlü hissetmelerine desteklenmektedir (Balogun ve ark., 2016:19). Yenidoğan döneminin ilk saatlerinde, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, hem yenidoğanın hem de annenin fiziksel ve duygusal sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, annelerin ve aile bireylerinin kanıta dayalı emzirme ilkeleri ve teknikleri konusunda eğitilmesi, emzirme ile ilişkili sorunların önlenmesinde ve başarılı bir emzirme deneyiminin desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır (Apoorvari ve ark., 2024:1-2).

Sağlık Eğitiminde Güncel Eğitim Yaklaşımlar

Yeni teknolojilerin gelişmesiyle birlikte hastalara sağlık eğitimi vermek daha kolay ve etkili hale gelmiştir. Bu bağlamda, emzirme eğitim programlarının mevcut teknolojik olanaklar doğrultusunda web tabanlı eğitimler, videolar ve yazılı materyaller gibi modern yöntemlerle desteklenmesi gerekmektedir. Bu tür uygulamalar, emzirme eğitiminin etkinliğini artırmaktadır. Nitekim araştırmalar, videoların gelişmekte olan ülkelerde maliyet etkinliği nedeniyle emzirme eğitimlerinde yaygın olarak kullanıldığını ortaya koymuştur (Büyük ve ark., 2023:417-418; Topkara & Özerdoğan, 2024: 212).

- **Video temelli emzirme eğitimi:**

Video temelli eğitimler, birçok duyuyu harekete geçirmesi ve özellikle duyuşsal, bilişsel ve psikomotor öğrenmeyi desteklemesi açısından son derece önemlidir. Bu yöntem, öğrenme sürecinde bütünleştirici ve dönüştürücü bir etki yaratarak eğitimin kalitesini artırmaktadır. Video temelli eğitim aracı, emzirme desteğine yönelik tutumların geliştirilmesinde potansiyeli artırarak katma değerli bir öğrenme faydası sağlamaktadır. Emzirme eğitimlerinde genellikle sözel ikna ve bilgi aktarımı yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak video temelli eğitimlerde, beceriler doğrudan aktarılır ve kadın, bu beceriyi uygulayabileceğine dair güven kazanmaktadır (Metin & Baltacı, 2024:2). Rizki ve Novitasari Dhini (2024) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, animasyon temelli video eğitimlerinin, annelerin emzirme tekniklerine ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış sağladığı ortaya konulmuştur (Rizki & Novitasari, 2024: 48).

- **Akıllı telefon uygulamaları:**

Dünya genelinde akıllı telefon kullanımının artması, son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunum şeklini dönüştürmüş; hasta erişimini, hizmet etkinliğini ve verimliliğini artırmaya yönelik yeni fırsatlar ortaya çıkarmıştır. Özellikle anne sağlığı ve yenidoğan beslenmesi bağlamında mobil uygulamalar, doğumdan erken bebeklik dönemine kadar beslenme durumunun izlenmesi ve geliştirilmesi konusunda önemli bir potansiyele sahiptir (Obonyo ve ark., 2025;25702-25703).

Cep telefonu veya akıllı telefonlar aracılığıyla sunulan danışmanlık hizmetleri, bazı durumlarda ev ziyaretleri veya sağlık merkezine yapılan ziyaretlerden daha etkili olabilmektedir. Bu yöntem, annelerin ve çocuklarının sağlığını teşvik etmeyi, olumlu sağlık davranışlarını desteklemeyi ve davranış değişikliğini kolaylaştırmayı mümkün kılmaktadır. Danışmanlık hizmetleri; hatırlatıcılar, sağlık teşviki mesajları ve kısa bilgilendirme iletileri aracılığıyla sağlanabilmektedir (Pratiwi ve ark., 2023:616-618).

Akıllı telefon tabanlı danışmanlık, emzirme uygulamalarının geliştirilmesine de katkıda bulunmaktadır (Pratiwi ve ark., 2023: 616-618). Nitekim mobil uygulamalar aracılığıyla verilen emzirme eğitiminin, primipar annelerin emzirme bilgi, tutum ve uygulamalarını geliştirdiği ve emzirme öz-yeterlilik düzeylerini anlamlı şekilde artırdığı bildirilmektedir (Seyyedi ve ark., 2021:1).

Yazılı Materyaller ile Emzirme Eğitimi:

Yazılı materyaller, annelere emzirme eğitimi vermede önemli araçlar olarak kullanılmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan broşürler, kitapçıklar ve posterler, görsellerle desteklenerek eğitimlerde kullanılmakta ve bilgilerin sistematik bir şekilde sunulmasını sağlayarak kalıcılığını artırmaktadır (Ummah & Rosida, 2023:293). Türkiye’de yapılan bir araştırmada, yazılı materyaller aracılığıyla verilen eğitimin annelerin anne sütü ve bebek bakımı konusundaki bilgi düzeyini artırdığını göstermektedir. Özellikle broşürler ve kitapçıklar, annelerin eğitim aldıktan sonra bilgileri gözden geçirebilmelerine imkân sağlayarak öğrenmenin pekişmesini destekler. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarında düzenlenen emzirme eğitimlerinde yazılı materyallerin kullanılması, eğitimin etkinliğini artırmak için önerilmektedir (Mutlu ve ark., 2020:22).

- **Web tabanlı emzirme eğitimi:**

Web tabanlı eğitim, esnek bir öğretim yöntemi olarak kabul edilmektedir ve öğrenenlerin kendi öğrenme ihtiyaçlarına göre gerekli bilgilere ulaşmalarına sağlamaktadır (Abuidhail ve ark., 2019: 143-144). Web tabanlı eğitimin; esneklik, gereksiz ve maliyetli seyahatlerin ortadan kaldırılması, programa istenilen zamanda erişim imkânı, öğrenme hızının artırılması, hedef kitleye

daha geniş ölçüde hitap edebilme, güncel içerik sunma, benzersiz öğrenme deneyimleri sağlama, bireysel öğrenme fırsatları yaratma, coğrafi sınır ve kısıtlamaları ortadan kaldırma ile uzmanların fiziksel varlığına bağlı sorunları azaltma gibi çok sayıda avantajı bulunmaktadır. Ayrıca, web tabanlı eğitim annelere esnek bir öğrenme süreci sunarak, onların özel eğitim ihtiyaçlarına uygun emzirme bilgilerine istedikleri zamanda ve kendi öğrenme hızlarında ulaşabilmelerine olanak tanımaktadır (Fallah-Karimi ve ark., 2025;1, Abuidhail, Mrayan & Jaradat, 2019:143-144).

Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları:

- **Psikolojik ve Duygusal Destek**

Emzirme, yalnızca biyolojik bir beslenme yöntemi değil, aynı zamanda annelik deneyiminin temel bileşenlerinden biri olan karmaşık bir psikososyal süreçtir. Bu süreçte hemşireler, annelerin yaşadığı kaygı, özgüven yetersizliği, toplumsal baskılar ve kültürel beklentiler gibi psikolojik engellerin tanımlanması ve yönetilmesinde kritik bir rol üstlenmektedir. Danışmanlık hizmetleri aracılığıyla hemşireler, annelerin psikolojik gereksinimlerini değerlendirerek uygun baş etme stratejilerinin geliştirilmesine rehberlik eder. Empatik, destekleyici ve kanıta dayalı yaklaşımların benimsenmesi, annenin güven duygusunun pekiştirilmesini ve emzirme sürecine yönelik motivasyonunun sürdürülmesini sağlamaktadır. Bu kapsamda, psikolojik destek unsurlarının doğum öncesi ve sonrası dönemde sürekliliğinin sağlanması, emzirmenin devamlılığını ve başarısını artıran önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Maleki ve ark., 2022:169; Maleki Saghooni ve ark., 2021: 2; Groer ve ark., 2002.414).

- **Emzirme eğitimi ile emzirmenin sürdürülmesinde**

Hemşireler, emzirme eğitiminin planlanması ve uygulanmasında kilit bir role sahiptir. Gebelik ve doğum sonrası dönemlerde verilen eğitimler, annelerin emzirme konusundaki bilgi düzeyini ve olumlu tutumlarını güçlendirmektedir (Metin & Baltacı, 2024:2). Özellikle doğru kavrama ve pozisyonlama tekniklerinin öğretilmesi, anne sütü üretiminin desteklenmesine ve emzirme sürecinin daha verimli ilerlemesine katkı sağlamaktadır.

Emzirme sürecinin başarılı bir şekilde sürdürülmesi için gebelik ve doğum sonrası dönemlerde tekrarlayan eğitimlerin planlanması, ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi, telefonla takip yapılması ve düzenli izlem uygulamalarının yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca, hemşireler yeni teknolojilerden (animasyon videolar, web ve mobil uygulamalar) yararlanarak anne ve bebeğin doğru emzirme davranışlarını sürdürmesini kolaylaştırmakta, annenin emzirmede süreklilik sağlamasına ve bebeğin anne sütünden en yüksek düzeyde yararlanmasına olanak tanımaktadır (Webber ve ark., 2023:439; şensoy & Koçak, 2021:428-431). Bu yöntem, annelerin öğrenme motivasyonunu artırırken hemşirelerin iletişim ve bilgilendirme görevlerini daha verimli yürütmelerine de katkı sağlamaktadır (Hansen ve ark., 2024:2).,

- **Emzirme sürecinde komplikasyonların nlenmesi**

Emzirme ile ilgili sorunlarda, annelerin çoğunlukla ilk başvurduğu sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Hemşirelerin, emzirme sırasında karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik bireyselleştirilmiş eğitim sunmaları, annelerin emzirme konusundaki yeterlilik duygusunu güçlendirmektedir (Gözükara, 2014:294).

Gebelik döneminde alınacak koruyucu önlemler, meme sorunlarının (çatlak, şekil bozukluğu, enfeksiyon, ağrı vb.) önlenmesine ve bebeğin anne sütünden optimal düzeyde yararlanmasına katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda hemşireler, gebelik sürecinde meme muayenesi yaparak olası şekil bozukluklarını tespit etmeli; anneye, doğum sonrası uygulayacağı meme başı masajı ve meme bakım yöntemlerini öğretmelidir.

Doğum sonrası dönemde hemşireler, annenin periyodik takiplerini gerçekleştirerek doğum öncesinde verilen eğitimin emzirme başarısına etkisini değerlendirmeli ve ortaya çıkan sorunlara uygun çözümler geliştirmelidir. Özellikle doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlanması, emzirme başarısını artıran kritik bir adımdır. Bu süreçte hemşireler, emzirmenin sürdürülmesine yönelik destek sağlamalı ve anneleri doğru emzirme teknikleri, süt salınımının önemi ve meme bakımı konularında bilgilendirmelidir (Webber ve ark., 2023:439; Şensoy & Koçak, 2021:428-431).

- **Liderlik ve savunuculuk rolü**

Hemşireler, emzirme eğitiminde yalnızca öğretici rol üstlenmekle kalmayıp aynı zamanda liderlik ve savunuculuk rollerini de yerine getirmektedir. Liderlik rolü kapsamında hemşireler, sağlık ekibi içinde emzirme uygulamalarının standartlarını belirler, eğitim programlarını planlar ve uygulanmasını denetlerler. Savunuculuk rolü ise annelerin ve bebeklerin haklarını korumayı, emzirme sürecinde karşılaşılan engelleri gidermeyi ve aileleri bilinçlendirmeyi içerir. Bu bağlamda hemşireler, emzirmenin sürekliliğini desteklemek, toplumda emzirme farkındalığını artırmak ve sağlık politikalarının anne-bebek dostu uygulamalarla uyumlu olmasını sağlamak için aktif bir rol üstlenmektedir (Yang ve ark., 2023:156-157).

- **Araştırma ve kanıta dayalı uygulama rolü**

Hemşirelik uygulamalarında araştırma temelli bilgi ve kanıta dayalı yaklaşımlar, bakım kalitesini artırmada kritik bir role sahiptir. Bu rol, güncel bilimsel bulguların emzirme eğitime ve klinik uygulamalara entegre edilmesini, anne ve bebek bakımında en etkili yöntemlerin kullanılmasını sağlamaktadır. Hemşireler, rutin bakım ve danışmanlık süreçlerinde bu bilimsel kanıtları anneler ve ailelerle paylaşmaya teşvik edilmektedir. Bu sayede sunulan bilgiler yalnızca kişisel deneyimlere dayanmayıp standart bir bakım düzeyi oluşturulmaktadır. Kanıta dayalı eğitim ve uygulama, hem annelerin emzirme sürecine ilişkin doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmasını hem de hemşirelerin mesleki yeterliliğinin güçlenmesini sağlamaktadır (Froh ve ark., 2015: 95-96).

Sonuç

Sonuç olarak, emzirmenin teşviki ve sürdürülmesi için ailelerin bilinçlendirilmesi, annelere doğum öncesi ve sonrası eğitimlerin verilmesi ve hemşirelerin bu konuda yetkinliklerinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Güncel eğitim yöntemlerinin kullanıldığı emzirme eğitimleri sayesinde, çocuk hastalar ve ailelerine bilgilendirici, fiziksel ve psikososyal destek sunulabilmekte; bu durum hem tedaviye uyumu artırmakta hem de bakım sürecinin bütüncül bir yaklaşımla yürütülmesine katkı sağlamaktadır.

Kaynakça

1. Abuidhail, J., Mrayan, L., & Jaradat, D. (2019). Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education for pregnant mothers in their third trimester of pregnancy: Prospective randomized control trial. *Midwifery*, 69, 143-144, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.015>

2. Acar, Z., & Şahin, N. (2024). Development of a mobile application - based breastfeeding program and evaluation of its effectiveness. *Journal of Pediatric Nursing*, 74, 51–53..
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.11.011>
3. Akın, Ö. ve Erbil, N. (2020). Doğum şekli ve emzirme: Sistematik derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 303-304. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.799949>
4. Akın, B., Demir, E., Gürdal, A., & Yılmaz, S. (2021). 0-6 aylık bebeği olan annelerin bebek beslenmesine ilişkin tutumları ve tamamlayıcı besine geçiş süreleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 472-473. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.849205>
5. Flávia Freitas de Miranda Coêlho, A. ., Taynara Xavier Rodrigues, M. ., da Silva Fidelis, L. ., Rodrigues Vieira, E. ., Michele de Araujo Pedro, F. ., Claudino do Nascimento, N. ., & Carolina Salustino, M. . (2023). Factors that make exclusive breastfeeding difficult. *Health and Society*, 3(01), 186. <https://doi.org/10.51249/hs.v3i01.1125>
6. Apoorvari, M. A., Haji-Maghsoudi, S., & Ahmadi, A. (2025). Investigating the effect of breastfeeding counselling based on latch, position and the Information–Motivation–Behavior model on maternal and neonatal indices: A clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 639 P1-2. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07679-w>
7. Balogun, O. O., O'Sullivan, E. J., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C. D., Renfrew, M. J., & MacGillivray, S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD001688;19. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001688.pub3>
8. Bektaş, İ., & Arkan, G. (2021). The effect of perceived social support of Syrian mothers on their infant feeding attitudes. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, e40–e43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.005>

9. Bernstein, S. L., Novy, E., Kittredge, M. J., & Hill, R. R. (2024). Assessment of breastfeeding content in accredited nurse practitioner programs. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(6), 1. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2024.105018>
10. Bülbül, H., & Menekşe, D. (2024). Breastfeeding self-efficacy in mothers: The body image and emotional intelligence perspective. *Midwifery*, 139, 104199. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104199>
11. Büyük, E. T., Baltacı, N., & Coşkun, Ş. (2023). The effect of video-assisted breast milk and breastfeeding training given to the mothers of hospitalized newborns on breastfeeding self-efficacy success: A semi-experimental study. *Bezmialem Science*, 11(4), 417–418. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2023.98159>
12. Chong, H. Y., Tan, L. T., Law, J. W., Hong, K. W., Ratnasingam, V., Ab Mutalib, N. S., Lee, L. H., & Letchumanan, V. (2022). Exploring the potential of human milk and formula milk on infants' gut and health. *Nutrients*, 14(17), 3554. <https://doi.org/10.3390/nu14173554>
13. Del Ciampo, L. A., & Del Ciampo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 40(6), 355–357. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
14. Conboy-Stephenson, R., Ross, R. P., Kelly, A. L., & Stanton, C. (2024). Donor human milk: the influence of processing technologies on its nutritional and microbial composition. *Frontiers in Nutrition*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1468886>
15. Davis, A. M. B., Coleman, C., & Kramer, R. S. S. (2021). Parenting styles and types: Breastfeeding attitudes in a large sample of mothers. *Midwifery*, 103, 103142. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103142>
16. Duman FN, Gölbaşı Z. (2022). Türkiye’de emzirme eğitiminin annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyine etkisinin incelenmesi. *Turkish*

17. Durmazoğlu, G., & Okumuş, H. (2019). Yenilikçi ve güncel eğitim yöntemlerinin kullanıldığı emzirme eğitimlerinin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 23-26.
18. Dündar T. Emzirmeyi etkileyen faktörler. Özsoy S, editör. Emzirme ve anne sütü ile beslemede danışmanlık/güncel yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*; 2021. p.60
19. Erçin, E., & Köseoğlu, S. Z. A. (2022). Güncel bilgilerle laktasyon dönemi ve etkileyen faktörler. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 95-96.
<https://doi.org/10.47769/izufbed.1116606>
20. Fallah-Karimi, S., Robabi, H., & Khalilzadeh-Farsangi, Z. (2025). Impact of web-based breastfeeding education on breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding rates among primiparous mothers in iran: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 797,1. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07955-9>.
21. Froh, E.B., Flynn-Roth, R., Barton, S. and Spatz, D.L. (2015), The voices of breastfeeding resource nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44: 422-423.
<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12565>
22. Froń, A., & Orczyk-Pawłowicz, M. (2024). Breastfeeding beyond six months: evidence of child health benefits. *Nutrients*, 16(22), 3891; p1-2.
<https://doi.org/10.3390/nul16223891>
23. Gözükar, F. (2014). Emzirmenin başarılmasında anahtar faktör: baba desteğinin sağlanması ve hemşirenin rolleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3):294.
24. Vieira, G. O., de Oliveira Vieira, T., da Cruz Martins, C., de Santana Xavier Ramos, M., & Giugliani, E. R. J.(2021). Risk factors for and protective factors against breastfeeding interruption before 2 years: a

- birth cohort study. *BMC pediatrics*, 21(1), 310,1.
<https://doi.org/10.1186/s12887-021-02777-y>
25. Groer, M. W., Davis, M. W., & Hemphill, J. (2002). Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(4), 414.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00063.x>
26. Hansen, S., Jensen, T. S., Schmidt, A. M., Strøm, J., Vistisen, P., & Høybye, M. T. (2024). The effectiveness of video animations as a tool to improve health information recall for patients: A systematic review. *Journal of medical Internet research*, 26, e58306, P2.
<https://doi.org/10.2196/58306>.
27. Hodgson, E., Briatico, D., Klapman, S., Skarsgard, E., Beltempo, M., Shah, P. S., Huisman, E., Walton, J. M., Livingston, M. H., & Canadian Association of Pediatric Surgeons Network (CAPSNet) and Canadian Neonatal Network (CNN) investigators (2024). Association of exclusive breast milk intake and outcomes in infants with uncomplicated gastroschisis: a national cohort study. *Journal of Pediatric Surgery*, 59(5), 863–864. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2024.01.045>
28. Inderstrodt, J., Stryczek, K. C., Vargas, S. E., Crawford, J. N., Hooker, T., Kroll-Desrosiers, A. R., Marteeny, V., Wallace, K. F., & Mattocks, K. (2024). Facilitators and barriers to breastfeeding among veterans using veterans affairs maternity care benefits. *Women's Health Issues : Official Publication Of The Jacobs Institute Of Women's Health*, 34(3), 311. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2023.12.005>
29. Khasawneh, W. F., Moughrabi, S., Mahmoud, S., Goldman, L. C., & Li, K. (2023). Breastfeeding knowledge & attitudes: Comparison among post-licensure undergraduate and graduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 72, 103758.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103758>

30. Kilci, Ş., & Sevil, Ü. (2021). Laktasyonu arttıran yöntemler: hipnoemzirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 230. <https://doi.org/10.53490/eghehemsire.637342>
31. Lawrence, R. A. (2022). Physiology of lactation. In R. A. Lawrence & R. M. Lawrence (Eds.), *Breastfeeding* (9th ed., pp. 58-68). *Elsevier*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-68013-4.00003-1>
32. Maleki M, Mardani A, Harding C, Basirinezhad MH, Vaismoradi M. (2022). Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health*. 18:2. [doi:10.1177/17455057221104674](https://doi.org/10.1177/17455057221104674)
33. Maleki Saghooni, N., Karshki, H., Esmaily, H., Zaidi Feroz, F., & Mirzaii Najmabadi, K. (2021). Mothers' breastfeeding experiences of emotional support needs: a qualitative study in iran. *Journal of Caring Sciences*, 10(3), 169. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.023>
34. Metin, A., & Baltacı, N. (2024). The effects of video-assisted breastfeeding education given to primiparous pregnant women on breastfeeding self-efficacy: randomized control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 142.P2. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06317-1>
35. Mukherjee, J., Das, P. K., & Banerjee, D. (2023). Lactation physiology. (The physiology of breastfeeding)(pp. 639–674). *Springer*. https://doi.org/10.1007/978-981-19-9410-4_25
36. Mutlu B, Yalnızoğlu Çaka S, Sönmez Sağlık D, Bahadır N.(2020). Effect of verbal or brochure training about breast milk-breastfeed-ing and infant care on knowledge levels of mothers. *Archives of Health Science Research*, 7(1): 22. <https://doi.org/10.5152/ArcHealthSciRes.2020.582064>
37. Obonyo, K. O., Kaindi, D. W. M., Ngala, S., & Kogi-Makau, W. (2024). Effectiveness of a smartphone-based education intervention to

- improve breastfeeding and neonatal nutritional status: A randomised controlled trial. *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development*, 25(1), 25702–25703.
<https://doi.org/10.18697/ajfand.138.25490> .
38. Ouyang, Y. Q., Guo, J., Zhou, J., Zhouchen, Y., Huang, C., Huang, Y., Wang, R., & Redding, S. R. (2024). Theoretical approaches in the development of interventions to promote breastfeeding: A scoping review. *Midwifery*, 132, 103988.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103988>
39. Özdemir, S., & Yılmaz, B. (2019). Yenidoganlarda hiperbilirubinemi ve başarılı emzirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(2), 69-72..
40. Pillay, J., & Davis, T. J. (2023). Physiology, Lactation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*. PMID: 29763156;1-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>
41. Pratiwi, R., Atmaka, D. R., Sutoyo, D. A. R., & Mahmudiono, T. (2023) The effectiveness of smartphone-based nutrition education intervention unsuccessful practice of exclusively breastfeeding: a meta-analysis. *Amerta Nutrition*, 7(4), 616–618. doi: 10.20473/amnt.v7i4.2023.615-625
42. Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), 1113. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254>
43. Rizki, F & Novitasari, D. W. (2024). The effect of education using video learning multimedia on increasing knowledge of breastfeeding and breastfeeding techniques in postpartum sectio caesarean mothers in the hospital. *Metro Sai Wawai Health Journal*. 17(1), 48.
<http://dx.doi.org/10.26630/jkm.v17i1.4348>

44. Russell, J. A., & King, R. (2025). The challenges of breastfeeding a late preterm or early term infant: Women's and clinician's perceptions of provision of antenatal information when considering early planned birth. *Midwifery*, 143, 104314, 1.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104314>
45. World Health Organization, & UNICEF. (2023). Global breastfeeding scorecard 2023: Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. Sayfa 2
<https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>
46. Seyyedi, N., Rahmatnezhad, L., Mesgarzadeh, M., Khalkhali, H., Seyyedi, N., & Rahimi, B. (2021). Effectiveness of a smartphone-based educational intervention to improve breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 70,1. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00417-w>
47. Sorkhani, T. M., Namazian, E., Komsari, S., & Arab, S. (2021). Investigating the relationship between childbirth type and breastfeeding pattern based on the LATCH scoring system in breastfeeding mothers. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 43(10), 730.
<https://doi.org/10.1055/s-0041-1735985>
48. Sriraman N. K. (2017). The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(12), 306–309.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.10.001>
49. Şensoy F, Koçak DY. (2021). Emzirme danışmanlığında güncel yaklaşımlar. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(3), 428-431. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.844447>
50. Titaley, C. R., Dibley, M. J., Ariawan, I., Mu'asyaroh, A., Alam, A., Damayanti, R., Do, T. T., Ferguson, E., Htet, K., Li, M., Sutrisna, A., & Fahmida, U. (2021). Determinants of low breastfeeding self-efficacy

- amongst mothers of children aged less than six months: results from the BADUTA study in East Java, Indonesia. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 12,2. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00357-5>
51. Topkara, F. N., & Özerdoğan, N. (2024). Using the mobile application to support breastfeeding. *Journal of TOGU Health Sciences*, 4(2), 212.
 52. Tseng, J. F., Chen, S. R., Au, H. K., Chipojola, R., Lee, G. T., Lee, P. H., Shyu, M. L., & Kuo, S. Y. (2020). Effectiveness of an integrated breastfeeding education program to improve self-efficacy and exclusive breastfeeding rate: A single-blind, randomised controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103770,2. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103770>
 53. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2018). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Özet rapor. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*. Sayfa 8 https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf
 54. Uçar, Z., & Yılmaz, H. O. (2020). Laktasyon döneminde beslenme: Enerji ve makro besin öğeleri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(1), 38.
 55. Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. *Heliyon*, 9(6), e16235, 2 <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16235>
 56. Ummah, F., & Rosida, L. (2023). Breastfeeding education: A scoping review. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 19(2), 293. <https://doi.org/10.47836/mjmhs.19.2.41>
 57. Webber, E., Wodwaski, N., & Busch, D. (2023). Lactation curricular content of pediatric nurse practitioner programs in the United States: A national survey. *Journal of Pediatric Health Care*, 37(4), 439. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.02.004>

58. Widyawati, S. A., Afandi, A., & Wahyuni, S. (2024). Faktor yang mempengaruhi pemberian asi eksklusif. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 7(1), 107. <https://doi.org/10.35473/ijm.v7i1.3254>
59. Wong, M. S., Mou, H., & Chien, W. T. (2021). Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103874. Sayfa 3
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103874> .
60. World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2023). Global breastfeeding scorecard 2023: Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. Sayfa 2-3
<https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023>
61. Yang, Y. Y., Chen, J. Y., & Liu, H. J. (2023). Enhancing the role of nurses in breastfeeding preterm infants†. *Frontiers of Nursing*, 156-157.10(3). <https://doi.org/10.2478/fon-2023-0029>

BÖLÜM 7

AMELİYATHANEDE HASTA GÜVENLİĞİ VE EKİP İLETİŞİMİ

DİLEK YILDIRIM TANK¹
ZEYNEP NUR ÖZTÜRK²
NURTEN TAŞDEMİR³

Giriş

Sağlık bakım kuruluşlarının nitelikli hizmet sunabilmesi için hasta güvenliğinin sağlanması temel bir gerekliliktir. Hastaların güvenli bir ortamda, her türlü zararlı durumdan korunarak hizmet almasını temin etmek, hem hastane yönetiminin hem de sağlık çalışanlarının ortak sorumluluğudur (Baykal, Şahin & Altuntaş, 2010:40). Sağlık

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Hemşirelik, Orcid: 0000-0001-7966-5395

² Hemşire, Erdemir Anadolu Lisesi, Hemşirelik, Orcid: 0009-0002-4742-3775

³ Doç. Dr. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Hemşirelik, Orcid: 0000-0003-1766-4906

hizmetleri, ortasında insan olan ve bir dizi karmaşık yapıya sahip bir hizmet sektörüdür. Sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sürdürülebilmesi için risklerin en az seviyeye indirilmesi gerekmektedir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık bir yapıya büründüğü ifade edilmektedir. Bu durum, klinik karar süreçlerinde ya da uygulamalarda hatalara yol açarak hastaların zarar görmesine neden olabilmektedir. Hastanın maruz kaldığı bu zararların ciddi yaralanmalara, hastanede yatış süresinin uzamasına, kalıcı sakatlıklara ve hatta ölüme kadar varabileceği rapor edilmektedir (Gökdoğan & Yorgun, 2010:13). Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi için istenmeyen durumların ve tıbbi hataların azaltılması gerekmektedir. Son yıllarda sağlık bakım sistemleri için hasta güvenliği giderek daha öncelikli bir konu hâline gelmiştir (Sendlhofer ve ark., 2015:1-11). Hasta güvenliğinin son yıllarda birçok farklı tanımı yapılmıştır. Bir tanıma göre hasta güvenliği, herhangi bir sağlık sisteminin merkezi bir unsuru olarak ifade edilmekte ve sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan tıbbi hataların ve ters etkilerin önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Abbasinia, Ahmadi & Kazemnejad, 2019:2). Bir diğer tanıma göre ise hasta güvenliği, gereksiz yaralanmaların ve zararların önlenmesi, azaltılması ve hafifletilmesini içermektedir (Martinez ve ark., 2015:2). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı hasta güvenliğini; hastanelerde risklerin belirlenmesi ve yönetilmesi, yineleyen risklerin azaltılmasına yönelik olayların raporlanıp analiz edilmesi ve bu süreç sonucunda geliştirilen çözümlerin uygulanmasıyla hastalara daha güvenli bir bakım sunulması olarak tanımlamaktadır (Gözlü & Kaya, 2012:104-105). Institute of Medicine ise hasta güvenliğini, hastalara zarar vermenin önlenmesi olarak tanımlamakta ve hataların önlenmesi, yapılan hatalardan ders çıkarılması ile sağlık profesyonellerini, örgütleri ve hastaneleri kapsayan güvenlik kültürünün oluşturulmasına vurgu yapmaktadır (Okuyama, Wagner & Bijnen, 2014:2). Sağlık hizmetlerinin bireylere zarar vermesini engellemek amacıyla, sağlık kurumları ve

bu kurumlarda görev yapan personel tarafından alınan tüm önlemler hasta güvenliği olarak adlandırılmaktadır (Aren, 2008:142). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ile ilgili yaşayabilecekleri önemli sorunlardan biri, hasta güvenliğini tehdit eden bir durumla karşılaştıklarında ya da ekip arkadaşlarıyla iletişimde sorun yaşadıklarında bunu dile getirememeleridir.

Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetinde uyulması gereken en öncelikli etik ilke “önce zarar verme” ilkesidir. Her şeyden önce zarar vermemek, kaliteli sağlık bakım hizmetinin sunulması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli koşuldur (Aren, 2008:142). Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı hasta güvenliğini, “sağlık hizmetinden kaynaklı hataların önlenmesi ve hastaların sağlık hizmetinden kaynaklı hatalar nedeniyle gördüğü zararın azaltılması” şeklinde tanımlamıştır (Ramos & Calidgid, 2018:67-75). Hasta güvenliği, Agency for Healthcare Research and Quality tarafından ise “hastanın tıbbi bakımı sırasında karşılaşılabilecek advers olay riskini azaltacak uygulamalar” olarak tanımlanmıştır (Jones & Johnstone, 2019:152). Uluslararası Hemşireler Konseyi hasta güvenliği kavramını kapsamlı bir şekilde ele almış ve sağlık profesyonellerinin istihdamı, eğitimi, performanslarının artırılması, enfeksiyon riskinin azaltılması, ilaçların güvenli kullanımı, ekipmanların emniyetinin sağlanması, sağlığı geliştirmeye yönelik klinik uygulamaların artırılması, uygun bakım ortamının sağlanması ve hasta güvenliğine yönelik bilimsel bilginin artırılması gibi unsurların bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini belirtmiştir (Erickson ve ark., 2003). Hasta güvenliğinin temel amacı, hasta ve yakınlarını fiziksel ve ruhsal açıdan olumlu şekilde etkileyecek güvenli bir ortam oluşturmaktır. Bu doğrultuda, süreçlerde ortaya çıkabilecek basit hataların hastaya zarar vermesini önlemek, hataların hastaya ulaşmadan önce tespit edilmesi, raporlanması ve düzeltilmesine yönelik gerekli önlemleri

almak hedeflenmektedir (Erickson, 2003; Agency for Healthcare Research and Quality, 2019). Hasta güvenliği kavramına yönelik yapılan tanımlamalarda görüldüğü üzere, temel amacın hastalara zarar vermemek için yapılan hataların azaltılması olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının öncelikli amacı, hastaların tedavileri sırasında farklı nedenlerle gelişebilecek hataların en aza indirilmesi ve engellenmesidir (International Council of Nurses, 2006). Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hastanelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir (Gökdoğan ve ark., 2009:54).

Hasta Güvenliği Kültürü

Güvenlik kültürü, bir kuruluşun sağlığı sürdürmeye ve güvenlik önlemlerine bağlılığını, yaklaşımını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve ekip içi değerlerin, tutumların, yetkinliklerin ve davranış kalıplarının bir ürünü olarak ifade edilmektedir (Güven, 2007:411). Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğine ilişkin değerler ve inançlarla ilgili bir kültür alt bileşenidir (Oksay, Kılınç & Sayhan, 2019:457) ve bireylerin ya da kuruluşların risk ve tehlikelerle başa çıkabilme yeteneğini yansıtmaktadır (Westat ve ark., 2018). Hasta güvenliğinin artırılması ve tıbbi hataların azaltılması için sağlık çalışanlarının bilinçli olmaları ve güvenlik kültürüne sahip olmaları gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için yöneticilerin ve sağlık personelinin kültürel değerleri anlamaları, kendilerinden beklenen davranışları bilmeleri önem taşımaktadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği algılarının; hastane yönetiminin desteği ve yöneticilerin hasta güvenliğini teşvik eden beklenti ve eylemlerinden önemli ölçüde etkilendiği ortaya konmuştur (Özkan & Lajunen, 2003:3-4).

Ameliyathanede Hasta Güvenliği

Ameliyathaneler, sağlık hizmetleri içerisinde en karmaşık ve riskli çalışma alanlarından biri olarak kabul edilmektedir (Doğrusöz, Polat & Kumsar, 2020:1387). Bu ortamlarda yanlış tarafta cerrahi müdahale yapılması, ameliyat sırasında yabancı cisimlerin içeride unutulması, kan nakli hataları, kontamine ilaç veya kan kullanımı, cerrahi komplikasyonlar, hava embolisi oluşumu, ciddi düşme vakaları, bebeklerin yanlış aileye teslim edilmesi, hastane enfeksiyonlarının yayılması, infüzyon pompalarında meydana gelen arızalar, cerrahi yanıklar, hatalı gaz karışımı verilmesi, benzer isimli ve görünümlü ilaçların karıştırılması, kesici-delici aletlerle oluşan yaralanmalar, riskli kısaltmaların kullanımı ve ventilatör kaynaklı sorunlar gibi pek çok durum hasta güvenliği açısından değerlendirilmesi gereken konular arasında yer almaktadır (Okuyama, Wagner & Bijnen, 2014:2). Bu nedenle ameliyathanelerde hasta güvenliğini artırmaya yönelik stratejiler planlanırken sağlık çalışanlarının görüş ve yaklaşımlarının dikkate alınması büyük önem taşımaktadır (Baker, Krokos & Amodeo, 2008). Ameliyathanelerde hasta güvenliğini sağlamak adına, hastaların kimlik bilgilerinin doğru şekilde tanınmasının büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır. Her hastaya hastanede kaldığı süre boyunca tanıtıcı bir bileklik takılmalı ve hastaya adıyla hitap edilmelidir. İlaç verilmeden, kan veya kan bileşenlerinin transfüzyonundan önce, laboratuvar ya da görüntüleme işlemlerinden önce, cerrahi girişim öncesinde, hasta başka bir birime nakledilmeden önce ve genel olarak tüm tedavi ve bakım uygulamaları öncesinde kimlik doğrulamasının mutlaka yapılması gerektiği belirtilmektedir (Okuyama, 2014:2; Doğrusöz ve ark., 2020:1376). Ameliyat sırasında ekip değişiklikleri ya da hasta transferi gibi durumlarda, bakım sağlayan personel arasında etkili ve doğru iletişimin kurulması üzerinde durulması gereken önemli

bir husustur (Okuyama, Wagner & Bijnen, 2014:2). Hastaya ilişkin tüm bakım bilgileri, hasta ile birlikte eksiksiz şekilde aktarılmalı ve bu bilgiler yazılı olarak belgelenmelidir. Sözlü ya da telefonla verilen talimatlara ilişkin standart yöntemler ve kurallar geliştirilmelidir. Ayrıca iletişimde ortak bir terminolojinin benimsenmesi ve hastane genelinde kullanılan kısaltmaların standartlaştırılması gerektiği ifade edilmektedir (Okuyama, Wagner & Bijnen, 2014:2). Ameliyathanelerde ilaç güvenliği de öncelikli bir konudur. Görünüm ve isim açısından benzer olan ilaçlar ile ampul ve kutu formlarının listelenmesi önem taşımaktadır. İlaç etkileşimleri hasta izlem formlarına kaydedilmeli ve alerjen maddeler için hasta dosyalarında görsel uyarılar bulunmalıdır. Hastaya verilen tüm ilaçlar ayrıntılı biçimde kayıt altına alınmalıdır (Okuyama, 2014:2; Doğrusöz ve ark., 2020:1376). Bununla birlikte yanlış hastaya ya da vücudun yanlış tarafına müdahale edilmesi, ameliyathanelerde sık karşılaşılan ciddi bir güvenlik sorunudur. Müdahale öncesinde ilgili hekim tarafından ameliyat yapılacak bölgenin doğru şekilde işaretlenmesi gerekmektedir. Hazırlık sürecinde hem hemşire hem de hekimin ameliyat formuna taraf doğrulamasını kaydetmesi ve ameliyathanede tekrar kontrol gerçekleştirmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Okuyama, 2014:2; Doğrusöz ve ark., 2020:1376). Hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi de hasta güvenliği açısından kritik bir konudur. Bu bağlamda hijyen hassasiyeti, doğru sterilizasyon ve dezenfeksiyon yöntemlerinin seçilmesi, enfeksiyon kontrol protokollerinin oluşturulması, risklerin yönetimi, yeterli kaynak temini ve personelin bu konularda eğitilmesi ön plana çıkmaktadır (Okuyama, Wagner & Bijnen, 2014:2). Ameliyat sırasında yabancı cisimlerin hastada unutulmasının önüne geçilmesi için operasyon öncesi, işlem sırasında ve kesi kapatılmadan önce kullanılan tüm aletlerin, gazlı bezlerin ve diğer malzemelerin dikkatli biçimde sayılması ve kayda geçirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Okuyama, Wagner & Bijnen, 2014:2). Düşme olaylarının

engellenmesi de hasta güvenliğinin önemli bir boyutudur. Bu kapsamda düşme riski olan hastaların belirlenmesi, gerekli önleyici tedbirlerin alınması, düşme olaylarının izlenip raporlanması, hasta ve aile bireylerinin bilgilendirilmesi, uyarı işaretlerinin kullanılması ve güvenli ekipmanların tercih edilmesi zorunlu görülmektedir (Okuyama, 2014:2; Doğrusöz ve ark., 2020:1376). Tüm bu unsurlar değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti sunumunda hastaya zarar gelmesini önlemeye yönelik sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından alınan tüm önlemler, “hasta güvenliği” kavramı altında ele alınmaktadır.

Hasta Güvenliği ve İletişim

Ekip içi iletişimin büyük önem taşıdığı alanların başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde ekip yaklaşımı; hastaya nitelikli bakım sunulması amacıyla farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin bir arada çalıştığı bir yapıyı ifade etmekte olup, hem hasta hem de çalışan güvenliğinin sürdürülebilmesi açısından vazgeçilmezdir (Scherer & Fitzpatrick, 2008:158; İnanç, Hatipoğlu & Yurt, 2000:62). Olumlu bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için sağlık çalışanları ile yöneticiler arasında olduğu kadar hastalar ve aile bireyleriyle de şeffaf ve açık bir iletişim ortamının sağlanmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan araştırmalar, etkili ekip iletişiminin sağlandığı ortamlarda ekip üyelerinin rol ve sorumluluklarını daha iyi kavradıklarını, karşılaşılan sorunları daha kolay çözdüklerini ve bu durumun hasta güvenliği ile birlikte çalışanların mesleki doyumu ve performansı üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Scherer & Fitzpatrick, 2008:158; Hall & Weaver, 2001:867-875). Aiken ve arkadaşlarının Avrupa ve Amerika’da yürüttükleri kesitsel araştırmada; hemşire sayısının artırılması, birimler arasında dengeli hemşire dağılımının sağlanması, hasta-hemşire oranlarının uygun düzeyde tutulması, ekip üyeleri arasında olumlu bir iletişim ikliminin oluşturulması ve çalışma ortamının hata riskini en aza

indirecek biçimde düzenlenmesinin hasta güvenliği ve hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur. Ameliyathane ortamında hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için sağlık bakım ekibinde yer alan çalışanların sürekli iletişim hâlinde olmaları ve iş birliğini sürdürmeleri temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için sağlık personeli arasında etkili iletişim büyük önem taşımaktadır. Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği, ameliyathanede çalışma ortamının iyileştirilmesine yönelik olarak iş akışlarının sadeleştirilmesi ve standartlaştırılmasının yanı sıra ekip içi iş birliğinin güçlendirilmesini ve hata bildirim sistemlerinin etkin biçimde kullanılmasını önermektedir (Makary ve ark., 2006:746-747). Hasta güvenliğini tehdit eden durumların büyük bir kısmının iletişim sorunlarından kaynaklandığı bildirilmektedir (Özdemir, 2014; Haig, Sutton & Whittington, 2006:167). Sağlık kurumlarında çalışan personel, tüm süreçlerde ekip olarak çalışmakta ve kişiler arası iletişim kaçınılmaz olarak devam etmektedir (Nadzam, 2009:3-4). Sağlık personeli arasında etkili iletişimin sağlanması, hastaların bakım ve tedavilerinin daha güvenli ve etkin biçimde yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Korkmaz & Yalçın, 2018:370). Naveh ve arkadaşlarının sağlık ekiplerinde iletişim ve tıbbi hata ilişkisini inceledikleri çalışmada, açık ve sürekli bilgi paylaşımının olduğu birimlerde tıbbi hataların daha az görüldüğü belirlenmiştir (Naveh, Katz-Navon & Stern, 2005:1084-1085). Sağlık profesyonelleri arasında iletişimi etkileyebilecek sorunların; eğitim düzeyi, tıbbi terminoloji kullanımı ve hiyerarşik farklılıklar gibi nedenlerle artabileceği ifade edilmektedir (Mackintosh & Sandall, 2010:3). Araştırmalar, hasta güvenliğini olumsuz etkileyen başlıca unsurlar arasında iletişim yetersizliğinin yer aldığını göstermektedir (Yardımcı & Başbakkal, 2012:13-14; Karaöz, 2000:7). Ekip üyeleri arasında karşılıklı güvenin sağlanamaması durumunda çalışanların motivasyon ve iş doyumlarında azalma yaşandığı bildirilmektedir

(Işık Andsoy, 2013). Buna karşın cerrahi klinikler ve ameliyathanelerde etkili ekip çalışmasının varlığında hasta güvenliğinin güçlendiği, tıbbi hata sıklığının azaldığı, bilgi kayıplarının önlendiği ve bakım kalitesinin arttığı ortaya konmuştur (Mazocco ve ark., 2009:678-679).

Kaynakça

1. Baykal, Ü., Şahin, N. H., & Altuntaş, S. (2010). Hasta güvenliği tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7, 39–45.
2. Gökdoğan, F., & Yorgun, S. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2).
3. Sendlhofer, G., Brunner, G., Tax, C., Falzberger, G., Smolle, J., Leitgeb, K., et al. (2015). Systematic implementation of clinical risk management in a large university hospital: The impact of risk managers. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 127(1), 1–11.
4. Abbasinia, M., Ahmadi, F., & Kazemnejad, A. (2019). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(1), 141–151.
5. Martinez, W., Etchegaray, J. M., Thomas, E. J., Hickson, G. B., Lehmann, L. S., Schleyer, A. M., et al. (2015). Speaking up about patient safety concerns and unprofessional behaviour among residents: Validation of two scales. *BMJ Quality & Safety*, 24(11), 671–680.
6. Gözlü, K., & Kaya, S. (2012). Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. *6. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı* (ss. 175–182). Isparta.
7. Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–8.

8. Aren, A. (2008). Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3, 141–145.
9. Ramos, R. R., & Calidgid, C. C. (2018). Patient safety culture among nurses at a tertiary government hospital in the Philippines. *Applied Nursing Research*, 44, 67–75.
10. Jones, A., & Johnstone, M. J. (2019). Managing gaps in the continuity of nursing care to enhance patient safety. *Collegian*, 26(1), 151–157.
11. Erickson, S. M., Wolcott, J., Corrigan, J. M., & Aspden, P. (2003). *Patient safety: Achieving a new standard for care*. Washington, DC: National Academies Press.
12. Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Patient safety 101*. Erişim tarihi: 2 Mayıs 2022.
13. International Council of Nurses. (2006). *Safe staffing saves lives: Information and action tool kit*. Geneva: ICN.
14. Gökdoğan, F., Yorgun, S., Yapıcı, M., ve ark. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı* (ss. 96–104). Antalya.
15. Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. *Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi Bildiriler Kitabı* (ss. 411–422).
16. Oksay, A., Kılınç, M., & Sayhan, M. (2019). Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(2), 455–475.

17. Westat, Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, M., Khanna, K., & Nelson, D. (2018). *Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
18. Özkan, T., & Lajunen, T. (2003). Güvenlik kültürü ve iklimi. *Pivolka*, 2(10), 3–4.
19. Feng, X., Bobay, K., & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: A dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310–319.
20. Reason, J., & Hobbs, A. (2017). *Managing maintenance error: A practical guide*. Boca Raton, FL: CRC Press.
21. Doğrusöz, L. A., Polat, Ş., & Kumsar, A. K. (2020). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü: Bir üniversite hastanesinde kesitsel bir araştırma. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16(28), 1374–1395.
22. Uğur, E., Kara, S., Yıldırım, S., & Akbal, E. (2011). Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden hatalar ve sağlık personelinin tutumu. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 21, 279.
23. Özdemir, H. (2014). *Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar’da bir uygulama* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
24. Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167–175.
25. Nadzam, D. M. (2009). Nurses’ role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 184–188.

26. Korkmaz, Z., & Yalçın, B. (2018). Sağlık hizmetlerinde iletişim becerilerinin önemi ve sosyo-demografik değişkenler açısından analizi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(4), 367–392.
27. Korkmaz, A. Ç. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 10–19.
28. Naveh, E., Katz-Navon, T., & Stern, Z. (2005). Treatment errors in healthcare: A safety climate approach. *Management Science*, 51(6), 948–960.
29. Mackintosh, N., & Sandall, J. (2010). Overcoming gendered and professional hierarchies to facilitate escalation of care in emergency situations. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1683–1690.
30. Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmüller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., et al. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), 746–752.
31. Association of Perioperative Registered Nurses. (2013). *Perioperative standards and recommended practices* (2013 ed.). Denver, CO: AORN.
32. Scherer, D., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Perception of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *AORN Journal*, 87, 163–175.
33. İnanç, N., Hatipoğlu, S., & Yurt, V. (2000). *Hemşirelik esasları* (5. baskı, ss. 42–58). Ankara: Damla Matbaacılık.
34. Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork. *Medical Education*, 35, 867–875.

35. Yardımcı, F., & Başbakkal, Z. (2012). Tıp bilimlerinde ekip kaynak yönetimi. *Nobel Med*, 8, 12–17.
36. Karaöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4, 1–8.
37. Işık Andsoy, I. (2013). Ameliyathanelerde yangın riskleri ve güvenliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12, 449–454.
38. Eti Aslan, F., & Kan Öntürk, Z. (2011). Güvenli ameliyathane ortamı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4, 133–140.
39. Mazocco, K., Petitti, D., Fong, K., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., et al. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *American Journal of Surgery*, 197, 678–685.
40. Baker, D. P., Krokos, K. J., & Amodeo, A. M. (2008). *TeamSTEPPS attitudes questionnaire manual*. Washington, DC: Agency for Healthcare Research and Quality.
41. Arslanoğlu, A., & Kabadayı, M. A. (2022). Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumuna ilişkin Türkiye’de yayınlanan lisansüstü tezler üzerine bir değerlendirme. *USCEH Dergisi*, 2(1), 1–16.

BÖLÜM 8

KLİNİK ORTAMDA İŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI VE HEMŞİRENİN ROLÜ

ŞENAY ÖZER¹
FATİH ULUKAYA²

Giriş

Klinik ortamlar, sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü, yoğun insan etkileşiminin ve biyolojik, kimyasal, fiziksel risklerin bir arada bulunduğu yüksek tehlike potansiyeline sahip çalışma alanlarıdır. Bu ortamlarda görev yapan hemşireler, hastaların doğrudan bakımını üstlenen ve sağlık sisteminin en geniş profesyonel grubunu oluşturan çalışanlardır. Bu durum, hemşirelik mesleğini hem hasta güvenliği hem de çalışan sağlığı bağlamında merkezi bir konuma taşımaktadır(ILO, 2020:1-2).

Dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları, yalnızca çalışan güvenliğini değil; aynı zamanda hasta güvenliğini, hizmet kalitesini ve kurumun sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir

¹ Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Orcid: 0000-0001-5888-5815

² Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Orcid: 0000-0001-9285-668X

(Ngajilo, 2022: 19). Klinik iş sağlığı uygulamaları, mesleki risklerin sistematik biçimde belirlenmesini, değerlendirilmesini ve kontrol altına alınmasını amaçlayan çok boyutlu bir süreçtir (Xue et al., 2020: 4). Literatürde yapılan araştırmalar, biyolojik, ergonomik, kimyasal ve psikososyal risklerin hemşireler açısından önemli olduğunu ve etkili kontrol stratejilerinin gerekliliğini vurgulamaktadır (Türen & ark., 2022: 925).

Bu kapsamda hemşirelik, yalnızca bakım veren bir meslek olmaktan çıkmış; aynı zamanda çalışan sağlığını koruyan, güvenli ortam geliştiren ve önleyici stratejiler tasarlayan bir profesyonel alan haline gelmiştir. WHO ve ILO tarafından yayımlanan rehberlerde hemşirelik, risk açısından öncelikli grup olarak tanımlanmakta ve korunmalarının sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği açısından kritik olduğu belirtilmektedir (WHO&ILO, 2022: 3).

Günümüzde iş sağlığı uygulamalarının klinik ortamlarda etkin şekilde uygulanması, yalnızca yasal bir gereklilik değil; aynı zamanda etik ve profesyonel bir sorumluluktur. Bu bağlamda hemşirenin rolü, risk yönetimi, çalışan eğitimi, güvenlik kültürü geliştirme ve liderlik gibi çok geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir (Xue et al., 2020: 5). Sonuç olarak hemşireler, yalnızca hizmet sunan değil; güvenli, sağlıklı ve sürdürülebilir bakım ortamlarının inşasında aktif aktörlerdir.

İş Sağlığı Kavramı ve Temel İlkeler

İş sağlığı kavramı, çalışanların yalnızca hastalık veya yaralanmalardan korunmasını değil; aynı zamanda onların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en yüksek iyilik hâlini sürdürebilmelerini amaçlayan bütüncül bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, “işe uyumlu insan” değil, “insana uyumlu iş ortamı” prensibini esas alır. Klinik ortamlarda ise iş sağlığı, sağlık hizmeti sunumunda hem hasta hem de çalışan güvenliğini kapsayan bir kavram hâlini almıştır (WHO, 2022: 9). Özellikle hemşireler açısından, iş sağlığı ilkeleri doğrudan

mesleki yeterlilik, etik sorumluluk ve profesyonel sürdürülebilirlikle ilişkilidir (ICN, 2017: 2-3).

İş sağlığının temel amaçları arasında; mesleki risklerin önceden belirlenmesi, çalışanların iş kaynaklı hastalıklardan korunması, güvenli çalışma koşullarının sağlanması ve mesleki verimliliğin artırılması yer alır. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için önleme (prevention), koruma (protection) ve geliştirme (promotion) ilkeleri birlikte yürütülmelidir. Önleme ilkesi, riskler ortaya çıkmadan alınacak tedbirleri; koruma ilkesi, maruziyet sonrası etkilerin azaltılmasını; geliştirme ilkesi ise çalışanların genel sağlık ve refah düzeyinin yükseltilmesini kapsamaktadır (ILO&WHO, 2022: 10).

Modern iş sağlığı anlayışı, yalnızca fiziksel güvenliği değil; aynı zamanda psikososyal ve ergonomik koşulları da içermektedir. Hemşirelerin vardiyalı çalışma, duygusal yük, şiddet riski ve kronik stres gibi etmenlere maruz kalması, iş sağlığının kapsamını genişletmiştir (Alghamdi & Bahari, 2023: 221). Bu nedenle hemşirelikte iş sağlığı uygulamaları, yalnızca teknik prosedürler değil, aynı zamanda kurumsal kültür, etik farkındalık ve profesyonel dayanıklılığı da içeren çok boyutlu bir sistem olarak ele alınmalıdır (Doğan & Altınbaş, 2024: 80).

Klinik ortamlarda iş sağlığı uygulamalarının başarısı, kurum politikalarıyla bireysel farkındalığın birleşmesiyle mümkündür (WHO, 2022: 12). Hemşireler bu noktada yalnızca çalışan olarak değil, aynı zamanda iş sağlığı politikalarının şekillenmesinde aktif rol alan, eğitim ve danışmanlık süreçlerine liderlik eden profesyoneller olarak konumlanmaktadır (ICN, 2017: 4). Dolayısıyla iş sağlığı, hemşirelik mesleğinin özünde yer alan “insan sağlığını koruma” ilkesinin doğrudan bir uzantısıdır.

Klinik Ortamda Karşılaşılan Mesleki Riskler

Klinik ortamlarda görev yapan hemşireler, sağlık hizmetlerinin sũreklilięini sağlayan en kritik meslek grubudur ve mesleki risklere en yũksek dũzeyde maruz kalan çalışanlar arasında yer almaktadır. Bu alışma alanları; biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal risklerin bir arada bulunduğu karmaşık ortamlardır. Sũz konusu risklerin erken tanılanması, yũnetilmesi ve ũnlenmesi yalnızca çalışan sağlığının değil, aynı zamanda hasta gũvenlięinin korunması açısından da hayati ũneme sahiptir (İnce, 2018: 66-68).

Biyolojik Riskler

Biyolojik etmenler, sağlık alışanlarında en sık karşılaşılan mesleki tehlikelerin başında gelmektedir. Kan ve vũcut sıvılarıyla temas sonucu oluşan iğne batması yaralanmaları, HIV, HBV ve HCV gibi kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar açısından ũnemli risk oluşturur. Tũrkiye’de yapılan bir çalışmada hemşirelerin ũnemli bir bũlũmũnũn mesleki yaşamları boyunca en az bir kez kesici-delici alet yaralanması yaşadığı belirlenmiştir (Olgun, 2013). Ayrıca solunum yoluyla bulaşan tũberkũloz, COVID-19 ve influenza gibi enfeksiyonlar uezellikle acil servis ve yoğun bakım çalışanları için yũksek risk taşımaktadır (Kayabek & evik, 2022: 258). Biyolojik risklerin azaltılmasında el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman kullanımı ve bağışıklama programları kritik rol oynamaktadır (Beşer & Topçu, 2016: 24).

Kimyasal Riskler

Hemşireler klinik uygulamalar sırasında dezenfektanlar, sterilizasyon maddeleri, anestezi gazlar, sitotoksik ve antineoplastik ilaçlar gibi pek çok kimyasal maddeye maruz kalabilmektedir. uezellikle onkoloji servislerinde antineoplastik ilaçların hazırlanması sırasında maruziyetin uzun vadede reproduktif sistem bozuklukları ve kanser riskini artırdığı belirtilmektedir (Gũlen & Baykal, 2025: 35). Kliniklerde alışanların kimyasal

maddelerle ilgili risk farkındalıklarının yetersiz olmasının kazaları artırdığı da vurgulanmaktadır (Uğurlu, Özhan Elbaş & Günay, 2020: 223). Bu nedenle biyolojik güvenlik kabinleri, kapalı sistem hazırlama üniteleri ve uygun havalandırma sistemleri zorunlu niteliktedir (İnce, 2018: 65).

Fiziksel Riskler

Hastanelerde radyasyon, gürültü, sıcaklık değişimleri, yetersiz aydınlatma, kaygan zeminler ve nem fiziksel riskler arasında yer almaktadır. Özellikle radyoloji ve ameliyathane birimlerinde çalışan hemşirelerin iyonize radyasyona kronik maruziyet riski yüksektir (Kayabek & Çevik, 2022: 261). Radyasyondan korunma protokollerine uyum, dozimetre takibi ve kurşun koruyucu ekipman kullanımı riskleri azaltmaktadır (Beşer & Topçu, 2016:25). Bu bağlamda uzun vardiyalar ve sürekli ayakta çalışma kas-iskelet sistemi zorlanmaları ve dolaşım problemlerine neden olabilmektedir.

Ergonomik Riskler

Hemşirelik, yüksek fiziksel efor gerektiren bir meslektir. Hastaların kaldırılması ve pozisyon verilmesi, tekrarlayıcı hareketler ve yanlış postür kas-iskelet sistemi hastalıklarının başlıca nedenleridir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada hemşirelerin %60’tan fazlasında bel, boyun ve omuz ağrısı görüldüğü bildirilmiştir. Başka bir araştırma hemşirelerin ergonomik risk açısından yüksek düzeyde tehlike altında olduğunu ortaya koymuştur (Karaca, 2025: 4). Ergonomik eğitimler, hareket destek sistemleri ve mekanik hasta transfer cihazları ile bu riskler büyük oranda azaltılabilmektedir (İnce, 2018: 67).

Psikososyal Riskler

Vardiyalı çalışma, yoğun iş yükü, zaman baskısı, çalışanlara yönelik şiddet, tükenmişlik ve mesleki doyum kaybı hemşirelerin

ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen temel psikososyal risklerdendir. Yapılan araştırmalar tüklenmişliğin klinik hata oranlarını artırarak hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Gülen & Baykal, 2025: 49). Bu nedenle kurumlarda stres yönetimi, destek programları ve ekip iletişimini güçlendiren uygulamaların geliştirilmesi gereklidir (Kayabek & Çevik, 2022: 264).

Risklerin Çok Boyutlu Yönetimi

Klinik ortamlarda mesleki risk yönetimi yalnızca bireysel önlemlerle değil, güçlü kurumsal politikalar ve etkin güvenlik kültürü ile mümkündür. Etkili bir iş sağlığı yönetim sistemi; risk değerlendirme, eğitim, raporlama ve sürekli izlem döngüsünü içermelidir (İnce, 2018: 68). Hemşireler bu sürecin hem uygulayıcısı hem de izleyicisi konumundadır. Güvenli çalışma ortamının sürdürülebilmesi liderlik, ekip dayanışması ve iletişim ile yakından ilişkilidir (Kayabek & Çevik, 2022: 266).

İş Sağlığı Uygulamalarının Klinik Ortamda Uygulanması

Klinik ortamlarda iş sağlığı uygulamaları, sağlık hizmeti sunumunun güvenli, etkili ve sürdürülebilir biçimde yürütölmesini sağlayan temel bileşenlerdir. Bu uygulamalar yalnızca iş kazalarını önlemeyi değil; aynı zamanda çalışan sağlığını korumayı, risk farkındalığını artırmayı ve hasta güvenliğini desteklemeyi amaçlamaktadır. Sağlık kurumlarında etkin iş sağlığı yönetimi, önleme, erken tanı, eğitim, izleme ve iyileştirme döngüsü üzerine inşa edilmelidir. Bu yaklaşım sistematik bir yönetim modeli çerçevesinde yürütölmeli; hem çalışan hem kurum düzeyinde sürdürülebilir bir güvenlik kültürü oluşturulmalıdır (Yapıcı, 2019: 92).

Risk Değerlendirmesi ve Önleyici Planlama

İş sağlığı uygulamalarının ilk adımı, klinik ortamda mevcut tehlikelerin ve risklerin belirlenmesidir. Risk değerlendirmesi; olası

tehlike kaynaklarının sistematik olarak analiz edilmesi ve önceliklendirilmesi sürecidir (Özkılıç, 2008: 29). Hemşireler bu aşamada saha gözlemi, olay kayıtları, meslek hastalığı verileri ve çalışan geri bildirimleri aracılığıyla risk belirleme sürecine aktif olarak katılmaktadır (Gülen & Kaya, 2025: 51). Risklerin analizinden sonra her bir risk için uygun kontrol önlemleri geliştirilir. Bu önlemler mühendislik kontrolleri (örneğin havalandırma sistemleri, güvenlik kabinleri), idari kontroller (vardiya planlaması, çalışma süresi düzenlemeleri) ve kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanımını kapsamalıdır (İnce, 2018: 53).

Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) Kullanımı

KKE kullanımı, klinik iş sağlığı uygulamalarının en görünür ve temel unsurlarındandır. Eldiven, maske, gözlük, önlük, kurşun yelek gibi ekipmanlar biyolojik, kimyasal ve fiziksel risklerden korunmada etkilidir. Ancak araştırmalar, yalnızca ekipmanın varlığının yeterli olmadığını; doğru ve düzenli kullanımın eğitimle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Hemşireler, KKE kullanımı konusunda rol model olmanın yanı sıra yeni çalışanların eğitimi ve ekipman uygunluğunun denetlenmesinde de sorumluluk taşımaktadır (Yeon & Shin, 2020: 6).

Enfeksiyon Kontrol Programları

Enfeksiyon kontrolü, hem çalışan hem de hasta güvenliği açısından klinik ortamlarda en kritik iş sağlığı uygulamasıdır. Bu kapsamda el hijyeni, sterilizasyon, atık yönetimi, izolasyon protokolleri ve bağışıklama programları yer alır (Yapıcı, 2019: 97). Bazı kurumlarda el hijyeni uyum oranlarının düşük olması, nozokomiyal enfeksiyon oranlarının artışı ile ilişkilendirilmiştir. Hemşirelerin liderliğinde yürütülen enfeksiyon kontrol komiteleri, uygulamaların izlenmesi, denetlenmesi ve sürekli iyileştirilmesi açısından önemlidir (Mat & Yıldız & Kurt, 2018: 101).

Atık Yönetimi ve Çevresel Güvenlik

Klinik atıkların doğru sınıflandırılması, taşınması ve bertaraf edilmesi hem çalışan güvenliği hem de çevre sağlığı açısından zorunludur. Tıbbi atıkların kontrolsüz yönetimi; enfeksiyon, yaralanma ve kimyasal kontaminasyon riskini artırmaktadır. Türkiye’de sağlık kuruluşlarında atık yönetimi konusunda hem bilgi düzeyinin çeşitli olduğu hem de uygulamada eksikliklerin bulunduğu belirlenmiştir (Küçükkeleş & Aslan, 2022: 1369). Hemşireler bu süreçte renk kodlama sistemlerinin doğru kullanımı, kontamine materyal taşıma kurallarının uygulanması ve eğitim süreçlerinin yürütülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Yapıcı, 2019: 101).

Acil Durum Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Protokolleri

Yangın, kimyasal dökülme, elektrik arızası, patojen sızıntısı veya doğal afet gibi durumlar için acil eylem planlarının hazırlanması ve düzenli tatbikatların yapılması iş sağlığı uygulamalarının sürekliliğini sağlar. Acil durum yönetimi yalnızca olay anındaki müdahaleyi değil; olay sonrası iyileştirme ve psikososyal destek süreçlerini de kapsamalıdır. Sağlık kurumlarında çalışanların bu tür olaylara hazırlıklı olması, hem kendi güvenlikleri hem de hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir (Cengiz, 2023: 61).

Eğitim ve Farkındalık Programları

Eğitim, iş sağlığı uygulamalarının sürekliliğini sağlayan en temel mekanizmadır. Yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon süreçlerinde iş sağlığı ve güvenliği konularının yer alması koruyucu davranışların erken dönemde benimsenmesini sağlar (İnce, 2018: 70). Ayrıca yılda en az bir kez yapılan mesleki risk farkındalığı eğitimlerinin iş kazası oranlarını anlamlı biçimde düşürdüğü belirtilmiştir (Gülen & Baykal, 2025: 53). Eğitimlerin yalnızca

teorik değil; vaka temelli simülasyonlarla desteklenmesi öğrenmenin kalıcılığını artırmaktadır.

İzleme, Raporlama ve Geri Bildirim Sistemleri

Klinik ortamlarda iş sağlığı performansının ölçülmesi için sistematik veri toplama ve analiz süreçleri gereklidir. İğne batması, düşme, kayma, yanık ve kimyasal temas gibi olayların raporlanması, kurum düzeyinde risk haritalarının oluşturulmasına katkı sağlar. Etkin bir raporlama kültürü “suçlayıcı değil öğrenmeye açık” bir yaklaşım üzerine kurulmalıdır (İnce, 2018: 66). Hemşirelerin olay bildirim sistemlerinde aktif rol alması, erken uyarı mekanizmalarının işlerliğini güçlendirir (Gülen & Baykal, 2025: 52).

Güvenlik Kültürünün Oluşturulması

İş sağlığı uygulamalarının en kalıcı etkisi, güçlü bir kurumsal güvenlik kültürü oluşturabilmektir. Güvenlik kültürü; çalışanların güvenli davranışları içselleştirdiği, yönetimin desteklediği ve iletişimin açık olduğu bir ortamı ifade eder. Araştırmalar göstermektedir ki yüksek güvenlik kültürüne sahip sağlık kurumlarında iş kazası oranları anlamlı ölçüde azalabilmektedir. Bu kültürün yerleşmesinde hemşirelerin liderlik rolü ve ekip içi iletişim becerileri belirleyici olmaktadır (Moosavi & ark,2023, 20).

İşyeri Hemşiresinin İş Sağlığı Uygulamalarındaki Rolü

Hemşirelik mesleği, yalnızca hasta bakım hizmetlerini değil aynı zamanda güvenli çalışma ortamlarının sürdürölmesini, çalışan sağlığının korunmasını ve kurumsal düzeyde iş sağlığı kültürünün güçlendirilmesini kapsayan geniş kapsamlı bir yapıya sahiptir. Klinik ve kurumsal iş ortamlarında işyeri hemşiresi, iş sağlığı uygulamalarının merkezinde yer alan önemli bir profesyoneldir. Bu rol, hem hastalara hem çalışanlara yönelik hizmet yürüten hemşirenin; risk yöneticisi, eğitimci, danışman, veri analisti ve lider kimliklerini aynı anda taşımasını gerektirir. Dolayısıyla işyeri

hemşirelerinin temel görevi, çalışan sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bilimsel temelli ve etkin iş sağlığı uygulamalarını hayata geçirmektir (Yolcu & Demir,2023: 50).

İşyeri Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

İşyeri hemşiresi, çalışanların sağlık izlemelerini yürüten, iş kazaları ve mesleki hastalıkların nlenmesine yönelik uygulamalara katkı sağlayan, güvenli çalışma ortamının geliştirilmesini destekleyen bir sağlık profesyoneli. Temel görevleri; sağlık taramalarının yürütülmesi, enfeksiyon kontrol protokollerinin uygulanması, risk değerlendirme süreçlerine katılım, iş kazası ve mesleki hastalık raporlaması, koruyucu sağlık programlarının planlanması ve yönetime stratejik danışmanlık yapılmasını içermektedir. İşyeri hemşireleri, işyerine özgü sağlık-güvenlik politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında anahtar rol oynamaktadır (McCullagh & Berry, 2015: 300).

Risk Tanılama ve Koruyucu Girişimler

İşyeri hemşireleri, sağlık hizmeti sunum alanlarında biyolojik, kimyasal, ergonomik ve psikososyal risklere en çok maruz kalan çalışan gruplarından biridir. Bu nedenle risk tanılama süreçlerinde erken farkındalık geliştirerek uygun koruyucu stratejilerin uygulanmasını sağlarlar. Örneğin, kesici-delici yaralanmaların yüksek olduğu bölümlerde güvenli enjektör sistemlerine geçiş önerilebilir veya ergonomik pozisyon hatalarını azaltmaya yönelik eğitim programları düzenlenebilir. Literatür, işyerinde etkin risk yönetimi uygulamalarının iş kazalarını ve mesleki yaralanmaları önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (Mersal & ark,2025: 8).

alışan Sağlığının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

İşyeri hemşiresi, çalışanların sağlık durumlarını periyodik olarak değerlendirir ve sağlık kayıtlarını gizlilik ilkesi çerçevesinde

yönetir. Bu kapsamda bağışıklık değerlendirmeleri, bulaşıcı hastalık taramaları, biyolojik izlem testleri, aşı kayıtları ve işe dönüş muayeneleri yürütülür. İşyeri hemşiresi tüm bu süreçleri işyeri hekimi ile koordineli ve multidisipliner bir yaklaşımla planlar; gerekli durumlarda klinik değerlendirme, sevk, tedavi ve takip süreçlerini hekimin yönlendirmesi ile entegre biçimde yürütür. Sağlık verilerinin sistematik biçimde izlenmesi, erken tanı ve müdahale yoluyla iş gücü kaybını en aza indirir ve maliyet etkinliği sağlar (Rogers & Livsey,2000: 95).

Eğitim ve Danışmanlık Rolü

İşyeri hemşireleri, çalışanların güvenli davranış geliştirmeleri ve iş sağlığı farkındalığını yükseltmeleri için eğitim programları planlayıp yürütür. Bu eğitimler; enfeksiyon kontrolü, kimyasal güvenlik, ergonomi, stres yönetimi ve kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanımını kapsar. Araştırmalar, düzenli eğitim verilen sağlık kurumlarında iş kazalarının ve kesici-delici yaralanmaların belirgin biçimde azaldığını göstermektedir. Ayrıca işyeri hemşireleri, çalışanlara danışmanlık sağlayarak iş doyumunu ve motivasyonu artırır (Çetin & ark, 2023: 696).

Liderlik, Ekip Yönetimi ve Güvenlik Kültürü

İşyeri hemşireleri, güvenlik kültürünün oluşturulması ve sürdürülebilirliğinde lider bir figürdür. Açık iletişim, karşılıklı güven, geri bildirim mekanizmaları ve hatalardan öğrenme kültürünün geliştirilmesinde aktif rol oynarlar. Güçlü güvenlik kültürünün bulunduğu kurumlarda hemşire tükenmişliği daha düşük, bakım kalitesi ve iş tatmini ise daha yüksektir (Needle, 2023: 50).

Raporlama, Kayıt Tutma ve Veri Analizi

İş sağlığı uygulamalarının başarısı, raporlama ve veri analiz sistemlerinin etkinliğine bağlıdır. İşyeri hemşiresi, iş kazalarını, riskli olayları ve sağlık kayıtlarını sistematik olarak raporlar, kök

neden analizleri yapar ve önleyici stratejiler geliştirir. Elde edilen veriler, kalite yönetim sistemleriyle entegre edildiğinde uzun vadeli güvenlik performansının iyileştirilmesine katkı sağlar (International Council of Nurses, 2023: 4).

Psikososyal Destek ve Rehberlik

Yoğun iş yükü, travmatik olaylara maruziyet ve duygusal emek gereksinimi nedeniyle sağlık çalışanları yüksek psikososyal risk altındadır. İşyeri hemşiresi, çalışanların stres ve tükenmişlikle başa çıkmasında destek sağlar, gerektiğinde yönlendirme yapar ve kurum içi psikososyal destek programlarının yürütülmesinde görevlidir. Güçlü psikososyal destek mekanizmaları, çalışan performansı ve bakım kalitesi üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır (Shah & ark., 2024: 7).

Eğitim, İzleme ve Raporlama Süreçleri

Eğitim, izleme ve raporlama süreçleri; iş sağlığı yönetim sisteminin sürdürülebilirliği için kritik öneme sahip üç temel bileşendir. Klinik ortamlarda bu süreçlerin etkin işletilmesi, hem çalışan sağlığının korunması hem de hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi açısından belirleyici rol oynamaktadır. Bu uygulamalar yalnızca teknik süreçler değil, kurumun örgütsel kültürünün ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Ergül & Kurt, 2021: 69).

İş Sağlığı Eğitimleri ve Kurumsal Liderlik

İş sağlığı eğitimleri, sağlık çalışanlarında güvenli davranışların yerleşmesini sağlayarak mesleki risklerin azaltılmasında önemli katkı sunmaktadır (Çevik & Yiğit, 2023: 215). Araştırmalar, düzenli eğitim programlarının KKD kullanım oranlarını artırdığını, enfeksiyon kontrolü ve ergonomik uygulamalarda davranış değişikliğini desteklediğini göstermektedir (Yıldız & Uğurlu, 2022: 57). Etkileşimli öğrenme, simülasyon, vaka

temelli eğitim ve senaryo uygulamalarının kalıcı öğrenmeyi güçlendirdiği ortaya konmuştur (Aksoy & Taşdelen, 2021: 455). Bu nedenle eğitimlerin yalnızca oryantasyon sürecine bağlı olmaması, periyodik olarak güncellenmesi gerekmektedir.

Kurumsal eğitimlerde hemşireler eğitim lideri, danışman ve rol model olarak önemli rol oynar. Literatür, hemşire liderliğindeki eğitim çalışmalarının raporlama oranlarını ve güvenlik farkındalığını artırdığını ifade etmektedir (Özkan & Arıkan, 2020: 98).

İzleme Sistemleri ve Raporlama Mekanizmaları

Eğitimle kazanılan bilgi ve becerilerin klinik uygulamalara yansımaları, izleme ve değerlendirme süreçleriyle mümkündür. İzleme sistemi; periyodik sağlık muayeneleri, mesleki maruziyet kayıtları, ergonomik ve psikososyal değerlendirmeler gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Doğan & Büken, 2021: 80). Periyodik kontrollerin düzenli yürütülmesi, meslek hastalıklarının erken tanısını mümkün kılmakta ve sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir (Tufan & Öztürk, 2020: 249).

Etkin raporlama mekanizmaları, iş kazalarının önlenmesi ve risklerin iyileştirilmesi için zorunlu bir bileşendir. Ancak araştırmalar, sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının yaşadıkları olayları raporlamadığını göstermektedir. Bu durumun temel nedenleri arasında cezalandırılma korkusu, zaman yetersizliği ve yönetsel desteğin yetersizliği yer almaktadır. Güvenlik kültürünün güçlü olduğu kurumlarda olay bildirim oranlarının belirgin biçimde arttığı belirtilmektedir (Çimen & Yılmaz, 2021: 302).

Dijitalleşme, Veri Analizi ve Sürekli İyileştirme

Dijital sağlık sistemleri, elektronik kayıt altyapıları ve veri analiz araçları iş sağlığı uygulamalarının etkinliğini artırmaktadır (Korkmaz & Şahin, 2023: 103). Yapay zekâ tabanlı analizlerin riskli

Çalışma alanlarını önceden tahmin edebilmesi, önleyici tedbir planlamasına önemli katkı sunmaktadır (Aydın & Karadağ, 2022: 20). Toplanan verilerin düzenli analizi; güçlü ve zayıf ynlerin belirlenmesine, stratejik kararların alınmasına ve sürekli iyileştirme döngüsünün sürdürülebilirliğine yardımcı olmaktadır (Kaya & Yıldırım, 2021: 240).

Geri bildirim sistemlerinin varlığı, çalışanların sürece aktif katılımını artırmakta ve kurumsal öğrenmeyi desteklemektedir. Araştırmalar, açık raporlama ve geri bildirim kültürü bulunan hastanelerde güvenlik performansının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Polat & elik, 2020: 133).

İyi Uygulama rnekleri ve Güncel Yaklaşımlar

Klinik ortamlarda iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları, son yıllarda yalnızca yasal zorunluluklar veya kurumsal politikalar çerçevesinde değil, bilimsel kanıtlara dayalı iyi uygulama modelleri aracılığıyla yürütülmektedir. Bu modeller hem çalışan sağlığını korumayı hem de hasta güvenliğini artırmayı amaçlayan bütüncül yaklaşımlar sunmaktadır. Bu dönüşümde işyeri hemşireleri, yenilikçi uygulamaların sahaya entegre edilmesinde ve iş sağlığı sistemlerinin geliştirilmesinde aktif rol üstlenmektedir. Günümüzde iş sağlığı uygulamaları dijitalleşme, sürdürülebilirlik, psikososyal destek, veri-temelli karar verme ve liderlik bileşenlerini içeren çok-boyutlu bir yapıya dönüşmüştür (Teufer & ark,2019: 7).

Dünya genelinde başarılı örnekler incelendiğinde, işyeri hemşirelerinin risk değerlendirme süreçleri, sağlık izlemi, eğitim ve danışmanlık rollerinin etkin yönetim sistemlerinin temel bileşenleri olduğu görülmektedir. Sistematik derlemeler, dijital müdahalelerin iş sağlığı bakımında giderek güçlendiğini ve işyeri hemşirelerinin dijital araçlar ile veri-temelli karar verme süreçlerini desteklediğini göstermektedir. Türkiye bağlamında yapılan değerlendirmeler ise sağlık kurumlarında iş sağlığı uygulamalarının geliştirilmesi

gerektiğini; en belirgin eksikliklerin fiziksel ortam güvenliği ve raporlama sistemlerinde olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca risk değerlendirme çalışmalarının sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerle göre daha yüksek düzeyde tehlike ve maruziyet içerdiğini gösterdiği belirtilmektedir (Jern-Matintupa,2025: 12).

Dijitalleşme ve yapay zekâ destekli sistemler, iş sağlığı uygulamalarında önemli bir yenilik alanı oluşturmuştur. Yapay zekâ algoritmaları ile geçmiş olay kayıtlarının analizi sayesinde yüksek riskli birimler önceden tespit edilerek önleyici eylemler planlanabilmektedir. Ayrıca sensör tabanlı ergonomik izleme sistemlerinin hemşirelerin hareket paternlerini takip ederek kas-iskelet sistemi risklerini tahmin ettiği ve ergonomik öneriler sunduğu bildirilmektedir. Bu uygulamalar sonucunda hem iş kazası oranlarında azalma hem de çalışan bağlılığında artış sağlanmıştır.

Psikososyal risk yönetimi de çağdaş iş sağlığı uygulamalarının merkezine yerleşmiştir. İşyerinde tükenmişlik, stres ve vardiyaya bağlı uyku bozuklukları gibi sorunların azaltılmasında işyeri hemşirelerinin yürüttüğü değerlendirme, danışmanlık ve destek programlarının etkili olduğu bilinmektedir. Bu tür uygulamaların çalışanların işten ayrılma niyetini azalttığı ve mesleki doyumu artırdığı ortaya konmuştur (Parlak & ark,2025: 379).

Sürdürülebilirlik yaklaşımının sağlık kurumlarına yansımaları olan “Yeşil Hastane” modeli, çevresel sağlık ile çalışan sağlığını birlikte ele alan bir çerçeve sunmaktadır. Model, kimyasal maruziyetlerin azaltılması, havalandırma sistemlerinin güçlendirilmesi, doğal ışık ve yeşil alan kullanımının artırılması gibi uygulamaları kapsamaktadır. Bu süreçlerde işyeri hemşireleri, çevre-dostu uygulamaların planlanması, çalışan farkındalığının artırılması ve eğitim çalışmalarının yürütülmesinde etkin görev almaktadır(Luque-Alcaraz,2024:229).

Kurumsal öğrenme ve güvenlik kültürü de iyi uygulamaların kalıcı hâle gelmesi için kritik öneme sahiptir. “Olaylardan Öğrenme (LFI)” yaklaşımı, yalnızca raporlama değil, olayların neden analizi ve ekip içi paylaşımı yoluyla güvenlik davranışlarının geliştirilmesini hedefler. Modelin uygulandığı kurumlarda tekrar eden hataların azaldığı ve raporlama oranlarının arttığı bildirilmiştir. İşyeri hemşirelerinin reflektif uygulamalar yoluyla öğrenme kültürünün gelişimine katkı sunduğu belirtilmektedir (Serou,2021:5).

Geleceğe yönelik eğilimler değerlendirildiğinde, iş sağlığı uygulamalarının giderek daha entegre, dijital ve çalışan merkezli bir yapıya evrileceği öngörülmektedir. Giyilebilir cihazlar, yapay zekâ destekli risk analizleri, dijital eğitim platformları ve psikolojik dayanıklılık izleme araçları bu dönüşümün temelini oluşturacaktır. Ayrıca hemşirelik eğitim programlarına **“işyeri hemşiresi”** rolünün güçlendirildiği disiplinler içeriklerin eklenmesi, mesleğin stratejik önemini daha da artıracaktır (Alzghaibi,2025: 799).

Sonuç ve Öneriler

Klinik ortamlarda iş sağlığı uygulamaları yalnızca çalışan güvenliğini korumaya yönelik araçlar değildir; aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen sistem bileşenleridir. Bu bağlamda hemşirelik mesleği, iş sağlığı uygulamalarının hem planlayıcısı hem uygulayıcısı hem de izleyicisi rolünde yer almakta; hem çalışan hem de hasta güvenliğini kapsayan bütüncül bir anlayışla hareket etmektedir. İşyeri hemşireleri; risklerin tanınması, önleyici stratejilerin geliştirilmesi, eğitim ve izleme süreçlerinin yürütülmesi ve etik-profesyonel standartların korunması gibi çok yönlü sorumluluklar üstlenir ve dolayısıyla özerk bir liderlik işlevini de yerine getirir. Bu bağlamda iş sağlığı uygulamalarının başarısı, bireysel güvenliği kurumsal sistemlerle bütünleştiren bir modelin kurulmasına bağlıdır.

Genel Değerlendirme

Klinik ortamlarda biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal risklerin çeşitliliği, iş sağlığına ilişkin bütüncül ve disiplinlerarası yaklaşımların zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Bu zemin üzerinde hemşirelik yalnızca uygulayıcı bir rol üstlenmekle kalmayıp, politika üretimi ve liderlik fonksiyonlarıyla da ön plana çıkmaktadır. Literatürde, etkili bir iş sağlığı sisteminin kurulmasının; önleme odaklı stratejiler geliştirilmesi, çalışanların eğitim ve farkındalık düzeylerinin artırılması ve kurum çapında güvenlik kültürünün geliştirilmesiyle mümkün olduğu saptanmıştır. İşyeri hemşireleri bu süreçlerin her aşamasında etkin olarak yer almakta; risk analizinden veri izlemeye, eğitimden raporlama süreçlerine kadar tüm uygulamalarda aktif rol oynamaktadır. Böylece iş sağlığı uygulamaları yalnızca yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesiyle değil, kurumsal sahiplenme ve profesyonel etik bilincinin içselleştirilmesiyle etkinlik kazanır (Haskins & Roets,2022: 6).

Etik ve Profesyonel Yaklaşımın Güçlendirilmesi

Etik sorumluluk, iş sağlığı uygulamalarının özünü oluşturur. Yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleri, klinik ortamda her kararın temelini oluşturmalıdır. Hemşirelerin etik farkındalığı, güvenli bakımın ve çalışan refahının güvencesidir; bu nedenle kurumlarda etik karar destek mekanizmalarının (örneğin vaka danışma kurulları, etik komiteler) etkin biçimde çalışması kritik önem taşımaktadır. Ayrıca profesyonel dayanıklılık, iş sağlığı hemşireliği (işyeri hemşireliği) uygulamalarının sürdürülebilirliğindeki temel faktörlerden biridir. Uzun vardiyalar, yüksek iş yükü ve stresli ortamlar karşısında dayanıklılık becerilerinin geliştirilmesi, hemşirelerin tükenmişlikten korunmasına, karar kalitesinin artmasına ve ekip içi uyumun güçlenmesine katkı sağlar (Asadi, 2023: 7).

Eğitim, İzleme ve Dijital Dönüşüm Süreçlerinin Sürdürülmesi

Eđitim, klinik iř sağlığı sisteminin temel taşıdır; işyeri hemşireleri tarafından yurutulen srrekli eğitim programları, risk farkındalığını ve guvenli davranış alışkanlıklarını artırır. İzleme sistemleri ile desteklenen eğitim srreçleri, oğrenmenin kalıcılığını ve uygulamaya dōnuřumunu sağlar. Bununla birlikte dijital teknolojilerin (orneğin elektronik olay bildirim sistemleri, sensōr tabanlı risk izleme, yapay zekâ destekli analiz) kullanımı iř sağlığı yōnetimini daha dinamik ve veriye dayalı hâle getirmektedir. Bu dōnuřumde işyeri hemşirelerinin dijital okuryazarlık dūzeyinin artırılması, teknolojik araçların etkin kullanımını kolaylaştıracaktır. Ayrıca yapay zekâ destekli sistemlerin, ōnleyici uyarılar ve risk tahmin modelleri aracılığıyla iř kazalarının azaltılmasında ōnemli katkılar sağlayacağı ōngōrūlmektedir (Arnetz,2019: 244).

Politika ve Kurumsal Strateji Önerileri

Klinik ortamlarda iş sağlığı uygulamalarının geliştirilmesine yōnelik stratejik ōneriler řu şekilde ōzetlenebilir:

Kurumsal Politika Dūzeyinde: sağlık kurumlarında işyeri hemşireliği birimlerinin daimi ve proaktif biçimde yapılandırılması; çalışan guvenliği gōstergelerinin (orneğin kesici-delici alet yaralanmaları, maruziyet bildirim oranları, eğitim katılım oranları) dūzenli izlenmesi; iř sağlığı verilerinin kalite yōnetim sistemlerine entegre edilmesi; çalışan refahını artırıcı programların (orneğin dinlenme alanları, psikososyal destek birimleri) yaygınlaştırılması,

Eđitim ve Arařtırma Dūzeyinde: hemřirelik lisans ve lisansustū mūfredatına “İřyeri Hemřireliđi” modūlünün zorunlu olarak eklenmesi; mesleki risklerin belirlenmesine yōnelik saha arařtırmalarının artırılması; kanıta dayalı uygulamaların paylařılacađı ulusal bir veri portalının oluřturulması,

Etik ve Hukuksal Boyutta: etik komitelerin çalışan guvenliği ihlallerini izleyebileceği bağımsız mekanizmaların kurulması; meslek yasalarının işyeri hemşireliği tanımını ve yetki çerçevesini

güncellemesi; veri gizliliği ve çalışan mahremiyetinin korunmasına yönelik standartların geliştirilmesi,

Teknolojik ve Sürdürülebilirlik Boyutunda: yapay zekâ ve veri analitiği tabanlı risk tahmin sistemlerinin pilot olarak uygulanması; yeşil hastane uygulamalarıyla çevresel ve mesleki risklerin birlikte azaltılması; dijital eğitim platformları ve sanal simülasyon laboratuvarlarının yaygınlaştırılması olarak önerilmektedir.

Geleceğe Yönelik Perspektif

Klinik iş sağlığı uygulamaları gelecekte daha entegre, teknoloji odaklı ve çalışan merkezli bir yapıya evrilecektir; bu süreçte işyeri hemşirelerinin liderliği belirleyici olacaktır. Hemşireler, multidisipliner ekiplerin koordinasyonunu sağlayan, klinik gözlemleri kanıta dönüştüren ve politika geliştirme süreçlerinde etkin rol alan profesyonellerdir. Sürdürülebilir bir iş sağlığı kültürü için hem bireysel farkındalığın hem de örgütsel destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gereklidir. Kurumlarda öğrenen organizasyon modeli benimsenmeli ve her olay bir öğrenme fırsatı olarak ele alınmalıdır. Bu geniş görüşlülük, hemşirelerin hem çalışanların hem de hastaların sağlık ve güvenliğini güvence altına alacak bir dönüşümün temelini oluşturacaktır (Haskins & Roets,2022: 8).

Kaynakça

- Alghamdi, R., & Bahari, G. (2025, January). Shift work, psychological health disorders, and job security among nurses: A cross-sectional study. *In Healthcare* (Vol. 13, No. 3, p. 221). MDPI.
- Aksoy, M., & Taşdelen, B. (2021). Simülasyon temelli öğrenmenin klinik eğitimde kullanımı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 8(3), 452-460.
- Alzghaibi, H. (2025). Nurses' perspectives on AI-Enabled wearable health technologies: opportunities and challenges in clinical practice. *BMC nursing*, 24(1), 799.
- Arnetz, B. B., et al. (2019). Effectiveness of a Workplace Safety Culture Training Program on Safety Climate and Injury Rates in a Hospital Setting. *Safety and Health at Work*, 10(2), 240-246.
- Asadi, Y., Molazem, Z., Mohebbi, Z., & Ghaemmaghami, P. (2023). Investigating the relationship between resilience and professional ethics in nurses: a cross-sectional study in southern Iran. *BMC nursing*, 22(1), 1-8.
- Aydın, R., & Karadağ, Ö. (2022). Dijital sağlık teknolojilerinin iş sağlığına etkisi. *Türkiye Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 15-26.
- Beşer, A., & Topçu, S. (2016). Hemşirelerin maruz kaldıkları sağlık riskleri ve kazalar. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Sayısı*, 2(2), 23-28.
- Cengiz, H. (2023). Sağlık kurumlarında acil durum yönetimi ve afet hazırlığı. *Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(1), 55–68.

- Çetin, Y., Aydın, N., & Aslı, T. O. K. (2023). The Effect of Nurses' Occupational Health and Safety Cultures on Their Caregiver Roles. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 8(Özel Sayı), 694-700.
- Çevik, E., & Yiğit, A. (2023). Sağlık çalışanlarında İSG eğitimlerinin etkinliği. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 211-220.
- Çimen, S., & Yılmaz, E. (2021). Sağlık çalışanlarında olay bildirim süreçlerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 17(4), 301-309.
- Demir, F., & Yolcu, S. (2024). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 475-485.
- Doğan, R., & Örnek Büken, N. (2021). Sağlık hizmetlerinde mesleki riskler ve koruyucu yaklaşımlar. *Sağlık ve Etik Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 77-88.
- Ergül, S., & Kurt, A. (2021). Sağlık çalışanlarında iş sağlığı güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinik Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(1), 65-74.
- Gülen, Ş., & Baykal, Ü. (2025). Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği farkındalığı ve uygulamaları. *Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 18(1), 45-56.
- Gülen, Ş., & Kaya, D. (2025). Klinik risk yönetimi uygulamalarında hemşirelerin rolü. *Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 12(1), 33-47.
- Haskins, H. E., & Roets, L. (2022). Nurse leadership: Sustaining a culture of safety. *Health SA Gesondheid*, 27, 2009.

International Council of Nurses. (2023). Occupational health and safety for nurses [Policy brief]. Geneva: ICN, 1-5.

İnce, B. S. (2018). Hemşire güvenliği: çalışma ortamı riskleri ve korunma stratejileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 24(3), 61–71.

Jern-Matintupa, M. M., Riipinen, A. M., & Laine, M. K. (2025). Impact of Digital Interventions in Occupational Health Care: A Systematic Review. Mayo Clinic Proceedings: Digital Health, 100216,1-16.

Karaca, G. (2025). Ergonomik risk faktörleri ve hemşirelik. Sağlık ve Strateji Dergisi, 3(1), 1-14.

Kaya, S., & Yıldırım, D. (2021). İş sağlığı sistemlerinde sürekli iyileştirme. Sağlık Yönetimi Dergisi, 10(2), 233-245.

Kayabek, İ., & Çevik, C. (2022). Sağlık çalışanlarında iş yeri risk faktörleri ve korunma. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 5(2), 258-268.

Kesgin, M. T., & Kublay, G. (2014). İşyerinde Çalışan Hemşirelerin Görevlerine İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2), 16-31.

Korkmaz, Z., & Şahin, Ö. (2023). Dijitalleşme ve iş güvenliği izleme sistemleri. Adli Bilimler ve Sağlık Hukuku Dergisi, 9(1), 98-108.

Küçükkelepçe, G. E., & Aslan, S. (2022). İş Sağlığı ve Güvenliği Dersini Alan Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Tıbbi Atık Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(4), 1367-1376.

- Luque-Alcaraz, O. M., Aparicio-Martínez, P., Gomera, A., & Vaquero-Abellán, M. (2024). The environmental awareness of nurses as environmentally sustainable health care leaders: a mixed method analysis. *BMC nursing*, 23(1), 229.
- Mat, R., Yıldız, S., & Kurt, B. (2018). Hastanelerde enfeksiyon kontrol süreçlerinin değerlendirilmesi. *Enfeksiyon Kontrol Dergisi*, 5(2), 98–108.
- McCullagh, M. C., & Berry, P. (2015). A safe and healthful work environment. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 12(5), 297-302.
- Mersal, F. A., Alenezi, I. N., Ali, R. A. E. S., & Alanazi, F. K. (2025). Occupational Health Hazards and Control Measures in Government Hospitals: A Cross-Sectional Survey of Nurses' and Nurse Managers' Perspectives. *Journal of Nursing Management*, 2025(1), 6657959,1-10.
- Moosavi, S., Amerzadeh, M., Azmal, M., & Kalhor, R. (2023). The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses. *Patient Safety in Surgery*, 17(1), 20.
- Needle, M. (2023). Occupational health hazards and control strategies in government hospitals. *Journal of Healthcare Safety Research*, 9(2), 45-53.
- Ngajilo, D. (2022). Caring for those who care: Safeguarding the health, safety and wellbeing of health workers. *Society of Occupational Medicine*, 19.
- Olgun, S. (2013). Hemşirelerde kesici-delici alet yaralanmaları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 112-119.

- Özkan, S., & Arıkan, Z. (2020). Hemşire liderliğinin güvenlik kültürü üzerine etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(1), 92-100.
- Özkılıç, Ö. (2008). İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemlerinde risk değerlendirme. *TMMOB İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 10(36), 25-32.
- Parlak, A. G., Aladağ, F. Y., Karahan, S., Karakaya, G., & Şeker, H. (2025). Hemşirelerde Tükenmişlik, Meslekten Ayrılma Niyeti ve Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 376-385.
- Polat, S., & Çelik, A. (2020). Hastanelerde güvenlik kültürü ve raporlama davranışları. *Ulusal Sağlık Yönetimi Dergisi*, 4(2), 129-140.
- Rogers, B., & Livsey, K. (2000). Occupational health surveillance, screening, and prevention activities in occupational health nursing practice. *AAOHN journal*, 48(2), 92-99.
- Serou, N., Sahota, L. M., Husband, A. K., Forrest, S. P., Slight, R. D., & Slight, S. P. (2021). Learning from safety incidents in high-reliability organizations: a systematic review of learning tools that could be adapted and used in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1-9.
- Shah, M., Williams, C., & Patel, R. (2024). Workplace stress, burnout, and mental health outcomes among hospital nurses. *JAMA Network Open*, 1-9.
- Sunal, N. (2015). Hemşirelerin iş güvenliği. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 33, 40-45.

- Teufer, B., Ebenberger, A., Affengruber, L., Kien, C., Klerings, I., Szelag, M., ... & Griebler, U. (2019). Evidence-based occupational health and safety interventions: a comprehensive overview of reviews. *BMJ open*, 9(12), e032528,1-9.
- Tufan, A., & Öztürk, M. (2020). Sağlık çalışanlarında meslek hastalıkları taramalarının önemi. *Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 245-254.
- Turan, Ş. (2020). Hemşirelerin çalışma ortamında maruz kaldıkları ergonomik riskler. *Journal of Nursology*, 7(3), 101-112.
- Türen, S., Efil, S., Bülbül, E., Yeni, T., Yıldız Ayvaz, M., & Atakoğlu Yılmaz, R. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki risk algısı ve mesleki kazalar ile ilişkisi. *Journal of Contemporary Medicine*, 12(6), 923–929.
- Uğurlu, Z., Özhan Elbaş, H. N., & Günay, A. (2020). Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları. *FLORA*, 25(2), 220-227.
- World Health Organization & International Labour Organization. (2022). Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. *WHO/ILO Joint Publication*, 1-110.
- Xue, H. L., et al. (2020). A systematic review of risk factors and control strategies in healthcare institutions. *International Journal of Human Sciences*,1-12.
- Yapıcı, G. (2019). Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 87–102.
- Yeon, J. H., & Shin, Y. S. (2020). Effects of education on the use of personal protective equipment for reduction of contamination:

a randomized trial. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820940621,1-10.

Yıldız, S., & Uğurlu, H. (2022). Enfeksiyon kontrolü eğitimlerinin klinik sonuçlara etkisi. *Enfeksiyon Dergisi*, 36(1), 51-59.

Yolcu, S., & Demir, F. (2023). Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Konusunda Rol Ve Sorumlulukları. *Atlas Journal of Medicine*, 4(9), 46-53.

BÖLÜM 9

CERRAHİ HEMŞİRELER AÇISINDAN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

GÜLAY YAZICI¹
ELİF DEMİRDEN ERİŞTİ²

Giriş

Sağlık hizmetlerindeki majör ve riskli tedavi uygulamalarını barındıran cerrahi süreç hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri için büyük öneme sahiptir (Duclos & ark., 2024: 11). Planlı veya acil olarak hemostazısın bozulduğu bu süreç baştan sona hasta güvenliğinin maksimum seviyede sağlanması gereken uygulama basamaklarını içermektedir (WHO, 2021: 11). Bunun için süreçteki tüm sağlık profesyonelleri hastanın klinik tablosundaki iyilik halinin

¹ Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0001-8195-3791

² Dr. Hem., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Genel Hastane, Eğitim Birimi, Orcid: 0000-0001-8393-2097

yanında hasta güvenliği parametrelerini göz önüne bulundurarak kesintisiz sağlık hizmeti sunmaları gerekmektedir (Vaismoradi & ark., 2020: 11). Bu ekibin merkezinde yer alan hemşireler ise özellikle cerrahi sürecin her aşamasında primer rol ve sorumlulukları bulunan bir meslek üyesidir (Mathenge, 2020: 11). Hemşireler cerrahi süreçte hastanın kliniğine kabulü, cerrahi hazırlık, cerrahi uygulama, derlenme, cerrahi sonrası kliniğe transfer ve taburculuk süreci de dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin en güçlü uygulayıcısı konumdadırlar (Maya, 2022: 11). Literatürdeki çalışmalarda cerrahi hemşirelerin preoperatif süreçte %79,5 oranında hasta memnuniyeti sağladığı (Ataro & ark., 2024: 11), perioperatif genel memnuniyet değerlendirmesinin 3,17/5 olduğu (Sillero & Zabalegui, 2018. 12), cerrahi hastaların hastanede yatış gün sayısına göre hemşirelik bakım memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu (Açık & Dikmen, 2023: 12) bildirilmektedir. Bu olumlu çıktıları hemşirelerin cerrahi süreçteki bakım kalitesinin yeterli düzeyde olduğunu ortaya koyar niteliktedir (Boyacıoğlu & Özkan, 2024: 12). Ancak hemşirelik dinamik ve gelişime açık bir bilim dalı olması nedeniyle cerrahi hemşirelerin mesleki bilgi ve deneyimlerini bilimsel araştırma, kanıt temelli uygulama ve klinik karar verme becerisi ile cerrahi süreci yönetmesi ve mesleki tutumlarını güncellemesi gerekmektedir (Dönmez & ark., 2024: 12).

Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik8

Günümüzde ulusal ve uluslararası sağlık politikalarında yeni bir bakış açısı olarak karşımıza çıkan sağlık okuryazarlığı kavramı Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization/ WHO) tarafından “Toplumun sağlık ve refahını teşvik edecek ve sürdüreceğ şekilde bilgi ve hizmetlere erişebilmek, bunları anlayabilmek, değlendirebilmek ve kullanabilmek” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2025: 12). Bu kavram güvenli ve sürdürebilir sağlık hizmetlerine bir rehber olarak hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri açısından büyük önem taşımaktadır (Zanobini & ark., 2024: 13). Çünkü sağlığın kaybedilmesinden önce sağlıklı yaşam aktiviteleri ve güvenli uygulamalar ile hasta birey sayısının azaltılarak sağlık hizmetlerindeki hasta ve bakım yükünün ortadan kaldırılması hedeflenmektedir (Whitman & ark., 2021: 13). Ancak travma, afet gibi olağan dışı durumlar sağlık hizmetlerinde hasta bireyden ziyade sağlık profesyonellerinin güvenli uygulamaları ile yönetilmesi gerekmektedir (Gustavsson & ark., 2022: 13). Bu durumların yanında planlı şekilde aktif sağlık hizmeti sunan cerrahi birimler sağlık okuryazarlığı açısından büyük öneme sahip alanlardır (Roy & ark., 2019: 13). Bu birimlerde görev alan hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ameliyat sonrası hasta sonuçlarının da önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Cocchieri & ark., 2025: 14). Literatürde hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta yatış süresi ve komplikasyon riskinin ters yönde ilişkilendirildiğı, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hasta bakımı ve

yaşam kalitesinin arttıracağı bildirilmektedir (Wilandika & ark., 2023: 14). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından hemşirelerin cerrahi uygulama basamakları ile fayda ve riskleri hakkında bilgi sahibi olması, hastayı cerrahi sürece dahil ederek gerekli talimatlara uyması konusunda bilgilendirmesi ile sağlık yükü ve bakım maliyetini de önemli ölçüde azalacağı belirtilmektedir (Hogan & ark., 2023: 14).

Cerrahi Hemşirelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Etkilediği Parametreler

Hemşireler sağlık hizmetlerinde kesintisiz olan mesleki rol ve sorumlulukları ile hasta bakım kalitesinden sorumlu sağlık profesyonelleridir (Flaubert & ark., 2021: 14). Mevcut mesleki uygulamalarını bilimsel bilgi ile sentezleyen hemşireler cerrahi süreçteki hastaların olumlu sağlık çıktıları ile güvenli sağlık hizmeti almasına ve sağlığın sürdürülmesine önemli katkılar bulunmaktadır (Oldland & ark., 2021: 14). Ancak cerrahi hemşirelerdeki yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık hizmeti kullanımını artırmasına, geleneksel uygulamaların kullanılmasına, sunulan sağlık hizmetinde eksik ya da hatalı bilgiye neden olarak sağlık sonuçlarının olumsuz etkilenmesine yol açabilmektedir (Wilandika & ark., 2023: 14). Bununla birlikte cerrahi hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin cerrahi branş, hasta merkezli ve bireysel çıktıların cerrahi sonuçlarla ilişkisi literatürde kısıtlı şekilde tartışıldığı belirlenmiştir. Bu nedenle

aşağıda bu parametreler açısından cerrahi hemşirelerin sağlık okuryazarlığına etkisi ayrı başlıklar altında açıklanmıştır.

Klinik Açından Cerrahi Hemşirelerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

Cerrahi klinikler majör sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ve interdisipliner iş birliğinin hakim olduğu birimlerdir (Duclos & ark., 2024: 11). Klinik, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi, travma ünitesi, girişimsel alanlar, günübirlik cerrahi üniteleri gibi birçok farklı alanda cerrahi uygulamaları barındıran ve bu birimlerde görev alan hemşireler sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından önemli bir konumda yer almaktadırlar (Almutary & ark., 2024: 15). Travma ya da elektif uygulamalar neticesinde cerrahi klinik türüne göre hasta bilgilendirmesi ve perioperatif süreç yönetimi hemşirelerin sağlık okuryazarlık düzeyinden etkilenebilmektedir (Demirel & ark., 2023. 15). Majör cerrahilerde hasta takip ve cerrahi süreç yönetimi karmaşık olabildiği için cerrahi hemşirelerin cerrahi türe göre güncel bilgiyi takip ederek kanıtı yüksek uygulamaları bu sürece dahil etmeleri ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir (Roy & ark., 2019: 13). Ancak literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireyin hazır bulunuşluğu veya bireysel özelliklerinden etkilenebileceği belirtilmektedir (Truong & Fenton, 2022. 15). Cerrahi hemşireler açısından ise hızlı iyileşme protokollerinin kliniğe yansıtmak, cerrahi hazırlık ve hasta eğitimi süreçlerine aktif hasta katılımını sağlamak hemşirelerin sağlık

okuryazarlık düzeyine doğrudan etki ederek bu düzeyin güncel ve yeterli seviyede olmasına katkıda bulunabilmektedir (Wilandika, Pandin & Yusuf, 2023: 14). Literatürde cerrahi hemşirelerin (%92,3) sağlık okuryazarlığı konusunda düşük bilgi düzeyi ile yarıdan fazlasının (%58,7) ise kabul edilebilir düzeyde deneyime sahip oldukları (Al-Fayyadh & ark., 2022: 15), hemşirelerin kendi sağlık okuryazarlığı düzeylerine yönelik bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olduklarını bildirdikleri (Nesari & ark., 2019: 16), hemşirelerin çoğunluğunun sağlık kavramına veya terimlerine aşina olmadıkları sonucuna varılmıştır (Nantsupawat & ark., 2020: 16). Bariatrik cerrahi hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin hemşireler tarafından değerlendirildiği bir başka çalışmada ise hastaların hemşirelerdeki sağlık okuryazarlığı düzeyini %61,1 oranında doğru tahmin ettiği bildirilmiştir (Allen & ark., 2024: 16). Bu sonuçlar cerrahi hemşirelerinin majör sağlık hizmeti sunan cerrahi kliniklerde sağlık okuryazarlık düzeylerini güncel ve yeterli seviyede bulundurmalarının perioperatif süreç yönetimi ve hasta memnuniyet düzeylerini pozitif yönde etkileyeceği ve bireysel ve kurumsal bilgi edinme süreçlerinin pekiştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Hasta Faktörü Açısından Cerrahi Hemşirelerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

Cerrahi birimlerde sağlık hizmeti alan hastaların cerrahi stres yönetimi ve perioperatif hazırlığı hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenebilmektedir (Almutary & ark., 2024: 15).

Özellikle hasta eğitimi aşamasında aktif hasta katılımı perioperatif süreçteki iyileşme ve komplikasyon yönetiminin önemli ölçüde değiştirmektedir (Cooper & ark., 2023: 16). Bu nedenle cerrahi hemşirelerin cerrahi hasta yönetiminde yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması beklenmektedir (Wilandika, Pandin & Yusuf, 2023: 14). Literatürde genel anlamda yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların olumlu sağlık çıktılarına yönelik yapılmış birçok çalışma varken (Stormacq & ark., 2020: 16; Singh & Aiken, 2017: 17; Coughlin & ark., 2020: 17; Allen & ark., 2024: 16), hemşirelere yönelik kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (Al-Fayyadh & ark., 2022: 15; Nesari & ark., 2019: 16; Nantsupawat & ark., 2020: 16). Yapılan çalışmalarda genel cerrahi hasta kliniğindeki hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu (Karakız & Tosun, 2022: 17), cerrahi kliniklerdeki yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi (%21,8), yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi (%11,1) ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sahip (%9,7) hastalar hemşireleri bilgi kaynaklarından biri olarak belirttikleri görülmüştür (Zagurskiene & ark., 2010. 17). Elde edilen bu sonuçlar cerrahi hemşirelerin klinik bilgi ve uygulamalarının hastalar tarafından majör kaynak olarak algılandığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin hasta memnuniyetini etkilediği anlaşılmaktadır. Bu nedenle cerrahi hemşirelerin yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması

güvenli sağlık hizmeti sonucu yüksek hasta memnuniyetini ifade edeceği öngörülmektedir.

Bireysel Açısından Cerrahi Hemşirelerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

Cerrahi hemşireler sağlık hizmeti sunumunda yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ile güvenli bakım uygulamalarını yerine getirirken, mesleki bilgi güncellemesi ile sağlık okuryazarlığı farkındalıklarını artırılabilirler (Oxendine, 2021: 18). Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi kaliteli sağlık hizmeti ile hasta-hemşire iş birliğini güçlendirilebilecektir (McCaskill & ark., 2024: 18). Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi kişisel faktörlerden etkilenebildiği bildirilmekle birlikte (Gözlü, 2020: 18; Timur & Metin, 2023: 18; Coughlin & ark., 2020: 17), cerrahi hemşireler ile sağlık okuryazarlık kavramını içeren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle genel anlamda hemşireler ile sağlık okuryazarlık kavramını ilişkilendiren çalışmalar değerlendirilmiştir. Hemşirelere verilen sağlık okuryazarlığı eğitimi ön test son test çalışmasında hemşirelerin sağlık okuryazarlığı bilgisinde önemli bir boşluk olduğu ve son test puanlarında ciddi artış meydana geldiği belirtilmiştir (Smith, 2019. 18). Chang ve arkadaşlarının (2020) hemşirelerin sağlık okuryazarlığı bilgisi ve deneyimiyle ilgili faktörleri araştırdıkları çalışmada katılımcılarının çoğunun mevcut sağlık okuryazarlığı tarama araçlarından habersiz olduğu, %80'inin hastaların sağlık okuryazarlığını nadiren değerlendirdiklerini veya

hiç değerlendirmediklerini ve %60'ının sezgilerine g vindikleri sonucuna varılmıştır.

Yine hemşirelerin iletişim tekniklerini, sağlık okuryazarlığı bilgilerini ve sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin uygulanmasıyla ilişkili mevcut engelleri değerlendiren bir çalışmada Hemşirelik Mesleği Sağlık Okuryazarlığı Anketi üzerinden çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı kavramına veya terimine aşına olmadıkları bildirilmiştir (Nantsupawat & ark., 2020: 19). Hemşirelerin sağlık eğitimi yeterliliğini değerlendiren ve bunun sağlık okuryazarlığına etkisini inceleyen çalışmada ise katılımcıların düşük düzeyde sağlık eğitimi yeterliliğine sahip olduğu g r lm şt r (Congying & ark., 2024: 19). Bu sonuçlar hemşirelerin bireysel anlamda sağlık okuryazarlığı kavramına olan uzaklığı durumun ciddiyyetini ifade ettiği düşünülmektedir. Özellikle de sağlık hizmetlerinin her alanında aktif sağlık hizmeti sunan hemşirelik mesleği  yeleri kendilerini güncel kavramlarla ilişkilendirilmesi bir görev değil zorunluluktur. Bu nedenle kurum içi eğitimler ile hemşirelik mesleki eğitimine sağlık okuryazarlığı kavramının entegre edilerek bu kavram hakkındaki farkındalıklarının arıtılması ve mesleki bilgi gücünün sağlık hizmetlerine olumlu yansımasıyla kaliteli sağlık bakım uygulamalarının yapılacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık hizmetlerinde hastadan sağlık profesyonellerine, kurumsal yönetimlerden toplumsal normlara kadar herkes için önemli bir parametredir. Özellikle majör ve karmaşık sağlık hizmetinin sunulduğu cerrahi uygulamalar açısından da bu kavram ciddi bir sağlık bilgisi ölçüm aracıdır. Bu alanlarda görev alan hemşirelerin perioperatif süreç yönetimindeki sağlık okuryazarlık düzeyi sürecin güvenli ve sorunsuz yönetilmesine büyük katkı sağlamaktadır. Ancak sağlık okuryazarlık kavramı hemşirelerin mesleki, bireysel, yönetsel hatta toplumsal birçok faktörden etkilenmektedir. Bu etkiyi olumlu yönde sağlamak için cerrahi hemşirelerin kanıtı yüksek uygulamaları kullanarak güncel bilgiye ulaşması ile komplikasyon yönetimi, hızlı iyileşme ve maliyete olumlu katkı sağlayacaktır. Ayrıca cerrahi hemşirelerin perioperatif süreçte klinik yatış süresi ve cerrahi hazırlık aşamasında yapılacak uygulama ve girişimlerin neden sonuç ilişkisi üzerinde hasta sorularına yönelik yanıtlanarak cerrahi stres yönetebilmesi, intraoperatif dönemde ameliyathane ortamında cerrahi stresin yanında; cerrahi kesi, hipotermi, boşaltım ihtiyacı, açlık gibi birçok konuda hastaları bilgilendirmesi, postoperatif dönem ise özellikle anestezi sonrası uyandırma, bilinç kontrolü, hipotermi, bulantı kusma ve ağrı yönetimi gibi hemşirelik uygulamalarında yüksek sağlık okuryazarlık düzeyi ile daha etkin yönetebileceği düşünülmektedir.

Kaynakça

1. Duclos, A., Frits, M. L., Iannaccone, C., Lipsitz, S. R., Cooper, Z., Weissman, J. S., & Bates, D. W. (2024). Safety of inpatient care in surgical settings: cohort study. *BMJ*, 387: e080480. doi:10.1136/bmj-2024-080480.
2. World Health Organization (WHO). (2021). Overview of the global patient safety action plan 2021–2030. (23 Mayıs 2025 tarihinde https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=948f15d5_3 adresinden ulaşılmıştır.)
3. Vaismoradi, M., Tella, S. A., Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(6): 2028. doi:10.3390/ijerph17062028.
4. Mathenge, C. (2020). The importance of the perioperative nurse. *Community Eye Health*, 33(110): 44-45.
5. Maya, A. M. S. (2022). Nursing care during the perioperative within the surgical context. *Invest Educ Enferm*, 40(2): e02. doi:10.17533/udea.iee.v40n2e02.
6. Ataro, B. A., Geta, T., Endirias, E.E., Gadabo, C. K., & Bolado, G. N. (2023). Patient satisfaction with preoperative nursing care and its associated factors in surgical procedures,

- 2023: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 8; 23(1):235. doi:10.1186/s12912-024-01881-5.
7. Sillero, A. S., & Zabalegui, A. (2018). Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Med*, 10; 6:2050312118818304. doi:10.1177/2050312118818304.
 8. Âşık, A., & Dikmen, B. T. (2023). Surgical patients' satisfaction level with nursing care. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*, 17(3): 152-157. doi:10.5114/pchia.2023.132005.
 9. Boyacıoğlu, N., & Özkan, S. (2024). Gününbirlik cerrahi hastalarının hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 11(2): 264-274. doi:10.54304/SHYD.2024.20981.
 10. Dönmez, Y. C., Evkaya, N., Dolgun, E., & Özşaker, E. (2024). Investigation of attitudes of surgical nurses towards evidence-based nursing practices in and affecting factors. *J Basic Clin Health Sci*, 8: 525-532. <https://doi.org/10.30621/jbachs.1217755>.
 11. World Health Organization (WHO). (2025). Health literacy. (23 Mayıs 2025 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy#:~:text=Health%20literacy%20means%20being%20>

[0able,follow%20prescribed%20health%2Dseeking%20behaviours](#) adresinden ulaşılmıştır.)

12. Zanolini, P., Del Riccio, M., Lorini, C., & Bonaccorsi, G. (2024). Empowering Sustainable Healthcare: The Role of Health Literacy. *Sustainability*, 16(10): 3964. <https://doi.org/10.3390/su16103964>.
13. Whitman, A., De Lew, N., Chappel, A., Aysola, V., Zuckerman, R., & Sommers, B. D. (2021). Addressing social determinants of health: Examples of successful evidence-based strategies and current federal efforts. *Asistant Secretary for Planning and Evaluation Report*. (23 Mayıs 2025 tarihinde <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/e2b650cd64cf84aae8ff0fae7474af82/SDOH-Evidence-Review.pdf> adresinden ulaşılmıştır.)
14. Gustavsson, M. E., Juth, N., Arnberg, F. K., & von Schreeb, J. (2022). Dealing with difficult choices: a qualitative study of experiences and consequences of moral challenges among disaster healthcare responders. *Confl Health*, 16(1): 24. doi:10.1186/s13031-022-00456-y.
15. Roy, M., Corkum, J. P., Urbach, D. R., Novak, C. B., von Schroeder, H. P., McCabe, S. J., & Okrainec, K. (2019). Health literacy among surgical patients: A systematic review

- and meta-analysis. *World J Surg*, 43(1): 96-106. doi:10.1007/s00268-018-4754-z.
16. Cocchieri, A., Cristofori, E., Nurchis, M. C., Nursing And Public Health Group, Damiani, G., & Cesare M. (2025). Nursing complexity and health literacy as determinants of patient outcomes: A prospective one-year multicenter cohort study. *Nurs Rep*, 15(4): 135. doi:10.3390/nursrep15040135.
 17. Wilandika, A., Pandin, M. G. R., & Yusuf, A. (2023). The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review. *Front Public Health*, 11: 1022803. doi:10.3389/fpubh.2023.1022803.
 18. Hogan, A., Hughes, L., & Coyne, E. (2023). Understanding nursing assessment of health literacy in a hospital context: A qualitative study. *J Clin Nurs*, 32(19-20): 7495-7508. doi:10.1111/jocn.16809.
 19. Flaubert, J. L., Le Menestrel, S., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (2021). The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity. Washington (DC): National Academies Press (US). doi:10.17226/25982 (23 Mayıs 2025 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573910/> adresinden ulaşılmıştır.)
 20. Oldland, E., Hutchinson, A. M., Redley, B., Mohebbi, M., & Botti, M. (2021). Evaluation of the validity and reliability of

- the nurses' responsibility in healthcare quality questionnaire: An instrument design study. *Nurs Health Sci*, 23(2): 525-537. doi:10.1111/nhs.12844.
21. Almutary, H., & Almashi, A. (2024). Preoperative patient education: perceptions and actual practice among nurses working in surgical units. *SAGE Open Nurs.* 10: 23779608231226090. doi:10.1177/23779608231226090.
 22. Demirel, A., Balkaya, A. N., Onur, T., Karaca, Ü., & Onur, A. (2023). The effect of health literacy on preoperative anxiety levels in patients undergoing elective surgery. *Patient Prefer Adherence*, 17: 1949-1961. doi:10.2147/PPA.S419866.
 23. Roy, M., Corkum, J.P., Urbach, D. R., Novak, C. B., von Schroeder, H. P., McCabe, S. J., & Okrainec, K. (2019). Health literacy among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *World J Surg*, 43(1), 96-106. doi:10.1007/s00268-018-4754-z.
 24. Truong, M., & Fenton, S. H. (2022). Understanding the current landscape of health literacy interventions within health systems. *Perspect Health Inf Manag*, 15, 19(Spring):1h.
 25. Al-Fayyadh, S., Al-Jubouri, M. B., AL-Hadrawi, H., Jaafar, S. A., & Hussein, S. M. (2022). Health literacy-related knowledge and experience among nurses practicing in

- Medical-Surgical Wards. *Nurse Media Journal of Nursing*, 12(1), 24-31. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v12i1.42697>
26. Nesari, M., Olson, J. K., Nasrabadi, A. N., & Norris, C. (2019). Registered Nurses' Knowledge of and Experience with Health Literacy. *Health Lit Res Pract*, 3(4): e268-e279. doi:10.3928/24748307-20191021-01.
27. Nantsupawat, A., Wichaikhum, O. A., Abhicharttibutra, K., Kunaviktikul, W., Nurumal, M. S. B., & Poghosyan, L. (2020). Nurses' knowledge of health literacy, communication techniques, and barriers to the implementation of health literacy programs: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*, 22(3): 577-585. doi:10.1111/nhs.12698.
28. Allen, C., Ghoora, L., Murki, R., Byworth, C., Beale, S., Mojadady, A., Nagri, J., & Parmar, C. (2024). Accuracy of Healthcare Professionals' Estimations of Health Literacy and Numeracy of Patients Visiting Metabolic Bariatric Surgery Clinic. *Obes Surg*, 34(8): 2799-2805. doi:10.1007/s11695-024-07379-y.
29. Cooper, Z., Cleary, S., Stelmach, W., & Zheng, Z. (2023). Patient engagement in perioperative settings: A mixed method systematic review. *J Clin Nurs*, 32(17-18): 5865-5885. doi:10.1111/jocn.16709.
30. Stormacq, C., Wosinski, J., Boillat, E., & Van den Broucke, S. (2020). Effects of health literacy interventions on health-

- related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBISIRIR-D-18-00023*, 18(7): 1389-1469. doi:10.11124/JBISIRIR-D-18-00023.
31. Singh, S. G., & Aiken, J. (2017). The effect of health literacy level on health outcomes in patients with diabetes at a type v health centre in Western Jamaica. *Int J Nurs Sci*, 4(3): 266-270. doi:10.1016/j.ijnss.2017.06.004.
 32. Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *J Environ Health Sci*, 6(1): 3061.
 33. Karakız, E., & Tosun, B. (2022). Evaluation of Patients' Health Literacy and Nursing Care Satisfaction Levels According to Some Descriptive Characteristics. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 48-56. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1102075>.
 34. Zagurskiene, D., & Miseviciene, I. (2010). Skirtingu sveikatos rastingumo lygiu pacientu nuomone apie slaugytoju teikiama sveikatos informacija [Opinion of patients with different health literacy levels about health information provided by nurses]. *Medicina (Kaunas)*, 46 Suppl 1:27-34. Lithuanian. PMID: 20516767.

35. Oxendine, C. L. (2021). "Perception of Health Literacy Levels Among Nurses in Clinical Settings". Master of Science in Nursing Theses and Projects. 38.
36. McCaskill, A., Gasch-Gallen, A., & Montero-Marco, J. (2024). The effect of nurse health literacy interventions on patient health literacy scores in specialty consultations: a quasi-experimental study. *BMC Nurs*, 23(1): 786. doi:10.1186/s12912-024-02447-1.
37. Gözlü, K. (2020). A Social Determinant Of Health: Health Literacy. *Med J SDU*, 27(1): 137-144. doi:10.17343/sdutfd.569301.
38. Timur, A., & Metin, S. (2023). Health Literacy Level of A Province And Factors Affecting It. *Eskisehir Med J*, 4(1):57-63. doi:10.48176/esmj.2023.104
39. Smith, H. (2019). "Educating Medical--Surgical Nurses to Improve Nursing Knowledge and Understanding of Health Literacy". *Walden Dissertations and Doctoral Studies*. 6674. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/6674>.
40. Chang, Y. W., Li, T. C., Chen, Y. C., Lee, J. H., Chang, M. C., & Huang, L. C. (2020). Exploring Knowledge and Experience of Health Literacy for Chinese-Speaking Nurses in Taiwan: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(20): 7609. doi:10.3390/ijerph17207609.

41. Nantsupawat, A., Wichaikhum, O. A., Abhicharttibutra, K., Kunaviktikul, W., Nurumal, M. S. B., & Poghosyan, L. (2020). Nurses' knowledge of health literacy, communication techniques, and barriers to the implementation of health literacy programs: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*, 22(3): 577-585. doi:10.1111/nhs.12698.
42. Congying, L., Heli, Z., Han, Q., Yang, L., Xiaoling, C., Ruifang, L., & Baohua, L. (2024). Nurses' health education competence and health literacy: A cross-sectional survey in Chinese county hospitals. *Nurse Educ Pract*, 79: 104042. doi:10.1016/j.nepr.2024.104042.

BÖLÜM 10

HOLİZM SPİRİTÜALİTE VE HEMŞİRELİK

CEMRE ÖZTÜRK¹
NAZİKE DURUK²

Giriş

“Holizm” ve “Holistik” terimleri, tüm, bütün, tam ve toplam anlamına gelen Yunanca bir kelime olan “holos”tan gelir ve kelimenin anlamı tam olmaktır. Tam olmak kelimesi İngilizce’de “whole” olarak ifade edilir ve “holy” kelimesi de bu kelimedenden türetilmiştir (Fidan, 2023).

Holizm, bir bütünü oluşturan parçaların toplamından daha fazlası olduğunu savunan felsefî yaklaşımların genel adıdır. Bu anlayışa göre bir bütün, yalnızca parçalarının ayrı ayrı incelenmesiyle tam olarak kavranamaz. Bütün, gerçeği duyabildiğimiz ve görebildiğimiz tüm unsurlardan oluşmaktadır. Holizm, insanları her durumda etkileyen faktörleri ele alarak insanları anlama felsefidir. Biyomedikal bakış açısına karşıt bir görüş olarak ortaya çıkan Holizm, kişinin fiziksel, psikolojik,

¹ Hemşire, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, Orcid: 0000-0002-0023-5390

² Doç. Dr. Öğretim Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Orcid: 0000-0001-8517-2474

kültürel, sosyal ve ruhsal boyutlarının yanı sıra ailesi ve çevresi açısından bir bütün olarak ele alınması gerektiğini ileri sürer (Fidan, 2023).

“Bütüncülük terimi öncelikle çok boyutlu sağlık bakış açısıyla ele alınan literatür incelendiğinde; “bütün”, “fiziksel iyi olma”, “psikolojik, zihinsel veya ruhsal iyilik hali”, “sosyal refah” ve “denge ve uyum” olarak tanımlanmıştır (Fidan, 2023).

Amaç

Bu çalışmanın amacı, holizm kavramının tarihsel gelişimini ve sağlık alanındaki yansımalarını inceleyerek holistik hemşirelik anlayışının temel bileşenlerini ortaya koymak; hemşirelik kuramlarında holistik yaklaşımın yerini açıklamak ve spiritüel bakımın bütüncül hemşirelik uygulamalarındaki önemini vurgulamaktır. Çalışma ayrıca, spiritüel bakım uygulamalarının önündeki bireysel, bilgiye dayalı ve kurumsal engelleri tanımlayarak hemşirelerin bütüncül bakım sürecinde karşılaştığı güçlükleri ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Holistik bakım, modern hemşirelik uygulamalarında giderek daha fazla önem kazanan bir yaklaşım olup bireyin yalnızca fiziksel gereksinimlerine değil, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutlarına da odaklanmaktadır. Bu bütüncül bakış açısı, hastaların yaşam kalitesini artırmakta, iyileşme süreçlerini hızlandırmakta ve hemşire-hasta ilişkisinin güçlenmesini sağlamaktadır. Spiritüel bakım ise tüm bu sürecin önemli bir bileşeni olup, özellikle kriz, hastalık, acı ve ölümle yüzleşme dönemlerinde bireyin yaşam anlamını yeniden yapılandırmasına katkı sunmaktadır. Bu nedenle holistik hemşirelik anlayışının sistematik olarak incelenmesi, spiritüel bakımın önündeki engellerin belirlenmesi ve literatürdeki güncel yaklaşımların ortaya konulması hem klinik uygulamalar hem de hemşirelik eğitimi açısından önemli bir gerekliliktir. Bu çalışma, hemşirelerin bütüncül bakımı etkin biçimde sağlayabilmeleri için

kuramsal ve uygulamaya yönelik farkındalık oluşturmaya hedeflemektedir.

Eski Uygarlıklardan Günümüze Yansıyan Holistik Tıp Uygulamaları

Bütüncülük kavramı, hem kişisel gelişim hem de sağlık açısından önemli bir yere sahiptir. Bütüncül tedavi ve şifa anlayışının kökeni yaklaşık 5000 yıl öncesine uzanmaktadır. Hippocrates (MÖ 460–370), bireye bütüncül bir bakışla yaklaşmanın gerekliliğini vurgulamış; fiziksel sorunların yanı sıra hastalığın ruhsal yönlerinin de değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. “Bir kişinin ne çeşit hastalığı olduğunu bilmektense, ne çeşit bir kişinin hasta olduğunu bilmek daha önemlidir.” sözüyle de buna vurgu yapmaktadır (Demirsoy, 2014).

Eski uygarlıklarda da holistik yaklaşım ve holistik tıpla ilişkilendirilebilecek uygulamaların varlığı görülmektedir. Dinamist dünya görüşünün bir sonucu olarak, çeşitli nesnelerin olumlu ya da olumsuz bir “güç” taşıdığına inanılmış; bu durum insanları zararlı ve tehlikeli olanlardan uzak durmaya yönlendirmiştir. Aynı inanç sistemi, yararlı nesnelerin ise sağlık, mutluluk ve başarı amacıyla kullanılabileceği düşüncesini doğurmuştur. Farklı toplumların günlük yaşamlarında çeşitli şekillerde ve amaçlarla günümüze kadar ulaşan nazar, tılsım, kurşun dökme gibi inanış ve uygulamalar, kavramsal olarak “büyü” başlığı altında “dinsel-büyüsel pratikler” olarak değerlendirilmektedir. Tıpta büyüsel tedavi yöntemlerinden söz edildiğinde ise bu alanı en geniş biçimde dolduran yapı Şaman ve Şamanizm olmuştur. Şamanlar, topluluğun ruhsal bütünlüğünü korumada temel bir role sahiptir. Onlar, cinlerin karşısı üstün varlıklar olarak kabul edilir. Genel olarak şamanların; ölüme, hastalıklara, kısırlığa, talihsizliğe ve karanlık güçlere karşı, yaşamı, sağlığı, bereketi ve aydınlık dünyasını savundukları söylenebilir (Demirsoy, 2014).

Duanın hem bedensel hem de ruhsal hastalıklar üzerinde iyileştirici bir etkisi olduğu bilinmektedir. Pek çok din psikoloğu, duayı etkili bir tedavi aracı olarak değerlendirmektedir (Demirsoy, 2014).

Mezopotamya Uygarlığı'nda bir Sümerli, ilaç kullanmadan önce dua ederek hastalığa neden olduğuna inanılan kötü ruhları tanrısının yardımıyla uzaklaştırmaya çalışır, ardından dönemin mevcut tıbbi tedavilerine yönelirdi. Dua ve ayinler, kurban sunma törenleri tanrının öfkesini yatıştırmak için uygulanırken; muska ve büyü gibi yöntemler ise hastalığa sebep olan kötü ruhları kovmak amacıyla kullanılmıştır (Demirsoy, 2014).

Hitit Uygarlığı'nda günah işlemekle hasta olmak arasın da bir bağlantı kurulmuştur. Uygulanan tedavi yöntemleri iki başlık altında değerlendirilebilir: Bunlardan ilki büyü ve majikal ritüellere dayalı tedavi, diğeri ise çeşitli drogların kullanıldığı tıbbi uygulamalardır (Demirsoy, 2014).

Mısır Uygarlığı'nda ise hastalığı tanrının öfkesine, gazabına uğramak olarak algılarken, cinlerinde hastalık yaptığına inanılıyordu. Ölülerin öç alması, büyü yapmak hastalık nedenleri arasında sıralanmaktaydı. Tanı yöntemlerinde yalnızca fiziksel özellikler değil, bireyi ruhsal olarak etkileyen faktörler de dikkate alınmıştır. Dini ve büyüsel yöntemlerin yanı sıra bitkisel, hayvansal ve madensel droglar da tedavide kullanılmaktadır (Demirsoy, 2014).

Hint Uygarlığı'nda ise hastalığın, bir ruh tarafından ele geçirilmeye dayandığı inancı üzerine kuruludur. Hint tıbbının antik dönem holistik yaklaşım temelli uygulamalarından biri Ayurveda'dır. Bir diğeri de Çakralar (Enerji Merkezleri)'dir (Demirsoy, 2014).

Çin Uygarlığı'nda ise hastalık olarak tarif edilen şey geleneksel çin tıbbında uyumsuzluk ya da dengesizlik meselesi

olarak görülür. Geleneksel çin tıbbının içinde akupunktur, homeopati ve fitoterapi bulunmaktadır (Demirsoy, 2014).

Günümüzde Alternatif/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Holizm

Alternatif tıp uygulamalarında iki temel unsur bulunur: Bunlardan biri uygulamanın sonucunda tam bir iyileşmenin hedeflenmesi, diğeri ise inançtır. Hem uygulayıcının hem de hastanın inancı, tedavinin gerçekleşmesi için gerekli bir koşuldur. İnanç yoksa ya da bu varsayılan gücü harekete geçirecek düzeyde değilse, uygulanan yöntemin somut bir etkisi ortaya çıkmaz (Demirsoy, 2014).

Günümüzde holistik tıp, insanı ruhsal, bedensel, sosyal ve ekolojik yönleriyle bir bütün olarak değerlendirmektedir. Tanı ve tedavi süreçlerinde modern tıbbın yanı sıra doğal tıbbın sunduğu tüm imkânlardan yararlanır. Doğanın iyileştirici gücünü destekleyen, yan etkisi olmayan yöntemlere öncelik tanır. Her birey benzersiz olduğundan, holistik yaklaşım hastalığa değil kişiye odaklanır (Demirsoy, 2014).

Holistik Bakım ile İlişkili Hemşirelik Teorileri

Floranse Nightingale'in çevre teorisi

Floranse Nightingale, holistik bakımın önemini vurgulayan ilk hemşire teorisyendir. Sağlığın yaratılmasında ve sürdürülmesinde temiz hava, temiz su, uygun drenaj ve ışığın önemini vurgulayarak bütünsel bakımı teşvik etmiştir. Nightingale, fiziksel hastalıklar bilincimizi ve ruhumuzu etkileyebildiği gibi ruhsal ve duygusal sorunlarda fiziksel hastalıklara yol açabilir demiştir. Sağlık için manevi boyutun önemini vurgulamıştır. Holistik yaklaşımın uygulamalar ve eğitim sürecinde de yer alması gerektiğini belirtmiştir (Fidan, 2023).

Virginia Henderson’un Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi

Henderson, hemşirenin birincil işlevi olan bireye yardımcı olma ve bireyin bağımsızlığına kavuşturulmasının bütüncül bir bakım anlayışı içinde yapılması gerektiğini savunur. Kuramında tüm boyutların olduğu 14 temel insan gereksinimlerini ele almıştır. Hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalıdır. Birey fizyolojik ve duygusal bir denge içinde olmalıdır (Fidan, 2023).

Sister Callista Roy’un Adaptasyon Modeli

Roy’a göre insan biyo-psikososyal özellikleri olan adaptif bir sistemdir. Biyolojik yönünü fizyolojik ve anatomik özellikleri, psikolojik yönünü algılama, davranma ve öğrenme özellikleri, sosyolojik yönünü ise aile, toplum ve çalışma grubu üyesi olma özellikleri oluşturur. İnsan sürekli değişen çevreye uyum sağlamak için biyolojik, psikolojik ve sosyal mekanizmaları kullanmak zorundadır. Roy’un modeline göre, insan davranışı çevresel ve organik güçlere adaptasyonu temsil eder. Roy’a göre hemşireliğin amacı, kişinin meydana gelen değişikliklere, biyolojik ihtiyaçlarına ve benlik algısına uyum sağlamasına yardımcı olmaktır (Fidan, 2023).

Martha E.Rogers’in Üniter İnsan Teorisi

Rogers’a göre insan çevresi ile etkileşim içinde olan bir enerji alanıdır. İnsan parçaların toplamından büyüktür ve farklıdır. Kişi ve çevresi bölünemez. İnsanın ana ünitesi hücre değil enerji alanıdır ve bir bütün olarak ele alınmalıdır (Fidan, 2023).

Margaret A.Newman’ın Genişleyen Bilinç Olarak Sağlık Kuramı

Newman’a göre insan; parça ve alt parçaların birleşmesi ile meydana gelir. Sağlık, farkındalık, geliştirme ve yaşam sistemi içinde yeni standartlar geliştirme yeteneğidir. Hastalık ise kişinin

evre ile standartları arasındaki uyumun bozulduğu durumdur. Hemşirelik, kişinin standartlarını oluşturmasına yardım eder. İnsanların gücünü kullanabilmesine yardımcı olarak en yüksek bilinç seviyesine ulaştırmayı amaçlar. Hemşire, bireyi tüm boyutlarıyla ele alır (Fidan, 2023).

Betty Neuman’ın Sistemler Modeli

Bireyi evresi ve ruhsal durumu ile bir bütün olarak ele alan Neuman’ın kuramı, holistik bir yaklaşımı savunur. Kuramında, ekirdeği bireyin oluşturduğu ve bunu çevreleyen bir dizi halkayı tanımlamaktadır. İnsanı evresi ile bir bütün olarak görür. İnsan fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, sosyo-kültürel ve spiritüel etkenlerin bir bileşkesidir (Fidan, 2023).

Jean Watson’ın İnsan Bakım Modeli

Watson, insanı psikolojik alt sistem ile kombine fizyolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel alt sistemlerin toplamından oluşan açık bir sistem olan eşsiz varlık olarak tanımlar. Sağlığı tanımlarken holistik bakış ve bütünü yapan parçaların birbiri ile ilişkisine odaklanır ve akıl/beden/ruh bütünlüğü ve uyum olarak tanımlar. Watson hemşirenin hastayla kuracağı başarılı iletişimin ve holistik yaklaşımın bakım etkinliğini arttıracakını savunur (Fidan, 2023).

Hemşirelikte Bütüncülük

Hemşirelik literatüründe holizm kavramı ilk kez 1971 yılında Myre Levine tarafından kullanılmıştır. Levine “sağlık” teriminin AngloSaxon kelime anlamı olarak bütünden türediğini ve bu nedenle “insan yaşamının bütünlük” şeklinde tanımlanması gerektiğini vurgulamıştır. Sonraki dönemde Amerikan Holistik Hemşireler Birliği holizmi ‘değişen evre içerisinde akıl, beden, duygular ve ruhun uyumlu dengesi’ olarak tanımlamıştır (Kol & Dursun Ergezen, 2024).

Floranse Nightingale, holistik bakımın önemini vurgulayan ilk hemşiredir. Holistik bakımın felsefesi, birlik ve hümanist bakış açısı üzerine kuruludur. Bu felsefe bütünü, bireyin zihin ve ruh etkisi gibi parçalarının toplamından daha büyük olduğunu savunmaktadır. Holistik bakım, bütün kişinin zihin-beden-ruh boyutunda, uyum ve iyileşmesini içeren bireye özgü ve ilişkisel hemşirelik uygulamalarını kapsamaktadır. Holistik bakım, hastalıklara ve tedavilerine yönelik bir yönelimin aksine, iyileşme odaklı ve bireyle olan ilişkiye odaklanmaktadır. Holistik bakımda bireyin iyileşme süreçlerini kolaylaştırmak ve bütünlüğe ulaşmasını sağlamak temel amaçtır (Kol & Dursun Ergezen, 2024).

Holistik hemşire, geleneksel hemşirelik uygulamalarına holistik (zihin-beden-ruh-duygu) bir yaklaşım getiren yasal lisanslı bir hemşiredir. Holistik hemşirelik, bilgi birikimine, kanıta dayalı araştırmalara, gelişmiş beceri setlerine, tanımlanmış uygulama standartlarına ve bakım, ilişki ve birbirine bağlılığa dayalı bir yaşam ve varoluş felsefesine dayanır (American Holistic Nurses Association, t.y.).

Holistik (bütüncül) tıp ve holistik hemşirelik, doğumdan ölüme kadar bireyin biyopsikososyal bir bütünlük içinde iyileşmesini sağlamayı amaçlar. İyileşme kavramı, bireyin bedenini, aklını, emosyonel durumunu, spiritüel durumunu ve çevresini bir bütün olarak ifade etmektedir (Fidan, 2023).

Holistik bakım veren hemşireler hem geleneksel hemşireliği hemde tamamlayıcı/alternatif/bütünleştirici müdahaleleri uygulamalarına dahil ederler.

Bu kapsamda holistik bakımın varsayımları aşağıdaki gibidir:

- Her birey eşsizdir ve bütünü temsil etmektedir.

- Herkesin ve her şeyin(beden, zihin, duygu, ruh, cinsellik, yaş, toplum, kültür, inanç sistemleri, ilişkiler ve bağlam) birliği, bütünlüğü ve bağlantılılığı vardır.
- Bireyin iyileşmesi bakım ilişkisinin temel amacıdır. • Hemşire ve birey arasında açıklık, eşitlik ve karşılıklılık üzerine kurulu bir ilişki vardır.
- İnsanlar kendi yaşamlarında, deneyimlerinde ve hastalıklarında anlam ve amaç bulabilir.
- Bireyler kendi yaşamları, sağlıkları ve iyilikleri üzerine kontrol sahibi olduklarında güçlenirler.
- Birey değerleri, düşünceleri, kültürü ve çevresi bağlamında değerlendirilir.
- Tüm insanlar doğuştan gelen bir güce ve kendi kendini iyileştirme kapasitesine sahiptir.
- Hemşire bireyin içsel iyileşme kaynaklarına ulaşması için onu destekler ve bunun için çeşitli yöntemler kullanır.
- Hemşire bakım ilişkisinde uzmanlığını, sezgilerini, yaratıcılığını ve şefkatini kullanır.

(Fidan, 2023)

Holistik hemşireler, hizmetleri koordine etmede ve bakım ve iyileşmeyi sağlık hizmetlerine geri getirmede önemli bir rol oynamaktadır (Fidan, 2023).

Holistik bakım yaklaşımını içselleştiren ve uygulayan hemşirenin özellikleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- Kendi kendine iyileştirmenin sürekli bir süreç olduğunun farkındalığı,
- Kendini geliştirme alanına aşinalığı,

- Güçlü ve zayıf yönlerinin tanınması,
- Kendini keşfetmeye açıklığı,
- Mekanik davranışlardan ve can sıkıntısından kaçınmak için hayatın amaçları hakkında netlik geliştirmeye yönelik sürekli çaba,
- Kişisel gelişimde şimdiki ve gelecekteki adımların farkındalığı,
- Kendine ve danışanlara içe dönük süreçte yardımcı olmak için öz bakımın modellenmesi,
- Bir hemşirenin varlığının teknik beceriler kadar önemli olduğunun bilinci,
- Kim veya nasıl olduklarına bakılmaksızın bireylere saygı ve sevgi,
- Yaşam sorunları üzerinde çalışmak için öneriler sunma isteği,
- Bireylere yaratıcı seçenekleri keşfetmede rehberlik etme yeteneği,
- Bireylerin en iyi yaşam seçeneklerini bildiği varsayımı,
- Aktif dinleme,
- Hastaların yaşam süreçleriyle baş edebileceklerini anlamalarını sağlamak,
- Kişisel değerleri ve inançları empoze etmeden iç görülerin paylaşılması,
- Kişilerin söylediklerini yargılamadan kabul etme,
- Kişilerle zaman algısı, hizmet vermek ve onlarla paylaşmak.

(Fidan, 2023)

İyileştirici Hemşire

İyileştirici terimi ‘bütünleştirmek’ anlamına gelen ‘hælen’ kelimesinden türemiştir. İyileştirici hemşire, öz-farkındalığı yüksek, sezgi, maneviyat ve empati anlayışı olan, bakım verdiği bireyin koşullarını ve deneyimlerini anlayan, yaratıcı, şefkatli ve uzmanlığına göre hareket eden kişidir (Kol & Dursun Ergezen, 2024).

İyileştirici hemşirenin özellikleri aşağıda belirtilen şekilde özetlenmiştir:

- Hemşire bireyin birliğine ve bütünlüğüne odaklanır.
- Hemşire, biyolojik, kurumsal ya da diğer tehdit ve umutsuzluğun ortasında dahi bakımı sürdürür.
- Hemşire, kendisinin ve diğerinin öznel-manevi önemini doğrular.
- Hemşire, ben-o değil, ‘ben-sen’ ilişkisi kurar. • Hemşire, bakım anında varlığını sunmayı amaçlar.
- Hemşire, diğerinin ruhunu tanımaya odaklanır.
- Hemşirenin, bakım ilişkisinde bir amacı vardır.
- Hemşire, eylemlerini, kelimelerini, sesini, sözsüz varlığını, düşüncelerini ve duygularını kullanarak bakımı gerçekleştirir.
- Hemşire, bireyin inançlarını, tercihlerini, isteklerini tedavi ve bakım sürecinin önemli bir parçası olarak kabul eder.
- Hemşire, inanç ve umudun iyileştirici gücüne inanarak bu önemli iki kavramı bakım ilişkisine ve uygulamalarına dahil eder.

- Hemşire, birey için iyileştirici bir ortam oluşturur.
- Hemşire bireyi güçlendirmek için bakımda anlam bulmasına yardımcı olur.
- Hemşire, bireyin kendi iyileşme kaynaklarına erişmesine yardımcı olur.
- Hemşire, öz bakım ve öz sorumluluk boyutunda diğerlerine rol model olur.
- Hemşire, uygulama ve öğrenmede daha fazla bakım kültürü geliştirmek için değişim sürecine katılır.

(Kol & Dursun Ergezen, 2024)

Hastalıklar karmaşık psikolojik, sosyal ve kültürel ihtiyaçlar hastanın dengesini bozar ve günlük aktivitelerini yerine getirme yeteneğini olumsuz etkiler. Holistik bakım ise hastanın fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını ele alarak dengelerini geri kazandırır ve hastalıklarıyla baş etmelerini sağlayarak yaşamalarını iyileştirir. Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyet duymalarına katkıda bulunabilir ve kendi sorumluluklarını kabul etmelerine ve üstlenmelerine yardımcı olabilir. Holistik bakımın başka bir yönü ise umut, saygınlık, öz saygı, kendi kendine yeterlilik ve kişisel gelişime katkı sağlamasıdır (Fidan, 2023).

Holistik hemşirelik bakımında sağlıklı bir iletişim ortamı oluşturmak için hasta ile ilişkileri geliştirmek çok önemlidir. Aşağıda verilen uygulamaların bakımda kullanılması sağlıklı iletişim ortamı için gereklidir. Bunlar;

- Hastalara isimleriyle hitap etmek,
- Göz teması içinde olmak,
- Uygun biçimde gülümsemek,
- Kendini nasıl hissettiğini sormak,

- Mahremiyeti korumak,
- İletişimde terapötik dokunmayı kullanmak,
- Hastaların onurunu korumak ve onurlu bir birey olarak hissetmelerini sağlamak,
- Öz bakım ve sağlığı geliştirici eğitimler vermek,
- Ağrıyı azaltmada dikkati başka yöne yönlendirme, gevşeme teknikleri gibi farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmak,
- Hastaları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden yararlanmaları konusunda teşvik etmek ve bu süreçte onlara destek olmak,
- Hastaların manevi, dini ve kültürel inançlarına duyarlı yaklaşmak ve bu inançlara yönelik uygulamalarını gerçekleştirebilmeleri için onlara yardımcı olmaktır.

(Fidan, 2023)

Holistik Bakımın Bileşenleri

İnsan bütüncül bir varlıktır ve herhangi bir boyutta ortaya çıkan bir değişim ya da yetersizlik, diğer boyutları da etkiler (Korkut Bayındır & Biçer, 2019).

Fizyolojik boyut; insanın hücre, doku ve organ sistemlerinden oluşan, fark edilmeyen hücresel faaliyetlerin yanı sıra beslenme, boşaltım, hareket gibi bilinçli olarak yerine getirilen fizyolojik gereksinimlere sahip bir yapıyı ifade eder. Ayrıca fizyolojik ihtiyaçların karşılanmaması bireyi psikolojik olarak etkileyebileceği gibi, var olan psikolojik sorunlar da fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasını olumsuz yönde etkileyebilir (Ay, 2015).

Psikolojik boyut; değerler, kişilik özellikleri, huy, motivasyon, istek ve isteksizlikler, tepkiler ve algı gibi bireyin psikolojik yönüne ilişkin unsurları kapsar. İnsan bu özellikleriyle bir toplum içinde yer alır ve onun bir parçası haline gelir. Bu boyutta meydana gelen değişiklikler ya da sorunlar, diğer boyutları da etkileyebilir (Ay, 2015).

Sosyal boyut; insanın toplumsal bir varlık olduğunu ifade eder. Birey, ancak diğer insanlarla kurduğu ilişkiler aracılığıyla varlığını ortaya koyar. Kişinin diğer bireyler ve gruplarla etkileşimi, onun sosyal yönünü oluşturur. Her insan doğası gereği toplumsal bir varlıktır; toplumdan ayrı düşünülemez ya da soyutlanamaz (Ay, 2015).

Spiritüel boyut; dini kapsasa da her zaman dinle ifade edilmeyen, evrensel bir kavram olan spiritüaliteyi içerir. Spiritüalite, bireyin dini inancından bağımsız olarak biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenleri içeren ve kişiye yaşam gücü veren bir itici güçtür. Sağlık ve hastalığa yönelik tutum ve davranışları etkilediği için holistik bakımın temel unsurlarından biri kabul edilir (Yılmaz, 2011).

Spiritüalite

Spiritüalite Latince “spiritus”tan gelmektedir, “nefes almak, canlı olmak” anlamındadır. Daha geniş tanımıyla hayatı hissetmektedir (Khorshid & Gürol Arslan, 2006).

Din spiritüalitenin bir boyutu olarak tanımlanmıştır. Spiritüalite dini geleneklere bağlı olmayı gerektirmemektedir. Spiritüalite dinden başka kaygı duyma, umut ve ait olma hislerini de içermektedir (Khorshid & Gürol Arslan, 2006).

Spiritual Bakım ve Önemi

Holistik bakım felsefesi; beden, zihin ve ruh (spirit) arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu kabul eden ve bireyselliği merkeze alan

bir yaklaşımdır. Bu anlayışta, insanın her bir boyutunun kendine özgü ve benzersiz olduğu, ancak aynı zamanda birbirleriyle bağlantılı şekilde işlediği vurgulanır. Spiritüel boyut ise sağlıkla ilgili dinamikler, tutumlar ve davranışlar üzerinde belirgin bir etkisi olması nedeniyle holistik bakım felsefesinin “temel unsuru” olarak kabul edilmektedir (Yılmaz, 2011).

Spiritüel boyut; özellikle bireyin duygusal stres, fiziksel hastalık, ölüm gibi değerlerini ve inançlarını tehdit eden durumlarla karşılaştığında ya da varoluşsal bir kriz yaşadığında ön plana çıkar. Kişinin yaşam ve sonsuzlukla ilgili sorulara yanıt aradığı, yaşamın anlamını, umudu, gücü ve bağlantı kaynaklarını bulmakta zorlandığı bu kritik dönemlerde spiritüel boyutun etkisi belirginleşir (Öz, 2004).

Akıl, beden ve ruh arasındaki uyumun bozulduğu bu güç dönemlerde, hemşirelerin bireyin kaygılarını dinlemesi ve empati kurması gibi spiritüel bakım girişimlerinin; hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı, fizyolojik, psikolojik ve mental rahatlamayı artırdığı ve iletişimi güçlendirdiği için iyileşme sürecine olumlu katkılar sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca bu girişimlerin, bireyin kendini güçlü hissetmesini, hastalıklarla baş etme becerilerini ve yaşam kalitesini geliştirdiği; bu yönleriyle zor zamanlarda adaptasyonun önemli bir unsuru olduğu belirtilmektedir (Yılmaz, 2011).

Spiritüel sağlığın ve bütüncül sağlık bakımının gelişmesi, hemşirelerin spiritüel bakım planı oluşturma sürecinde rehberlik etmelerini sağlamıştır. Hastaların spiritüel gereksinimlerini değerlendirmede izlenebilecek aşağıdaki adımlar, bu alana ilişkin veri toplamada yol gösterici olabilir.

1. Hastanın spiritüel yönelimlerine dair ifadelerinin dinlenmesi:

- Hastanın Tanrı, yüce güç, dua, dini mekânlar ve dini liderler hakkındaki düşüncelerinin değerlendirilmesi,
- Hastanın üzerinde veya odasında bulunan spiritüel sembol ve işaretlerin gözlemlenmesi,
- Spiritüel içerikli kitap ve sembollerin varlığının incelenmesi,
- Spiritüel kaygı veya endişe belirtilerinin değerlendirilmesi (cesaretsizlik, anksiyete, her zamanki spiritüel uygulamalara katılmada zorlanma/yetersizlik, Tanrı ya da yüce güçle ilişkiler hakkında ifade edilen endişeler),

2. Spiritüel sıkıntı belirtilerinin gözden geçirilmesi:

- Ağlama, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları, spiritüel güvenin zedelenmesi, Tanrı ya da yüce güçten uzaklaşma hissi,
- Sağlık profesyonellerine, aile bireylerine veya Tanrı/yüce güce yönelik öfke,
- İnanç ve değer sistemlerini reddetme,
- Yaşamın amacı ve anlamının kaybolduğuna dair ifadeler.

3. Spiritüel umutsuzluk/çaresizlik belirtilerinin değerlendirilmesi:

- Hastanın umudunu veya spiritüel inancını kaybettiğini dile getirmesi,
- Sevdiği kişilerle görüşmek istememesi,
- Tedaviye katılmayı reddetmesi,
- Ölümü arzuladığını ifade etmesi.

Bu değerlendirmeler sonucunda elde edilen spiritüel boyuta ilişkin veriler, hemşireyi hastanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygun hemşirelik yaklaşımlarının planlanmasına yönlendirir (Khorshid & Gürol Arslan, 2006).

Spiritual Bakım Engelleri

Kişisel/Bireysel Engeller:

- Hemşirelerin, hastaların spiritüel gereksinimlerini hemşirelik sorumluluğu yerine kişisel, ailevi ya da din görevlilerinin ilgilenmesi gereken bir konu olarak görmesi,
- Hemşirelerin spiritüalite konusunda kişisel deneyim eksikliği, rahatsızlık hissetmesi veya bu kavramın onlar için belirsiz olması,
- Hemşirelerin ölüm, acı çekme ve keder gibi spiritüel sıkıntıya yol açan durumlarla baş etmede kendilerini yeterince rahat hissetmemeleri.

Bilgi Engelleri:

- Hemşirelerin farklı dini inançlar ve spiritüel yönelimler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları,
- Spiritüel gereksinimleri yanlış değerlendirerek psikolojik gereksinimlerle karıştırmaları,
- Hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakım konusunda hiç eğitim almamış olmaları ya da aldıkları eğitimin yetersiz kalması,
- Spiritüalite ile ilgili hemşirelik kuramlarının ve bakım girişimlerinin uygulamada sınırlı kalması.

Çevresel/Kurumsal/Durumsal Engeller:

- Hemşirelerin hastaların diğer bakım gereksinimlerini karşılamaya yoğunlaştıkları için spiritüel bakıma zaman ayıramamaları,
- Kurumların çalışanlardan spiritüel bakım sunmaları yönündeki beklentilerinin düşük olması,
- Çalışma ortamının spiritüel bakım vermeye elverişli olmaması (örneğin ileri teknoloji yoğunluğu, gürültü, mahremiyet eksikliği).

(Yılmaz, 2011)

Tartışma ve Sonuç

Bu derlemede, holistik hemşirelik yaklaşımının kuramsal temelleri ve uygulamadaki yansımaları ele alınmış; bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutlarıyla bir bütün olarak değerlendirilmesinin hemşirelik bakımındaki önemi vurgulanmıştır. Literatür bulguları, bütüncül bakımın hastaların yaşam kalitesini artırdığını, iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığını ve hemşire–hasta etkileşimini güçlendirdiğini göstermektedir. Hemşirelik teorilerinin büyük bir kısmı da insanın çok boyutlu yapısını temel almakta ve holistik yaklaşımı destekleyici bir ereve sunmaktadır.

Ancak incelenen çalışmalarda, hemşirelerin spiritüel bakım konusundaki bilgi ve deneyim eksikliği, yüksek iş yükü, zaman kısıtlılığı, kurumsal destek yetersizliği ve mahremiyet sorunları spiritüel bakımı sınırlandıran başlıca engeller olarak karşımıza çıktığı görölmüştür. Spiritüel bakımın hemşirelik uygulamalarının doğal bir parçası olarak görölmemesi de bütüncül bakımın uygulanmasını sınırlandırmaktadır.

Holistik bakımın etkin biçimde uygulanabilmesi için hemşirelerin eğitim süreçlerinde bütüncül yaklaşıma daha geniş yer verilmesi, spiritüel bakım değerlendirme araçlarının kullanılması, iletişim ve empati becerilerinin desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca

kurumların destekleyici politika ve fiziksel ortam düzenlemeleri sağlaması, hemşirelerin bütüncül bakım uygulamalarına katılımını artıracaktır.

Sonuç olarak, holistik hemşirelik yaklaşımı bireyin tüm yönleriyle iyilik hâline ulaşmasını destekleyen güçlü bir bakım modelidir. Bu yaklaşımın sağlık hizmetlerine etkin biçimde entegre edilebilmesi; hemşirelerin bilgi, farkındalık ve beceri düzeylerinin gelişmesini, kurumsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesini ve spiritüel bakım engellerinin azaltılmasını gerektiren çok boyutlu bir süreci kapsamaktadır. Holistik bakımın yaygınlaştırılması, hem hemşirelik bakım kalitesini yükseltmekte hem de bireyin bütüncül iyilik hâline ulaşmasına önemli katkılar sunmaktadır.

Kaynakça

- American Holistic Nurses Association. (t.y., t.y. t.y.). *American Holistic Nurses Association*. 11 03, 2025 tarihinde American Holistic Nurses Association: <https://www.ahna.org/American-Holistic-Nurses-Association/Resources/Holistic-Nursing-Practice> adresinden alındı
- Ay, F. A. (2015). *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler* (altıncı b.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Demirsoy, N. (2014). Eski Uygarlıklardan Günümüze Yansıyan Bütünsel Tıp Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Med Etik*, 22, 106-119.
- Fidan, Ö. (2023). Holistik bakım. Ş. Takmak, & Ş. Takmak (Dü.) içinde, *Hemşirelik eğitim ve uygulamalarında anahtar kavramlar* (birinci b., s. 121-134). Ankara: Ankara Nobel tıp kitabevleri.
- Khorshid, L., & Gürol Arslan, G. (2006). Hemşirelik ve spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(1), 233-243.
- Kol, E., & Dursun Ergezen, F. (2024). Holistik bakım. A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. Göçmen Baykara içinde, *Hemşirelik kavramları* (birinci b., s. 230-236). Ankara: Ankara Nobel tıp kitabevleri.
- Korkut Bayındır, S., & Biçer, S. (2019). Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25-29.
- Öz, F. (2004). Spiritüel gereksinimler ve hemşirelik. *MN Klinik Bilimler & Doktor*, 350-355.

Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: Spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 61-70.

BÖLÜM 11

ORGAN TRANSPLANTASYONUNDA ETİK YAKLAŞIMLAR VE HEMŞİRELİĞİN ROLÜ

MEHTAP ÇULLU¹
ZELİHA ÖZKARACA²

Giriş

Organ nakli düşüncesi eski dönemlere uzansa da cerrahi ve immünolojik gelişmelerle 20. yüzyıl ortalarında klinik uygulamaya geçti. İlk başarılı böbrek nakli 1954'te gerçekleştirilmiş, hemen ardından kalp, karaciğer ve akciğer nakilleri uygulanmaya başlamıştır (Koçak Süren, 2007, s. 176–177; Lewis & Gardiner, 2023, s. 552). Bu erken uygulamalar deneysel girişim olmaktan çıkıp rutin tedavi seçenekleri haline gelmiş, özellikle cerrahi teknikler ve immünsupresif tedavilerdeki ilerlemeler sayesinde organ nakilleri standart bakımın parçası olmuştur (Modra & Hilton, 2021, s. 467–

¹ Öğr.Gör.Dr, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0003-4627-447X

² Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: 0000-0001-7557-957X

468). Böylece organ nakli modern tıbbın yaşamı uzatmaya ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik en önemli başarılarından biri olarak kabul edilmiştir.

Günümüzde en yaygın organ nakli uygulamaları böbrek ve karaciğer nakilleridir. Böbrek naklinin uzun dönem diyalize kıyasla daha düşük maliyeti sağlık politikalarında stratejik öneme sahip olmasını sağlamıştır (Jaure ve ark., 2025, s. 403; Tai ve ark., 2025, s. 1). Karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince bağırsak gibi yaşamsal organ nakilleri de her yıl binlerce hastaya umut olmaktadır (Altuntaş ve ark., 2025, s. 141; Ehtuish, 2024, s. 31). Organ nakli sadece hastanın yaşam süresini uzatmakla kalmaz, aynı zamanda yaşam kalitesini de anlamlı oranda iyileştirir (Modra & Hilton, 2021, s. 467–468). Bu nedenle organ nakli, son dönem organ yetmezliği olan hastalar için hem yaşamsal bir ihtiyaç hem de maliyet-etkin bir tedavi seçeneği olarak sağlık sistemlerinde öncelikli bir yer tutmaktadır.

Organ nakli, işlevini geri dönüşümsüz biçimde yitirmiş bir organın, canlı vericiden veya beyin ölümü gerçekleşmiş kadavra bir vericiden alınan sağlıklı bir organ veya dokuyla değiştirilmesi sürecidir. Canlı vericiden nakiller genellikle böbrek ve karaciğerle sınırlı kalırken, kalp, akciğer gibi hayati organlar çoğunlukla beyin ölümü tanısı konmuş kadavralardan temin edilir (Sachdeva & Josephine, 2022, s. 7–8; Ehtuish, 2024, s. 31). Bu ayrım, kadavra bağışlarının etik ve hukuki açıdan daha da önemli hale gelmesine yol açmaktadır (Capron ve ark., 2024, s. 599–600; Engen & Lemoine, 2024, s. 2875–2876). Nakil türleri arasında en sık böbrek ve karaciğer nakilleri yer alır; kalp, akciğer, pankreas ve çoklu organ nakilleri ise sık olarak izlenmektedir (Sachdeva & Josephine, 2022, s. 7–8; Altuntaş ve ark., 2025, s. 141).

Organ nakli süreci yalnızca cerrahi bir işlem değildir; yoğun bakım, hemşirelik hizmetleri, etik danışmanlık, psikososyal destek, hukuk ve sosyal hizmetleri kapsayan bütüncül bir bakım süreci gerektirir (Alcorn, 2024, s. 8–9; Aderinto ve ark., 2025, s. 2–3). Örneğin preoperatif değerlendirme, post-transplant izlem ve hasta eğitimi multidisipliner ekiplerce yürütülür (Capron ve ark., 2024, s. 596–598; Jobst ve ark., 2025, s. 1–3). Organ nakli koordinatörleri süreç boyunca bağış ve nakil işleminde etik, yasal ve iletişim boyutlarının düzenlenmesinde kilit bir rol üstlenir (You ve ark., 2025, s. 588–590). Hemşireler ise yoğun bakımda ve bakım sürekliliğinde hasta ve ailelerin bilgilendirilmesi, psikososyal destek sağlanması ve tedavi sürecinin yönetilmesinde temel aktörlerdir (You ve ark., 2025, s. 589–590; Jobst ve ark., 2025, s. 1–3). Bu çok disiplinli yapı, organ naklinin etik açıdan titizlikle ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Organ naklindeki en temel sorunlardan biri, organ arzı ile talebi arasındaki dengesizliktir. Talebin arzı sürekli aşması organ kıtlığına neden olmakta, bu durum kaynakların adil dağıtımını sağlama sorumluluğunu gündeme getirmektedir (Alcorn, 2024, s. 8–9; Capron ve ark., 2024, s. 595–598). Birçok ülkede uzun bekleme listeleri oluşmuş ve organ bulunamayan hastalar yaşamını yitirmektedir. Kültürel ve bölgesel farklılıklar da bağış oranlarını etkilemekte, örneğin Mısır ve Bangladeş gibi ülkelerde bağış oranları çeşitli sosyal faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Farid, 2024, s. 1–2; Metwally ve ark., 2025, s. 2–5). Bu durum, organ naklini sağlık politikalarının ve etik düzenlemelerin öncelikli gündemi haline getirmektedir.

Etik Sorunlar

Organ nakli birçok etik ikilem barındırır. Bilgilendirilmiş onam, bağış sürecinde hem canlı vericiler hem de kadavra donörler

açısından kritik bir konudur; kadavra bağışında potansiyel vericinin rızası ölüm öncesi alınamazken, aile onamı etik belirsizliklere yol açabilmektedir (Modra & Hilton, 2021, s. 468–469). Canlı vericili nakillerde ise vericinin gerçek anlamda gönüllü olup olmadığı, tıbbi risklerin kabul edilebilir sınırlar içinde tutulup tutulmadığı titizlikle değerlendirilmelidir (Yadla, 2021, s. 6; Lewis & Gardiner, 2023, s. 553–554). Organların adaletli tahsisi ve dağıtımı da önemli bir etik ilkedir; kadavra organlarının kime verileceğı ve liste önceliklerinin belirlenmesinde adalet ve eşitlik unsurları gözetilmelidir (Modra & Hilton, 2021, s. 468–469; Alcorn, 2024, s. 8–9). Beyin ölümü kriterlerinin tanımlanması ve kabulü de ayrı bir etik sorundur; farklı toplumlarda beyin ölümü tanımına dair tutumlar çeşitlilik göstermekte, bu da organ bağış kararlarını etkilemektedir (Rathor ve ark., 2021, s. 241–243). Ayrıca nakil sonrasında hastanın uyum ve tedaviye bağlılığını içeren “buy-in” kavramı yeni bir etik tartışma alanı olarak önem kazanmaktadır (Yu ve ark., 2025, s. 409). Özetle organ kıtlığı, adil dağıtım, vericinin rızası, beyin ölümü tanımı ve organ kaçakçılığı riski gibi başlıklar, organ naklinin temel etik gündem maddelerini oluşturmaktadır.

Organ nakli süreci, verici ve alıcıların yanı sıra hekimler, hemşireler ve organ nakli koordinatörlerinin etkin rol aldığı, etik ve klinik sorumlulukların paylaşıldığı çok paydaşlı bir bakım sürecini içermektedir (You ve ark., 2025, s. 589–590; Albayrak & Dinçer, 2025, s. 2–3). Özellikle hemşireler ve organ nakli koordinatörleri, hastaların bilgilendirilmesi, bakım sürekliliğinin sağlanması ve etik ilkelere uygunlukta anahtar görevler üstlenir (Jobst ve ark., 2025, s. 1–4; You ve ark., 2025, s. 588–590). Etik kurullar ve organ nakli koordinasyon merkezleri, bağış ve tahsis süreçlerinin yasal ve etik standartlara uygunluğunu denetler. Toplumun organ bağışına yönelik tutumu, bilgi ve farkındalık düzeyi de sistemin sürdürülebilirliğinde belirleyicidir; kamu kampanyaları ve eğitim programları, bağış oranlarını artırarak arz-talep dengesizliğinin

çözümüne katkı sağlayabilir (Albayrak & Dinçer, 2025, s. 2–3; Zawierucha ve ark., 2025). Bu çok paydaşlı yapı, organ naklinin sağlık sisteminde hem klinik hem de etik yönden bütüncül olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Tıbbi Etik İlkeler ve Organ Nakli

Organ naklinin etik temelleri, tıp etiğinin dört klasik ilkesine dayanmaktadır: özerklik, yararlılık, zarar vermeme ve adalet (Modra & Hilton, 2021, s. 467–468). Özerklik ilkesi, bireyin kendi bedeni ve organları üzerinde özgür ve bilgilendirilmiş karar verebilme hakkını ifade eder. Bu ilke doğrultusunda, organ nakli sürecinde gerek donörün gerekse alıcının tercihinin saygı duyulması, rızalarının alınması ve herhangi bir baskı olmadan karar verebilmeleri esastır. Organ nakli uygulamalarında bu dört ilke hem verici hem alıcı açısından eşzamanlı olarak gözetilmelidir (Yadla, 2021, s. 5–6).

Yararlılık ilkesi, tıbbi bir müdahalenin olabildiğince fazla fayda sağlamasını ve hastanın iyiliğine odaklanmasını gerektirir. Organ nakli, son dönem organ yetmezliği yaşayan bir hastaya yaşamını sürdürme şansı vererek bu ilkenin en çarpıcı örneklerinden birini sunmaktadır (Annas, 2024, s. 170–172). Öte yandan zarar vermeme ilkesi, hiçbir tıbbi girişimin hastaya (ya da donöre) gereksiz zarar vermemesini, ortaya çıkabilecek risklerin en aza indirilmesini şart koşar. Transplantasyon sürecinde sağlık ekibi, hem alıcıya hem de (canlı donör durumunda) vericiye yönelik riskleri en alt düzeyde tutmakla yükümlüdür (Ehtuish, 2024, s. 30–31). Özellikle canlı donörlü nakillerde, sağlıklı vericinin maruz kalabileceği olası zararlar nedeniyle zarar vermeme ilkesinin önemi daha da artmaktadır.

Adalet ilkesi ise organ dağıtımında hakkaniyeti sağlamayı hedefler. Nakledilebilecek organ sayısının sınırlı olması, hangi

hastaların organ nakli önceliğine sahip olacağı sorusunu gündeme getirir. Sınırlı sayıdaki organın etik ve adil biçimde tahsis edilmesi, tıbbi gereklilikler ve hakkaniyet ölçütleri temelinde şeffaf bir sistem kurulmasını zorunlu kılmaktadır (Alcorn, 2024, s. 8–9). Bu kapsamda, organ bekleyen hastalar arasında ayırım gözetmeksizin, tıbbi kriterlere dayalı ve kamuoyunca kabul edilebilir dağıtım politikaları oluşturulmalıdır. Tüm bu ilkelerin birlikte değerlendirilmesi, organ naklinin yalnızca teknik bir tedavi işlemi olmayıp aynı zamanda derin etik sorumluluklar barındıran bir sağlık hizmeti olduğunu ortaya koymaktadır (Ramesh, 2024, s. 499).

Organ Bağışında Etik Sorunlar

Organ bağışı sürecinde en sık karşılaşılan etik konuların başında gönüllülük ve bilgilendirilmiş onam gelir. Özellikle kadavradan (ölüm sonrası) organ bağışında, birey yaşamı boyunca organlarını bağışlamaya ilişkin açık bir rıza beyan etmemişse, ölümünden sonra organlarının kullanımı için aile onayına başvurulmaktadır. Ancak kişinin bağış iradesinin bilinmediği durumlarda aile rızasının devreye girmesi, özerklik ilkesi ve toplumda bağışa duyulan güven açısından tartışmalara yol açmaktadır (Albayrak & Dinçer, 2025, s. 2–3). Etik açıdan ideal olan, bireyin hayattayken organ bağışı konusundaki kendi kararının esas alınmasıdır (Altuntaş ve ark., 2025, s. 142–144). Bu nedenle pek çok ülkede, bireylerin yaşarken verdikleri bağış kararlarını kayıt altına alan sistemler teşvik edilmektedir. Öte yandan, organ bağışı oranlarını artırmak amacıyla uygulanan bazı "varsayılmış rıza" politikaları (birey aksi yönde bir beyan sunmadıkça organlarının bağışlanmasını öngören yaklaşımlar) da gündemdedir. Ancak bu tür yönlendirici politikaların, bireylerin özerk karar verme hakkını zedeleme potansiyeli bulunduğu dikkatle ele alınması gerekmektedir (Ehtuish, 2024, s. 31–32).

Kadavradan organ başışını çevreleyen bir diğer kritik etik mesele, beyin ölümü kavramının kabulüdür. Organ nakillerinde beyin ölümü, yasal ve tıbbi olarak ölümün tanımıdır; ancak toplumda beyin ölümünün gerçekten "lm" olup olmadığına dair tereddütler ve bilgisizlik mevcut olabilmektedir. Beyin lm kriterlerinin toplum tarafından tam olarak anlaşılmaması, bazı ailelerin beyin ölümü gerçekleşen yakınlarının aslında geri dönebileceği endişesiyle organ başışına direnç göstermesine yol açabilmektedir (Modra & Hilton, 2021, s. 468–469). Nitekim toplumdaki bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar, organ başışına ilişkin etik sorunların derinleşmesine neden olmaktadır (Metwally ve ark., 2025, s. 5–7). Bu durum, organ başışı konusunda halk eğitimine ve şeffaf iletişime olan ihtiyaç ortaya koymaktadır. Başış sürecinin her aşamasında kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi ve sağlık sistemine olan güvenin pekiştirilmesi, hem daha fazla gönüllü başış kazanılması hem de etik açıdan sürecin meşruiyeti için büyük önem taşır.

Organ başışıyla ilişkili etik sorunların bir diğer boyutu, organların adil tahsisi ve kıtlık problemidir. Nakledilebilir organların sayısı ihtiyaç karşılamaktan uzaktır; bu kıtlık, hangi hastaların organ alacağı konusunda zor kararlar alınmasını gerektirir. Bekleme listelerindeki hastalara organ dağıtımında genellikle tıbbi aciliyet, doku ve kan uyumu, bekleme süresi gibi kriterler göz önüne alınır. Ancak hangi kritere ne kadar ağırlık verileceği konusunda toplumsal uzlaş sağlamak zordur ve tam adaletin sağlanması pratikte güçleşir. Organ arzının talebi karşılamaması, birçok hastanın uygun organ bulunamadığı için hayatını kaybetmesiyle sonuçlanmakta; bu durum organ nakli alanında adaletsizlikler ve toplumsal eşitsizlikler doğurmaktadır (Hol, 2025, s. 1–2). Organ açığı nedeniyle bazı bölgelerde veya ülkelerde etik dışı uygulamalara yönelim riski de ortaya çıkmıştır. Özellikle yoksul ülkelerde yasa dışı organ ticareti ve organ kaaklığı vakalarının görülmesi, organ bekleyen çaresiz hastaların varlığıyla doğrudan ilişkilidir (Ehtuish, 2024, s. 30–31).

Bu tür uygulamalar, çoğunlukla maddi açıdan zor durumda olan kişilerin organlarını satmaya zorlanması veya gizli anlaşmalarla organ temini şeklinde gerçekleşerek insan onurunu zedelemektedir. Sonuç olarak, organ bağıışı ve dağıtımında adalet ilkesini hayata geçirmek ve organ ticaretini önlemek, küresel ölçekte ele alınması gereken bir etik sorumluluktur.

Canlı Vericiden Organ Naklinde Etik Boyut

Canlı vericiden organ nakli, etik açıdan en hassas tıbbi uygulamalardan biri olarak kabul edilmektedir (You ve ark., 2025, s. 589–590). Bu nakil türünde sağlıklı bir birey (verici), başka bir kişiye (alıcı) yaşam şansı vermek adına kendi bedeninde bir cerrahi işlemi ve bunun getirdiği riskleri gönüllü olarak üstlenmektedir. Dolayısıyla, canlı donörlü nakillerde hekimin "önce zarar verme" ilkesine bağlılığı ile alıcının hayatını kurtarma hedefi arasında hassas bir denge söz konusudur. Bir anlamda, tıp etiğinde genellikle kabul edilmeyen bir durum — sağlıklı bir kişiye bilerek risk ve potansiyel zarar yüklemek — canlı verici nakillerinde, etik açıdan sıkı koşullar altında istisnai olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle canlı vericili nakillerde alınan kararlar ve yapılan değerlendirmeler, kadavradan nakillere kıyasla çok daha titiz bir şekilde yürütülür.

Canlı vericili nakillerde en temel etik gereklilik, vericinin kararını tam özerklik içinde ve özgür iradesiyle vermesidir. Verici, organını bağışlama kararını hiçbir baskı veya zorlama olmaksızın almalıdır ve karar sürecinde maddi veya manevi çıkar ilişkileri kesinlikle rol oynamamalıdır (You ve ark., 2025, s. 589–590; Yadla, 2021, s. 6–7). Ayrıca vericiye tıbbi işlemin tüm olası riskleri ve sonuçları açıkça anlatılarak bilgilendirilmiş onamı alınmalıdır. Vericinin ameliyat ve sonrasındaki olası etkiler hakkında tam bir farkındalıkla rıza göstermesi, nakil işleminin etik meşruiyeti açısından şarttır. Kendi sağlığından feragat edecek olan donörün,

bunu *kendi isteğiyle ve bilinçli olarak* yaptığı tarafsız bir değerlendirmeye teyit edilmelidir.

Canlı donörlerin büyük çoğunluğu, nakil yapacakları alıcıyla belirli bir akrabalık veya duygusal bağ içindedir. Bu durum, etik açıdan bazı riskleri beraberinde getirir. Özellikle aile içi organ bağışlarında, verici adayının kendisini güçlü bir manevi zorunluluk altında hissetmesi veya ailevi beklentilerin etkisiyle gönülsüz şekilde “evet” demesi olasıdır (Albayrak & Dinçer, 2025, s. 4–5). Örneğin, bir ebeveynin çocuğuna ya da bir kardeşin başka bir kardeşe organ vermesi söz konusu olduğunda, vericinin kararının gerçekten kendi isteği mi yoksa çevrenin duygusal baskısı sonucu mu olduğunun ayrımı güçleşebilir. Bu sebeple, vericinin özerk kararını engelleyebilecek duygusal baskı ve sosyal zorunluluklar, her bir canlı donör vakasında etik değerlendirmede dikkate alınmalıdır. Öte yandan, canlı verici açısından bir diğer hassas konu da sömürü ve istismar riskidir. Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireylerin, maddi çıkar karşılığında organlarını verme durumunda kalmaları, etik olarak kabul edilemez bir durumdur (Koçak Süren, 2007, s. 174–175). Canlı organ bağışı süreçlerinde, vericinin kararının arka planında ekonomik bir motivasyon veya üçüncü taraf baskısı olmadığından emin olunması gerekir. Aksi takdirde, organ nakli sisteminin en kırılgan kişileri istismar etmesi gibi ağır bir etik ihlal söz konusu olacaktır.

Canlı vericili nakillerde etik prensiplere uyumun sağlanabilmesi için etkin denetim ve danışma mekanizmaları oluşturulmuştur. Birçok ülkede, canlı donörlerin değerlendirilmesi için etik kurullar veya bağımsız komisyonlar görev yapmaktadır; bu kurullar, vericinin gerçekten gönüllü olup olmadığını, tıbbi riskleri anladığını ve herhangi bir baskıya maruz kalmadığını anlamak üzere ayrıntılı görüşmeler yaparlar (Lewis & Gardiner, 2023, s. 553–554). Organ nakli ekipleri içerisinde cerrahların yanı sıra etik uzmanları,

psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve organ nakli koordinatörleri de vericinin haklarını korumak ve etik standartlara uyumu sağlamak için aktif rol alırlar (You ve ark., 2025, s. 592–594). Bu çok disiplinli yaklaşım sayesinde, canlı vericinin yarar ve hakları azami düzeyde gözetilir; böylece organ nakli sürecinin tüm taraflar için etik açıdan kabul edilebilir koşullarda yürütülmesi güvence altına alınmış olur.

Sonuç olarak, organ transplantasyonunda tıbbi etik ilkeler ile pratik uygulama arasındaki denge sürekli göz önünde bulundurulmalıdır. Organ bağıışı ve nakli süreçlerinin başarısı, sadece tıbbi açıdan değil, aynı zamanda etik değerlere bağlı kalınmasına da bağlıdır. Bu alanda özerklik, yararlılık, zarar vermeme ve adalet gibi ilkelerin titizlikle uygulanması; bağıışçıların ve alıcıların haklarının korunması; toplumun organ bağıışı sistemine güveninin tesis edilmesi kritik önem taşımaktadır. Organ nakillerinde etik duyarlılık ve sorumluluk bilinci hem sağlık profesyonellerinin hem de toplumun ortak çabasıyla sürekli desteklenmeli ve geliştirilmelidir.

Organ Dağıtımında Adalet ve Eşitlik

Organ transplantasyonunda en temel etik sorunlardan biri, sınırlı sayıdaki hayati organların kimlere ve hangi ölçütlere göre dağıtılacağıdır. Bu konu, salt klinik bir karar süreci olmanın ötesinde, adalet, eşitlik ve insan onuru ilkeleriyle doğrudan ilişkili etik ve hukuki bir mesele olarak kabul edilmektedir. Nitekim etik literatürde organ dağıtımı özellikle adalet, yararlılık (utility) ve özerklik ilkeleri çerçevesinde ele alınmakta ve tartışılmaktadır (Ramesh, 2024, s. 499). Sınırlı organ arzının yarattığı zorunlu seçicilik, kime organ takdim edileceği sorusunu ahlaki bir problem haline getirmektedir.

Adalet ilkesi, benzer klinik durumda olan hastaların benzer biçimde değerlendirilmesini ve ayrımcılık yapılmaksızın organ nakline erişim hakkına sahip olmalarını gerektirir. Tıbbi etik bağlamında adalet kavramı yalnızca eşitliği değil, aynı zamanda hakkaniyeti de içerir. Hakkaniyet, her hastanın bireysel tıbbi gereksinimleri, aciliyet durumu ve beklenen yararı doğrultusunda değerlendirilmesini zorunlu kılar (Alcorn, 2024, s. 8–10). Uygulamada birçok ülkede organ tahsis sistemleri; bekleme listesinde geçen süre, tıbbi aciliyet, doku uyumu ve beklenen sağkalım gibi kriterlere dayanmaktadır. Ancak bu teknik ölçütlerin tek başına mutlak adaleti sağlamaya yetmediği bildirilmektedir. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük, kırsal bölgelerde yaşayan veya sağlık hizmetine erişimi sınırlı bireylerin organ nakli sürecine dahil olma şansının belirgin biçimde daha düşük olduğu vurgulanmaktadır (Albayrak & Dinçer, 2025, s. 3–4; Jaure ve ark., 2025, s. 404–406). Bu durum, organ dağıtımında yapısal eşitsizliklerin mevcut olduğunu göstermektedir ve eşitlik ilkesinin pratikte tam anlamıyla karşılanamadığına işaret eder.

Organ dağıtımında adalet ilkesine karşı en büyük meydan okumalardan biri, yararlılık (maksimum fayda) ilkesiyle yaşanan gerilimdir. Yararlılık ilkesi, mevcut organın en fazla yaşam yılını kazandıracak hastaya verilmesini savunurken; adalet (eşitlik) ilkesi her hastanın adil bir şansa sahip olmasını vurgular. Bu iki ilke arasındaki denge zorunluluğu, özellikle tekrar nakil (re-transplant) gereksinimi olan hastalar veya yaşam tarzı tercihleri sonucunda organ yetmezliği gelişmiş hastalar söz konusu olduğunda daha da belirgin hale gelmektedir (You ve ark., 2025, s. 591–593). Örneğin, tıbbi açıdan en çok faydayı sağlayacak alıcıyı önceleyen *utilitarist* yaklaşımlar, yaşlı hastalar, engelliler veya sosyoekonomik bakımdan dezavantajlı grupların sistematik olarak arka plana atılması riskini doğurabilir (Lewis & Gardiner, 2023, s. 554–556). Bu nedenle adalet

ve yararlılık ilkelerinin dengelenmesi, transplantasyon etiğinde sürekli tartışma konusu olmaktadır.

Güncel uygulamalarda, adalet-yararlılık dengesini gözetmek amacıyla yeni organ dağıtım modelleri de geliştirilmektedir. Alcorn (2024), sürekli dağıtım (*continuous distribution*) adı verilen modelin bu alanda önemli bir etik dönüşüm sunduğunu belirtmektedir. Sürekli dağıtım yaklaşımında adalet ve yararlılık ilkeleri açık biçimde ayrıştırılmakta; böylece etik değerlerle operasyonel kararlar birbirinden bağımsız şekilde değerlendirilebilmektedir (Alcorn, 2024, s. 9–11). Bu yaklaşım, coğrafi eşitsizlikler, sosyoekonomik farklılıklar ve sağlık hizmetlerine erişimdeki dengesizlikler gibi faktörleri görünür kılarak karar alma süreçlerinde dikkate alınmasını sağlamaktadır. Diğer bir ifadeyle, dağıtım algoritmasının şeffaf ve hesap verebilir olması sağlanarak hangi etik değerden ödün verildiği veya hangisine öncelik tanındığı daha somut biçimde tartışılabilmektedir.

Adalet ilkesinin önemli bir boyutu da dezavantajlı veya kırılgan grupların gözetilmesidir. Organ dağıtım süreçlerinde zaman zaman zihinsel engelli bireyler veya çok ileri yaşlı hastalar gibi grupların bekleme listelerine alınmasında tereddütler yaşanabildiği bilinmektedir. Oysa bu tür kategorik dışlamalar etik açıdan savunulamaz görülmektedir. Nitekim Ross (2021), zihinsel engelli bireylerin organ nakli listelerinden mutlak biçimde dışlanmasının kabul edilemez olduğunu ve her hastanın durumunun bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Ross, 2021, s. 7–8). Bu yaklaşım, organ dağıtımında insan onurunun korunması gerektiğini ve herkesin eşit değer ve değerlendirme hakkına sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, yalnızca yaşa veya engellilik durumuna bakarak nakil hakkından mahrum bırakmak, tıp etiği açısından ayrımcılık teşkil eder ve adalet ilkesini zedeler.

Organ dağıtımında adalet konusu, ulusal sınırların ötesinde küresel bir perspektifle de ele alınmaktadır. Dünyadaki düşük ve orta gelirli birçok ülkede organ nakli için gerekli altyapı ve kaynakların yetersiz olması, bu bölgelerde yaşayan bireylerin yaşam kurtarıcı bu tedaviye erişimini ciddi şekilde kısıtlamaktadır. The Lancet dergisinde yayımlanan kapsamlı politika analizleri, organ transplantasyonuna erişimde ülkeler arası uçurumların etik açıdan kabul edilemez boyutta olduğunu ortaya koymuştur. Bu analizler, küresel düzeyde daha adil bir dağıtım için politika yeniliklerine ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir (Jaure ve ark., 2025, s. 403–405). Dolayısıyla adalet ilkesi, sadece bir ülke içerisinde değil, ülkeler arasındaki dağıtım adaletsizliklerini gidermek için de geçerli bir hedef olarak karşımızdadır.

Adalet ve eşitlik tartışmaları, aynı zamanda organ nakli sonrasındaki sorumluluklar ve toplum kaynaklarının hakkaniyetli kullanımı bağlamında da gündeme gelmektedir. Bu kapsamda literatürde “cerrahi rıza” veya “surgical buy-in” kavramı tartışılmaktadır. Bu kavram, organ alıcısının yalnızca nakil ameliyatına onay vermekle kalmayıp ameliyat sonrasında gerekli bakım ve tedavilere bağlı kalmayı da etik bir yükümlülük olarak üstlenmesi gerektiğini öne sürer. Alıcının bu sorumluluğu yerine getirmemesi durumunda, toplum adına bağışlanmış kıt bir kaynağın adil ve verimli kullanımının zedeleneyeceği belirtilmektedir (Yua, Shakhsher & Wightman, 2025, s. 409–410). Bu bakış açısı, adalet ilkesini organın dağıtımından kullanım aşamasına kadar genişleterek, nakil sonrasında da etik sorumlulukların devam ettiğini vurgulamaktadır.

Öte yandan, çoklu organ nakilleri de adalet perspektifinden özel bir değerlendirme gerektirmektedir. Aynı anda birden fazla organ nakli bekleyen hastaların, tek bir organ bekleyenlere kıyasla listede öncelik kazanması “adil paylaşım” ilkesi açısından

tartışmalara yol açabilmektedir. Birden fazla organ ihtiyacı olan hastaya öncelik vermek, toplamda daha fazla sayıda hastanın nakil şansını geciktirebilir. Özellikle pediatrik hastalarda uygulanan çoklu organ tahsis modellerinde, çocukların kırılabilirliği ve sınırlı yaşam beklentisi gibi gerekçelerle farklı önceliklendirme kriterleri benimsenebilmektedir (Engen & Lemoine, 2024, s. 2876–2878). Bu durum, kaynak dağıtımında yaş ve durum bazlı pozitif ayrımcılık tartışmalarını gündeme getirmekte ve adalet ilkesinin dinamik bir şekilde yorumlanmasını gerektirmektedir.

Son olarak, organ dağıtım sisteminin adil olarak algılanması, toplumun organ bağışına olan desteğiyle de yakından ilişkilidir. Şeffaf, izlenebilir ve tutarlı bir dağıtım mekanizmasının bulunmaması, kamuoyunda sürece dair güvensizlik yaratabilir. Nitekim yapılan çalışmalar, dağıtım süreçlerinde yaşanan belirsizliklerin ve haksızlık algısının, organ bağışına gönüllü olma isteğini olumsuz etkilediğini göstermiştir (Siraj, 2022, s. 70–72). Bu nedenle, adil bir organ nakli sistemi inşa etmek yalnızca tıbbi kriterlerin optimize edilmesini değil, aynı zamanda şeffaflığın artırılmasını, toplumsal denetimin güçlendirilmesini ve etik değerlere bağlı karar süreçlerinin kurulmasını zorunlu kılar. Sonuç olarak, organ dağıtımında gerçek anlamda adalet ve eşitliğin sağlanabilmesi için tıbbi ölçütlerin yanı sıra sosyal politikaların, hukuki düzenlemelerin ve etik denetim mekanizmalarının birlikte ve uyum içinde işletilmesi gerekmektedir.

Organ Ticareti ve Etik İhlaller

Organ ticareti, modern transplantasyon pratiğinin karşı karşıya olduğu en ciddi etik ihlallerden biridir. Organların maddi çıkar karşılığı alınıp satılması, insan bedeninin metalaştırılması anlamına gelmekte ve insan onurunu doğrudan zedeleyen bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve

çoğu ülkenin ulusal mevzuatları organ ticaretini açık biçimde yasaklamış olmasına rağmen, organ arzının talebi karşılama da yetersiz kalması bu yasa dışı uygulamaların küresel ölçekte devam etmesine zemin hazırlamaktadır (Albayrak & Dinçer, 2025, s. 6; Muwanga, 2018, s. 196–198). Organ nakli bekleyen hasta sayısının mevcut organ donörü sayısından fazla olması, umutsuz durumdaki bazı alıcıları ve ekonomik açıdan zorda kalmış potansiyel vericileri yasa dışı yollara yönltebilmektedir. Sonuç olarak organ ticareti, hem bireysel düzeyde hem de toplumsal düzeyde ciddi bir etik problem olarak varlığını sürdürmektedir.

Etik açıdan bakıldığında, organ ticaretini savunan veya normalleştirmeye çalışan söylemler çoğu zaman “gönüllü rıza” kavramına dayanarak özerklik ilkesini öne çıkarmaya çalışmaktadır. Bu bakışa göre, kişi kendi organı üzerinde tasarruf hakkına sahiptir ve isterse onu satabilmesi bir *özerklik* göstergesi olarak sunulabilir. Ancak literatür, organ satışına razı olma durumunun genellikle aşırı ekonomik yoksunluk, borçluluk veya çaresizlik koşullarında ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Bu tür bir durumda verilen rızanın gerçekten özgür iradeye dayanmadığı açıktır. Nitekim organ ticareti, yüzeyde donörün özerklik hakkını kullandığı izlenimi verse de gerçekte zarar vermeme (non-maleficence) ve adalet ilkelerini ciddi biçimde ihlal etmektedir (Hol, 2025, s. 2–3). Bir başka deyişle, organını satan kişiler çoğunlukla bunu bir tercih olarak değil, içinde bulundukları sosyoekonomik baskının bir sonucu olarak yapmaktadır. Bu da alınan rızanın etik geçerliliğini tartışmalı hale getirmektedir. Özellikle canlı vericiler söz konusu olduğunda maddi teşviklerin kullanılması, donörün kararını çarpıtarak özerklik ilkesini zedelemektedir. Yadla (2021), canlı donörden gerçekleştirilen nakillerde para veya benzeri teşviklerin etik dışı olduğunu ve donörün gerçek anlamda gönüllü karar verme kapasitesini baltaladığını vurgulamaktadır (Yadla, 2021, s. 6–7). Dolayısıyla, organ ticaretinde rıza kavramının içeriği büyük ölçüde

boşalmakta ve bu işlem etik bir sözleşmeden ziyade ekonomik bir zorunluluğun dikte ettiği bir çıkar alışverişine dönüşmektedir.

Organ ticareti, seküler etik ilkelerin yanı sıra dini ve kültürel değerler açısından da ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Özellikle İslam etiği perspektifinden, insan bedeni dokunulmaz ve emanet kabul edildiği için organların ticari meta haline getirilmesi kesin bir dille reddedilmektedir. İslam dünyasında birçok fetva, zorunlu hallerde organ naklinin caiz olduğunu belirtirken; organ ve doku satışını ise insan bedenine saygı ve emanet ilkelerine aykırı olduğu gerekçesiyle yasaklamıştır. Nitekim bir çalışmada, organ ticaretinin insan bedeninin Allah tarafından emanet edilen bir değer olması ilkesine ters düştüğü ve bu nedenle İslami açıdan meşru görülemeyeceği ifade edilmektedir (Rathor ve ark., 2021, s. 245–247). Benzer dini-kültürel yaklaşımlar, diğer inanç sistemlerinde de organ ticaretine karşı çıkmakta ve organ bağışının ancak karşılıksız bir hayır olarak yapılmasını uygun görmektedir.

Organ ticaretiyle bağlantılı bir diğer etik ihlal alanı transplantasyon turizmi olarak adlandırılan uygulamalardır. Transplantasyon turizmi, nakil bekleyen hastaların daha kısa bekleme süreleri veya daha düşük maliyetler için başka ülkelere giderek organ nakli olmalarını ifade etmektedir. İlk bakışta çaresiz hastaların fırsat arayışı gibi görünse de bu durum çoğu zaman gidilen ülkelerdeki zayıf denetimler ve yetersiz yasal korumalar nedeniyle ciddi etik sorunlar doğurmaktadır. Donörlerin sağlık ve güvenliğinin ihmal edildiği, kayıt dışı veya yasa dışı yollarla organ temin edilen bu ortamlar hem donör hem de alıcı açısından büyük riskler barındırır. Wong ve arkadaşlarının (2024) uluslararası boyutta yaptığı bir inceleme, transplantasyon turizminin donör güvenliği ve alıcı sağkalımı açısından ciddi tehlikeler taşıdığını ve küresel etik standartları zayıflattığını ortaya koymuştur (Wong ve ark., 2024, s. 967–969). Yani bir ülkede etik ve yasal açıdan kabul görmeyen

uygulamalar, başka bir ülkeye gidilerek gerçekleştirildiğinde toplamda dünya çapında etik ilkelere zarar vermektedir. Bu durum, ülkeler arası iş birliği ve uluslararası düzenlemelerin gerekliliğine de işaret etmektedir.

Son yıllarda organ nakli alanında ortaya çıkan kitlesel fonlama (crowdfunding) uygulamaları da organ ticaretiyle dolaylı ilişkili etik riskler barındırmaktadır. Özellikle sosyal medya ve internet üzerinden, nakil masraflarını karşılamak için düzenlenen bağış kampanyaları ilk bakışta dayanışma örneği gibi görülse de, derinlemesine incelendiğinde adalet ve eşitlik ilkeleri açısından sorunludur. Sosyal çevresi geniş, medyada görünürlüğü yüksek veya finansal kampanya yapabilecek durumdaki hastalar, bu sayede nakil için gereken fonu ve hatta organ bulunmasını daha hızlı sağlayabilmektedir. Buna karşın, benzer tıbbi durumda olup böyle bir ilgi çekemeyen hastalar dezavantajlı duruma düşmektedir. Kusterbeck (2024), organ nakli için başlatılan kitlesel fonlama kampanyalarının sosyal sermayesi güçlü bireylere avantaj sağladığını ve mevcut eşitsizlikleri derinleştirdiğini rapor etmektedir (Kusterbeck, 2024, s. 14–15). Ayrıca bu kampanyalar sonucunda toplanan fonların nasıl denetleneceği, hedeflenen miktarı aştığında arta kalan paranın nasıl kullanılacağı ve bağışçıların dolaylı da olsa bir *karşılık* beklentisine girip girmeyeceği gibi sorular hem etik hem de hukuki açıdan tartışmalara yol açmaktadır. Görüldüğü üzere, organ nakli etrafındaki para akışı ne şekilde olursa olsun (doğrudan organ satışı ya da dolaylı finansman yoluyla), dikkatli ele alınmadığında transplantasyon pratiğinin adil ve şeffaf yürütülmesini tehdit edebilmektedir.

Organ ticaretiyle mücadele, yalnızca bireysel düzeydeki ahlaki ihlallerin değil, aynı zamanda sağlık sistemindeki ve toplumdaki sistemsizliklerin de giderilmesini gerektirir. Bu nedenle çözüm, sadece cezai yaptırımlar uygulamakla sınırlı

kalamaz. Organ ticaretinin önlenebilmesi için çok yönlü stratejilere ihtiyaç vardır. Öncelikle, yasal ve etik açıdan kabul edilebilir ana kaynak olan kadavra donör sayısını artırmak büyük önem taşımaktadır. Toplumun organ bağıışı konusunda bilinçlendirilmesi ve önyargıların kırılması, organ arzını yükselterek ticarete olan talebi azaltabilir. Ehtuish (2024), organ ticareti sorununun çözümünde kadavra bağıışının teşviki, sağlık profesyonellerine verilecek kapsamlı etik eğitimler ve toplumsal farkındalık kampanyalarının temel stratejiler olduğunu vurgulamaktadır (Ehtuish, 2024, s. 31–33). Bunun yanında, organ bağıışının “yaşam armağanı” olduğu anlayışının toplumda kökleşmesi de kritik önemdedir. Organ naklinin etik meşruiyeti, bağıışın gönüllülük, karşılıksızlık (ücretsiz) ve bilgilendirilmiş onam ilkelerine dayanmasına bağlıdır. Bu ilkelerin ihlal edilmesi durumunda organ nakli uygulamasının ahlaki temeli zayıflar veya ortadan kalkar (Ehtuish, 2024, s. 31–32). Dolayısıyla, hem yasal düzenlemeler hem de etik eğitim ve toplumsal duyarlılık artırma çalışmaları, organ ticaretine zemin hazırlayan koşulları ortadan kaldırmayı hedeflemelidir. Sonuç olarak organ ticareti, tıp etiğı ve insan haklarıyla bağdaşmayan bir olgu olup; onun engellenebilmesi, güçlü bir hukuki denetim, sağlam bir etik duruş ve toplumsal bilinçlendirme bileşenlerinin bir arada etkin kılınmasını gerektirmektedir.

Hukuki Düzenlemeler ve Etik Çerçeve

Organ bağıışı ve transplantasyonunun etik ilkelere uygun biçimde yürütülebilmesi, güçlü ve kapsayıcı bir hukuki çerçevenin varlığı ile mümkündür. Hukuki düzenlemeler, tıp etiğinde benimsediğimiz değerleri somut kurallara dönüştürerek bireylerin haklarını ve toplumsal güveni koruma işlevi görür. Bu alanda kanunlar, yönetmelikler ve uluslararası sözleşmeler etik prensiplerin sahada uygulanabilir olmasını sağlar. Örneğın Türkiye’de organ ve doku nakli uygulamaları, 2238 sayılı *Organ ve Doku Alınması*,

Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun ile ayrıntılı biçimde düzenlenmiştir. Bu kanun, organ bağışında rıza (onam verme), gönüllülük (zorunlu olmama) ve ticari kazanç yasağı ilkelerini temel esaslar olarak benimsemektedir (Koçak Süren, 2007, s. 174–178). Benzer şekilde, birçok ülkede yürürlükte olan yasalar, organ naklinde gönüllülük esasına dayalı bağışı teşvik etmek, rıza süreçlerini tanımlamak, organların adil dağıtımını sağlamak ve organ ticaretini önlemek gibi temel etik hedefleri güvence altına almayı amaçlar (Annas, 2024, s. 170–172).

Etik ve hukuk, organ nakli alanında birbirini tamamlayan iki disiplin olarak değerlendirilebilir. Hukuki kurallar, etik ilkelerin minimum gereklilikler düzeyinde hayata geçirilmesini sağlarken; etik ilkeler de yasal boşlukların ve gri alanların doldurulmasında yol gösterici olur. Nitekim Lewis ve Gardiner (2023), organ naklinde etik ve hukukun iç içe çalışması gerektiğini vurgulayarak “Ölü Donör Kuralı” (sadece tıbben ölü kişinin organının alınması), “Rıza Kuralı” (bağış için geçerli onam alınması) ve “Adil Dağıtım Kuralı” (organların adalet ilkesine uygun paylaşılması) gibi temel ilkelerin birlikte uygulanmasının, etik açıdan sağlam bir çerçeve oluşturduğuna dikkat çekmektedir (Lewis & Gardiner, 2023, s. 553–555). Bu kurallar bütünü, organ nakli süreçlerinde hem vericilerin hem de alıcıların haklarını korumayı hedeflemektedir. Böylelikle, etik ikilemler karşısında hem hukuken hem de vicdanen hesap verebilir bir uygulama standardı yakalanabilir.

Hukuki düzenlemelerin bir diğer kritik rolü, toplum nezdinde güven tesis etmektir. Organ bağışı gibi hassas bir konuda toplumun sisteme güven duyması, yasal çerçevenin açıklığı ve uygulamanın şeffaflığı ile yakından ilişkilidir. Özellikle beyin ölümü tanımının yasal ve etik standartlara uygun biçimde yapılması, organ nakillerinin meşruiyetini doğrudan etkiler. Beyin ölümü gerçekleşmeden organ alınmayacağına ilişkin kural (ölü donör

kuralı), toplumun organ bağışına güveninin temelini oluşturur. Bu nedenle, ölümün tanımına ilişkin herhangi bir belirsizliğin yasal düzenlemelerle giderilmesi büyük önem taşır. Modra ve Hilton (2021), ölüm tanımındaki muğlaklıkların ortadan kaldırılmasının organ bağışı sisteminin meşruiyeti ve kamuoyu kabulü açısından kritik olduğunu belirtmektedir (Modra & Hilton, 2021, s. 1–2). Gerçekten de, bir kişinin gerçekten ölmadan organlarının alındığı endişesi, bağış oranlarını olumsuz etkileyebilecek güçlü bir korkudur. Bu korkunun yersiz olduğunu hukuk kuralları ve tıbbi protokoller net bir şekilde ortaya koymalıdır ki toplum gönül rahatlığıyla organ bağışına katılım gösterebilsin.

Uluslararası alanda, organ bağışıyla ilgili farklı yasal modeller ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Temelde ülkeler açık rıza (opt-in), varsayılan rıza (opt-out) veya zorunlu tercih (mandated choice) gibi sistemlerden birini benimsemektedir. Açık rıza modelinde birey, organlarını bağışlamak istediğini aktif bir şekilde beyan etmek durumundadır; aksi halde bağışçı kabul edilmez. Varsayılan rıza modelinde ise herkes potansiyel bağışçı kabul edilir, ancak hayattayken aksi yönde bir beyanı varsa bu dikkate alınır (ve genellikle aileye de itiraz hakkı tanınır). Zorunlu tercih sisteminde ise herkesin yasal olarak bağışçı olup olmayacağına dair bir tercih belirtmesi istenir, böylece kararsızlık ortadan kaldırılır. Bu modellerin her birinin etik açıdan avantaj ve dezavantajları vardır. Varsayılan rıza (opt-out) sistemleri, bağış oranlarını belirgin biçimde artırma potansiyeline sahiptir; nitekim İspanya gibi opt-out modelini uygulayan ülkeler organ bağışında dünya lideridir. Ancak, bireylerin açık bir onayı olmaksızın organlarının alınabilmesi ihtimali, bireysel özerklik perspektifinden eleştirilmektedir. Ehtuish (2024), varsayılan rıza sistemlerinin organ arzını artırabileceğini, buna karşın kişinin kendi iradesini aktif biçimde ortaya koymamasının etik kaygılar doğurduğunu ve bu nedenle bu modelin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Ehtuish, 2024, s. 32–

34). Öyle ki, eğer varsayılan rıza sistemi altında bir kişinin gerçekte bağışçı olmak istemediği halde beyan eksikliği nedeniyle organları alınacak olursa, bunun etik meşruiyetinin sorgulanacağı aşıkardır. Bu bağlamda bazı yazarlar, bireyin iradesini net olarak ortaya koymasını sağlayan “zorunlu tercih” sisteminin daha dengeli bir çözüm olabileceğini ileri sürmektedir. Zorunlu tercih modelinde herkes yasal bir kayıt esnasında (örneğin ehliyet alırken veya kimlik belgesi yenilerken) organ bağışlayıp bağışlamayacağına dair bir tercih yapmak durumunda bırakılır. Böylece hem herkesin kararı alınmış olur hem de kimsenin istemediği halde bağışçı sayılmasının önüne geçilir. Nitekim bir çalışmada, zorunlu tercih sisteminin bireyin iradesini açıkça ortaya koymasına imkan tanıyarak etik ve hukuki denge sağlayabileceği ifade edilmektedir (Muwanga, 2018, s. 172–175). Bu tartışmalar, yasal düzenlemelerin kültürel, dini ve sosyal bağlama göre şekillendirilmesi gerektiğini, tek bir modelin her yerde birebir uygulanmasının mümkün olmayabileceğini göstermektedir.

Türkiye özelinde, yürürlükteki kanunlar açık rıza modelini esas almakla birlikte, pratikte aile onayı süreci kritik bir rol oynamaktadır. Yasal olarak kişi hayattayken organlarını bağışlamayı kabul ettiğini beyan etmiş olsa dahi, ölüm sonrası organlarının alınabilmesi için yakın aile üyelerinin de onayı aranmaktadır. Bu uygulama, etik açıdan bireyin özerklik hakkıyla ailenin karar hakkı arasında bir gerilim yaratmaktadır. Kişinin kendi bedenine ilişkin tasarruf hakkının, ölümünden sonra ailesi tarafından veto edilebilmesi hem hukuki hem de etik bir uyumsuzluğa işaret etmektedir. Albayrak ve Dinçer (2025), bireyin sağlığında verdiği bağış kararının aile tarafından engellenebilmesinin, transplantasyon sisteminde özerklik ilkesi bakımından sorunlu olduğunu belirtmektedir (Albayrak & Dinçer, 2025, s. 7–8). Bu durum, pratikte sık karşılaşılan “*aile retleri*” olgusuyla da kendini göstermektedir: Pek çok bağışçı adayı ölmeden önce organlarını bağışlamaya istekli

olduğunu belirtmesine rağmen, vefatı sonrasında ailesinin izin vermemesi nedeniyle nakil gerçekleşmemektedir. Bu örnek, yasal düzenlemelerin uygulanmasında kültürel ve duygusal dinamiklerin de hesaba katılması gerektiğini gösterir.

Hukuki çerçeve, etik dışı uygulamaların önlenmesinde caydırıcı bir güç olarak da işlev görür. Organ ticareti, belgede sahtecilik, beyin ölümünün kötüye kullanılması gibi etik ihlallerin engellenmesi, yasaların etkin biçimde uygulanmasıyla mümkündür. Eğer sıkı denetim mekanizmaları ve yaptırımlar olmazsa, kağıt üzerinde kalan etik ilkeler ihlal edilmeye açık hale gelir. Etkin bir yasal denetim olmadığı takdirde, etik ihlallerin sistematik hale gelebileceği ve kimsenin sorumlu tutulmadığı bir ortam oluşabileceği literatürde vurgulanmaktadır. Bu nedenle, hukukun caydırıcılığını sağlamak için düzenli denetimler, ihlaller karşısında hızlı ve adil yaptırımlar ve şeffaf raporlama sistemleri kurulmalıdır. Aksi halde, en iyi niyetli etik kurallar bile pratikte uygulanmayabilir. Lewis ve Gardiner (2023), etik ve hukuk arasındaki ilişkinin karşılıklı olarak güçlendirilmesinin sürdürülebilir bir organ nakli sistemi için vazgeçilmez olduğunu belirtmektedir (Lewis & Gardiner, 2023, s. 556–557). Gerçekten de sadece etik ilkelere bel bağlamak veya sadece yasal zorunluluklara dayanmak tek başına yeterli olmaz; ikisinin birleşimi güvenilir ve sürdürülebilir bir sistem oluşturur.

Hukuki düzenlemeler, organ dağıtımında da hesap verebilirlik ve şeffaflığı sağlama açısından önemli bir araçtır. Bağış ve dağıtım süreçlerinin yasal olarak tanımlanması ve denetlenmesi, kamuoyunun sisteme duyduğu güveni pekiştirir. Örneğin, organ dağıtım kriterlerinin ve algoritmalarının yasal çerçevede netleştirilmesi, olası ayrımcılık veya suistimal iddialarının önüne geçilmesine yardımcı olur. The Lancet dergisinde yayımlanan politika analizlerinde de vurgulandığı üzere, adil bir transplantasyon

sistemi ancak açık kurallar, kamu denetimi ve etik ilkelere dayalı karar süreçleri ile mümkün olabilir (Jaure ve ark., 2025, s. 410–412). Bu da gösteriyor ki, hukuki düzenleme ve denetim, organ dağıtım sürecinin her aşamasında şeffaflığın korunması için gereklidir. Yasal çerçevenin sağlam olması, hasta seçimi ve organ tahsisi konularında oluşabilecek toplumsal soru işaretlerini en aza indirerek, organ bağışına katılımı dolaylı olarak artırır.

Sonuç olarak, organ nakline ilişkin hukuki düzenlemelerin yalnızca teknik kurallar bütünü olarak görülmemesi, aynı zamanda etik ilkeleri somutlaştıran dinamik bir çerçeve olarak ele alınması gerekmektedir. Kanun koyucular ve uygulayıcılar, etik değerleri yasal metinlere aktarmak ve gerektiğinde güncellemek suretiyle transplantasyon alanındaki gelişmelere yanıt vermelidir. Bu bütüncül yaklaşım, hukuk ile etik ve insan hakları arasındaki dengeyi gözeterek ilerlemeyi gerektirir. Böyle bir dengede hem bağışçıların hem de alıcıların onuru ve hakları korunur; toplumun sisteme güveni artar ve daha sürdürülebilir bir organ nakli ekosistemi oluşturulur. Unutmamak gerekir ki; etik ilkelerin desteklemediği bir yasa, ruhsuz kalacak; yasanın güçlendirmedeği bir etik ilke ise uygulamada zayıf düşecektir. Dolayısıyla, organ transplantasyonu alanında hukuk ve etiğin uyum içinde işlemesi, adil, güvenilir ve herkes için erişilebilir bir sistemin temel şartıdır.

Organ Dağıtımında Adalet ve Eşitlik

Organ transplantasyonu alanında karşılaşılan en temel etik sorunlardan biri, sınırlı sayıdaki organın adil ve eşit biçimde dağıtılmasıdır. Organ dağıtımında adalet, son dönem organ yetmezliği olan tüm bireylerin, sosyoekonomik durumları, cinsiyetleri, etnik kökenleri veya sosyal statülerinden bağımsız olarak transplantasyon hizmetlerine erişimde eşit fırsatlara sahip olmalarını ifade etmektedir. Etik literatürde bu ilke, dağıtıcı adalet

(distributive justice) kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır (Lewis & Gardiner, 2023, s. 552–553).

Gerçek yaşam uygulamalarında ise organ dağıtımında ciddi eşitsizlikler gözlenmektedir. Küresel ölçekte, düşük ve orta gelirli ülkelerde transplantasyon hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu, bu durumun altyapı yetersizlikleri, sağlık politikaları ve finansal kısıtlılıklarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Jaure ve ark., 2025, s. 404–406). Aynı zamanda, ülkelerin kendi içlerinde de kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin, düşük sosyoekonomik grupların ve etnik azınlıkların organ nakli bekleme listelerine girme ve transplantasyona erişme konusunda dezavantajlı oldukları belirtilmektedir (Jaure ve ark., 2025, s. 407–408).

Organ dağıtımında adaletin sağlanması, yalnızca bireysel haklar açısından değil, toplumsal güvenin korunması açısından da kritik öneme sahiptir. Ölümün doğru ve şeffaf biçimde tanımlanması, dağıtım kriterlerinin açıkça belirlenmesi ve tahsis süreçlerinin denetlenebilir olması, toplumun transplantasyon sistemine duyduğu güveni artırmaktadır. Aksi durumda, organ ticareti ve etik dışı uygulamalara yönelik kaygılar artmakta ve bu durum bağış oranlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Lewis & Gardiner, 2023, s. 553–554).

Organ tahsisinde kullanılan modeller de adalet ilkesinin uygulanmasında belirleyici rol oynamaktadır. Güncel etik tartışmalar, yararlılık (maksimum fayda) ile eşitlik ilkeleri arasında denge kurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Sadece nakil sonrası sağkalımı önceleyen yaklaşımların, kırılgan grupları sistematik biçimde dışlayabileceği ifade edilmektedir (Alcorn, 2024, s. 8–9). Bu nedenle sürekli dağıtım (continuous distribution) gibi yeni modeller, etik değerleri nicel ölçütlere dönüştürerek daha şeffaf ve

dengeli karar verme süreçleri oluşturmaya hedeflemektedir (Alcorn, 2024, s. 10–11).

Organ Ticareti ve Etik İhlaller

Organ ticareti, organ transplantasyonu alanında en ağır etik ihlallerden biri olarak kabul edilmektedir. Organların maddi kazanç karşılığında alınıp satılması, insan bedeninin metalaştırılması anlamına gelmekte ve insan onurunun ihlali olarak değerlendirilmektedir. Bu tür uygulamalar, özerklik, zarar vermeme ve adalet ilkeleriyle açık biçimde çelişmektedir (Wong ve ark., 2024, s. 2–3). Transplantasyon turizmi kapsamında, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireylerin organ vericisi olmaya zorlanması veya ekonomik baskı altında “gönüllü” bağış yapmaları, etik açıdan ciddi sorunlar doğurmaktadır. Bu durum, küresel sağlık eşitsizliklerini derinleştirmekte ve insan hakları ihlallerine yol açmaktadır (Wong ve ark., 2024, s. 3–4).

Organ ticareti ile ilişkili etik ihlallerin yaygınlaşmasında, organ kılığının önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Yetersiz bağış oranları, yasa dışı ağların oluşmasına zemin hazırlamakta; bu durum ise etik transplantasyon sistemlerine duyulan güveni zedeleyerek bağış oranlarının daha da düşmesine neden olmaktadır (Lewis & Gardiner, 2023, s. 555).

Bazı ülkelerde gündeme gelen zorunlu kadavradan organ bağışı uygulamaları da etik tartışmalara yol açmaktadır. Ölü bedeninin ahlaki statüsü ve aile rızası dikkate alındığında, kadavradan organ bağışının zorunlu hale getirilmesi bireyin ölüm sonrası bedeni üzerindeki ahlaki haklarının ihlali olarak değerlendirilmektedir (Hol, 2025, s. 2–4). Bu nedenle bu tür yaklaşımlar, etik literatürde yaygın biçimde eleştirilmektedir. Ayrıca son yıllarda organ nakli için çevrim içi bağış toplama (crowdfunding) uygulamalarının yaygınlaşması,

yeni etik ihlallerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sosyal görünürlüğü ve ekonomik sermayesi yüksek bireylerin daha fazla bağış toplayabilmesi, organ nakline erişimde adalet ilkesini zedeleyen bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Kusterbeck, 2024, s. 14–15).

Hukuki Düzenlemeler ve Etik ereve

Organ transplantasyonuna ilişkin hukuki düzenlemeler, etik ilkelerin uygulanabilirliğini güvence altına almak amacıyla oluşturulmuştur. Çoğu  lkede organ bağış ve nakli; gönüllülük, karşılıksızlık ve bilgilendirilmiş onam ilkelerine dayandırılmakta, organ ticareti ise kesin biçimde yasaklanmaktadır (Lewis & Gardiner, 2023, s. 556–557).

Türkiye’de organ ve doku nakline ilişkin yasal ereve, bireyin açık rızasını temel almakta ve organ ticaretini ağır cezai yaptırımlarla engellemeyi amaçlamaktadır. Beyin  l m n n tanımı ve bağış sürecine ilişkin düzenlemeler, etik belirsizlikleri azaltmak ve toplumda güven oluşturmak amacıyla yapılandırılmıştır (Koçak Süren, 2007, s. 174–178).

Uluslararası düzeyde Dünya Sağlık  rg t  ilkeleri ve İstanbul Bildirgesi, etik transplantasyon uygulamalarının temel referans noktaları arasında yer almaktadır. Bu belgeler, organ bağışında adalet, şeffaflık ve insan onuruna saygıyı merkeze alan evrensel bir etik ereve sunmaktadır (Wong ve ark., 2024, s. 5–6).

Hukuki düzenlemelerin etkinliği, toplumun bu düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olması ve onları etik açıdan meşru görmesiyle doğrudan ilişkilidir. Yapılan alışmalar, organ bağış yasalarına ilişkin farkındalığın yüksek olduğu toplumlarda bağış oranlarının arttığını göstermektedir (Metwally ve ark., 2025, s. 41–43).

Gelişen teknolojiler (yapay zekâ destekli tahsis algoritmaları ve xenotransplantasyon gibi) mevcut hukuki ve etik çerçevelerin yeniden değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu alanlarda etik denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, adil ve güvenilir bir transplantasyon sistemi için temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Salybekov ve ark., 2025, s. 2–3; Shirini ve ark., 2025, s. 1–2).

Sonuç

Organ transplantasyonu, yaşam kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmasının yanı sıra, önemli etik, hukuki ve toplumsal sorumluluklar içeren çok boyutlu bir süreçtir. Bu kitapta ele alınan tıbbi etik ilkeler, organ bağışında ve canlı vericiden nakilde karşılaşılan etik sorunlar, organ dağıtımında adalet ve eşitlik, organ ticareti ve hukuki düzenlemeler; transplantasyon uygulamalarının yalnızca klinik başarıyla değil, etik meşruiyetle de değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Kültürel ve dini değerler ile toplumsal algılar, bireylerin organ bağışına yaklaşımını doğrudan etkilemekte; bu durum etik karar süreçlerinde bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri ise organ transplantasyonu sürecinde etik ilkelerin uygulanması, hasta ve ailelerin bilgilendirilmesi ve savunuculuk rolünün üstlenilmesinde kilit bir konuma sahiptir.

Öneriler

1. Sağlık profesyonellerinin organ transplantasyonu etiğine yönelik eğitimleri güçlendirilmelidir.
2. Organ dağıtım sistemleri adalet, eşitlik ve şeffaflık ilkeleri doğrultusunda düzenlenmelidir.
3. Canlı vericilerin gönüllülüğü ve korunması etik denetim mekanizmalarıyla güvence altına alınmalıdır.
4. Organ ticareti ve etik ihlallere karşı ulusal ve uluslararası iş birliği artırılmalıdır.

5. Hukuki düzenlemeler, etik ilkeler ve teknolojik gelişmelerle uyumlu biçimde güncellenmelidir.
6. Kültürel ve dini duyarlılıkları gözeten bilgilendirme ve iletişim stratejileri yaygınlaştırılmalıdır.

Bu doğrultuda, etik farkındalığı yüksek sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşirelerin etkin rol aldığı bir transplantasyon sistemi, güvenilir ve sürdürülebilir organ nakli uygulamalarının temelini oluşturacaktır.

Kaynakça

Albayrak, E., & Dinçer, R. (2025). Türkiye’de ve dünyada organ bağıışı: Tıbbi, etik ve sosyo-kültürel bir inceleme. *İstanbul Esenyurt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.

Alcorn, J. (2024). Continuously balancing the ethics of organ allocation. *Current Transplantation Reports*, 11, 7–14.

Aderinto, N., Olatunji, G., Kokori, E., ve ark. (2025). A narrative review on the psychosocial domains of the impact of organ transplantation. *Discover Mental Health*, 5, 20.

Altuntaş, G., Çelik, F., Aksu, A., Özçelik, G., Doğan, F., & Demirel, İ. (2025). Organ donation attitudes of relatives of patients in the wards and intensive care units. *Turk J Intensive Care*.

Annas, G. J. (2024). Transplantation and immortality. *American Journal of Law & Medicine*, 50(3), 168–179.

Capron, A. M., Pruett, T. L., & Childress, J. F. (2024). The big chill: Opportunities for, and challenges to, advanced biopreservation of organs for transplantation. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 52, 595–610.

Engen, R. M., & Lemoine, C. P. (2024). Evaluation and post-transplant management of children after multi-organ-with-kidney transplantation. *Pediatric Nephrology*, 39, 2875–2885.

Ehtuish, E. F. A. (2024). Ethics of organ donation and transplantation: Toward self-sufficiency. *Experimental and Clinical Transplantation*, Suppl 5, 30–34.

Farid, M. S. (2024). Factors affecting deceased organ donation in Bangladesh. *Journal of Hospital Ethics*, 70, 1–2.

Hol, B. (2025). Ethics and metaphysics of cadaveric organ conscription for transplantation. *Monash Bioethics Review*. <https://doi.org/10.1007/s40592-025-00268-9>

Jaure, A., Jha, V., McElroy, L. M., ve ark. (2025). Policy innovations to advance equity in solid organ transplantation. *The Lancet*, 406, 403–416.

Jobst, S., Kugler, C., & Rebafka, A. (2025). Aspects of self-management after solid organ transplantation—A scoping review. *Nursing Reports*, 15, 304.

Koçak Süren, Ö. (2007). Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi. *TBB Dergisi*, 73, 174–177.

Kusterbeck, S. (2024). Ethical concerns with crowdfunding for organ transplantation. *Medical Ethics Advisor*, 14–15.

Lewis, J., & Gardiner, D. (2023). Ethical and legal issues associated with organ donation and transplantation. *Transplantation Surgery*, 41(9), 552–556.

Metwally, A. M., Amer, H. A., Abd El Hady, S. I., ve ark. (2025). Level of Egyptians' awareness and acceptance of organ donation legislation. *Discover Social Science and Health*, 5, 49.

Modra, L., & Hilton, A. (2021). Ethical issues in organ transplantation. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 22(8), 467–469.

Muwanga, T. S. N. (2018). Overcoming religious and cultural obstacles to organ donation: A rights-based approach (Doctoral dissertation, University of Pretoria).

Opportunities for, and Challenges to, Advanced Biopreservation of Organs for Transplantation. (2024). *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 52, 595–610.

Ramesh, V. (2024). Ethics of organ donation and transplantation – The road traversed. *Wolters Kluwer Abstracts*.

Rathor, M. Y., Rozi, N. R. B., Shah, A. S. M., Draman, C. R., & Syahril, W. A. (2021). Ethical issues in kidney transplantation and an Islamic perspective. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 20(2), 241–249.

Ross, L. F. (2021). Ethics of organ transplantation in persons with intellectual disability. *The Journal of Pediatrics*, 235, 6–9.

Sachdeva, S., & Josephine, S. P. (2022). Knowledge and attitude towards organ donation among undergraduate health sciences students. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 12(1), 7–12.

Salybekov, A. A., Yerkos, A., Sedlmayr, M., & Wolfien, M. (2025). Ethics and algorithms to navigate AI's emerging role in organ transplantation. *Journal of Clinical Medicine*, 14, 2775.

Shirini, K., Ladowski, J. M., & Meier, R. P. H. (2025). Xenotransplantation literature update January–June 2025. *Xenotransplantation*, 32, e70072.

Siraj, M. S. (2022). Deceased organ transplantation in Bangladesh: The dynamics of bioethics, religion and culture. *HEC Forum*, 34(2), 139–167. <https://doi.org/10.1007/s10730-020-09436-2>

Tai, C.-J., Huang, K.-H., Wang, J.-Y., ve ark. (2025). Risk of incident post-transplantation diabetes mellitus after solid organ transplantation. *Healthcare*, 13(5), 523.

Uceriz, A. C., Canbaz, M., Yel, P., & Veznikli, M. (2025). Nursing students' knowledge level on organ-tissue donation and transplantation. *International Journal of Caring Sciences*, 18(1), 517–518.

Wong, H. P. N., Selvakumar, S. V., Loh, P. Y., Liao, J. Y. J., Liao, M. Y. Q., & Shelat, V. G. (2024). Ethical frontiers in liver transplantation. *World Journal of Transplantation*, 14(4), 966–972.

Yadla, M. (2021). Ethics in organ transplantation. *Journal of Renal Nutrition and Metabolism*, 7, 5–11.

Yua, E., Shakhsher, B. A., & Wightman, S. C. (2025). The ethics of buy-in before transplantation. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 30, 409–412.

You, J., Kim, M., Son, S., & Lee, I. (2025). Organ donation and transplantation coordinators' experience and needs for ethics education. *Nursing Ethics*, 32(2), 588–600.

Yu, E., Shakhsher, B. A., & Wightman, S. C. (2025). The ethics of buy-in before transplantation. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 30(4), 409–412.

Zawierucha, J., Piasecka, J., Patelka, A., & Ve ark. (2025). How to promote the idea of transplantation—Second life social campaign. *Healthcare*, 13, 1203.

BÖLÜM 12

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA ÖZ YETERLİK

CİHAN KOCAİRİ¹

Giriş

Madde kullanım bozukluğu, bireyin merkezi sinir sistemini etkileyen psikoaktif bir maddeyi sürekli ya da yineleyici biçimde kullanmasıyla karakterize edilen, nörobiyolojik temelli bir beyin hastalığıdır. Bu kullanım davranışı, çoğunlukla maddenin sağladığı haz verici etkileri yeniden yaşamak ya da yokluğunda ortaya çıkan huzursuzluk ve yoksunluk belirtilerinden kaçınmak amacıyla ortaya çıkmaktadır. Madde kullanım bozuklukları, yalnızca bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda ailesiyle ilişkilerini, toplumsal rollerini ve genel yaşam işlevselliğini de olumsuz yönde etkileyen karmaşık ve çok boyutlu bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir (Uzbay, 2015:72; Milhorn, 2018:128). Küresel ölçekte madde kullanımı her geçen yıl artış göstermektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2022 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, 2020 yılında dünya genelinde 15-64 yaş aralığında yer alan yaklaşık 284 milyon birey en az bir kez

¹ Araştırma Görevlisi Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Orcid: 0000-0002-5977-3548

madde kullanmıştır. Bu veri, söz konusu yaş grubundaki her 18 kişiden birinin madde kullandığını ortaya koymaktadır. Aynı raporun sonuçları, 2010 yılıyla karşılaştırıldığında, dünya genelinde madde kullanımında %26 oranında dikkat çekici bir artış yaşandığı görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu genellikle remisyon ve nüks dönemleriyle seyreden kronik bir hastalık özelliği göstermektedir (Yılmaz & ark., 2014:243). Literatürde, madde kullanım bozukluklarının tedavisinde nüks oranlarının %40 ile %60 arasında değiştiği bildirilmektedir (Brandon, Vidrine, & Litvin, 2007:257; Lappan, Brown & Hendricks, 2020: 201). Nüks üzerine yapılan çeşitli çalışmalar, farklı tedavi türlerine göre değişen oranlar ortaya koymaktadır. Bu çalışmalarda, detoksifikasyon süreci sonrasında bireylerin madde kullanımına geri dönme oranının %21,5 ile %43 arasında olduğu belirtilmektedir (Specka & ark., 2011:178; Gilchrist ve ark., 2012:35). Ayakta tedavi gören bireylerde nüks oranları %23 ila %50 arasında değişirken (Dakof, Tejada & Liddle, 2001:271), yatarak tedavi gören bireylerde bu oran %17 ile %57 arasında rapor edilmiştir (Samuel & ark., 2011:555; Deane & ark., 2012:216). Bu veriler, nüksün madde kullanım bozukluklarında oldukça yaygın ve tedavi sürecini sekteye uğratabilecek önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu noktada, nüksü önlemeye yönelik koruyucu faktörlerin belirlenmesi, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin etkinliği açısından kritik önem taşımaktadır. Bu faktörlerden birisi de öz yeterlidir. Madde kullanım bozuklukları alanında yapılan çok sayıda araştırma, öz yeterlilik inançları ile tedavi sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Kadden & Litt, 2011:1120; Hartzler & ark., 2011:269; Witkiewitz, Donovan & Hartzler, 2012:440; Maisto & ark., 2015:504; Gause & ark., 2018:829; Holzhauer & ark., 2020:541). Bu bölüm, madde kullanım bozuklukları bağlamında öz yeterlilik kavramını ve bu kavramın müdahale çalışmalarındaki rolünü ele almaktadır.

Öz Yeterlik

Öz yeterlik kavramı ilk olarak Bandura tarafından 1977 yılında, davranış değişikliğini yönlendiren temel bilişsel mekanizmalardan biri olarak ortaya konmuş ve “bireyin belirli görevleri yerine getirme ya da hedeflere ulaşma yeteneğine dair inancı” olarak tanımlanmıştır (Bandura, 1986: 1389; Liese & Beck, 2022:142). Bu tanım, bireyin bir amacı gerçekleştirmek için gerekli eylemleri planlama ve uygulama kapasitesine ilişkin öznel değerlendirmesini ifade etmektedir. Öz yeterlilik inancı yüksek bireyler, karşılaştıkları zorluklara rağmen arzu edilen hedefe ulaşma konusunda daha kararlı ve dirençli davranışlar sergileme eğilimindedir.

Öz yeterlik, sıklıkla öz saygı ya da özgüven kavramlarıyla karıştırılsa da bu kavramlardan farklı olarak kişinin genel benlik algısından ziyade, belirli bir duruma ya da performansa ilişkin yeterlilik inancını ifade etmektedir (Dhankar & ark., 2022:1493). Bandura’ya göre öz yeterliliğin dört temel kaynağı bulunmaktadır: (1) Kişisel başarı deneyimleri; bireyin geçmişteki olumlu deneyimleri, benzer durumlarla başa çıkabileceğine dair inanç geliştirir. (2) Dolaylı öğrenme; benzer özelliklere sahip bireylerin başarıları gözlemlenerek “ben de yapabilirim” inancı pekişir. (3) Sosyal ikna; çevreden gelen destek, teşvik ve sözlü takdirler bireyin başarabileceğine dair inancını artırır. (4) Fizyolojik ve duygusal durum; bireyin fiziksel ya da ruhsal olarak kendini yetersiz hissetmesi, öz yeterlilik düzeyini olumsuz etkileyebilir (Bandura, 1986:1389; Dhankar & ark., 2022:1493; Moniz Lewis & ark., 2022:2175).

Bandura, öz yeterliliğin yanında iki ilgili kavramı daha tanımlamıştır: Yeterlilik beklentisi, bireyin belirli bir davranışı

gerçekleştirme kapasitesine sahip olduğuna dair inancını ifade ederken; sonuç beklentisi, bu davranışın belirli sonuçlar doğuracağına yönelik inançtır (Bandura, 1986:1389; Elshatarat & ark., 2016:243). Yeterlik beklentisi, bireyin bir davranışı başlatıp başlatmayacağını, ne kadar çaba göstereceğini ve engellere rağmen bu davranışı sürdürüp sürdürmeyeceğini belirler. Sonuç beklentisi ise, davranışın sonucuna dair algıların eylem üzerindeki etkisini yansıtır.

Madde Kullanım Bozukluklarında Öz Yeterlik

Madde kullanım bozukluğu bağlamında öz yeterlik, bireyin yoksunlukla başa çıkma, madde kullanımını bırakma ve sürdürmeme gibi hedef davranışları gerçekleştirme konusundaki inancını ifade etmektedir (Liese & Beck, 2022:142; Moniz Lewis & ark., 2022:2175). Öz yeterliği yüksek bireyler, nüks riski taşıyan durumları daha etkili yönetebilirken, düşük öz yeterliğe sahip bireyler nüksü kontrol etmekte daha fazla güçlük yaşayabilirler (Bandura, 1986: 1389; Liese & Beck, 2022:142). Nitekim, kayma yaşayan bir birey için öz yeterlik düzeyi, bu durumu geçici bir başarısızlık olarak mı yoksa yeniden madde kullanımına dönüş olarak mı değerlendireceğini belirleyen önemli bir etkidir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmalarda, öz yeterliğin tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koyan çok sayıda araştırma bulunmaktadır.

Bandura ve Locke (2003), öz yeterlik üzerine yapılan dokuz meta-analizi inceleyerek, bireyin performansına yönelik inancının, başa çıkma davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesi açısından belirleyici olduğunu vurgulamışlardır (Bandura & Locke, 2003: 87). Abdullahi ve arkadaşlarının (2014) yürüttükleri çalışmada, yüksek düzeyde öz yeterliğe sahip bireylerde nüks oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Abdullahi & ark., 2014: 138). Benzer şekilde, Barati ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir sistematik

derleme, madde kullanım bozukluğunda nüksü etkileyen önemli psikososyal değişkenlerden birinin öz yeterlik düzeyi olduğunu ortaya koymaktadır (Barati & ark., 2023:135). Torrecillas ve arkadaşlarının (2015) madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerle yürüttükleri çalışmada ise, öz yeterliği yüksek olan bireylerin bağımlılık şiddetinin daha düşük olduğu ve bu bireylerin bağımlılıkla ilişkili davranışları değiştirme yönünde daha güçlü bir motivasyona sahip oldukları bildirilmiştir (Torrecillas & ark.,2015:1). Öz yeterliğin iyileşme sürecindeki rolüne ilişkin geniş ölçekli kanıtlar sunan Forcehimes ve Tonigan'ın (2008) meta-analiz çalışması da benzer bulgular ortaya koymaktadır. Bu analizde, öz yeterlik düzeyi ile madde kullanımının azaltılması ve genel iyileşme çıktıları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Forcehimes & Tonigan, 2008: 480).

Chavarria ve arkadaşlarının (2012), madde kullanım bozukluğu olan bireylerde öz düzenleme ve öz yeterlikteki değişimlerin madde kullanımını sürdürmeme üzerindeki etkisini incelemek amacıyla, Oxford House modeli ile geleneksel tedavi sonrası bakım koşullarını karşılaştıran randomize ve uzunlamasına bir araştırma yürütmüştür. Müdahale grubundaki bireyler, tedavi sonrasında alkol ve madde kullanımına sıfır tolerans politikası uygulayan, kendi kendini yöneten ve profesyonel destek sunmayan Oxford House evlerinde ortalama altı ay süreyle ikamet etmiştir. Bu evler, bireylerin sosyal sorumluluklarını paylaşarak sürdürdükleri ve profesyonel personel bulunmaksızın tamamen akran desteğiyle işleyen, topluluk temelli bir iyileşme ortamı sunmaktadır. Katılımcılar, bu süreçte gündelik yaşam becerileri, ev yönetimi, karşılıklı sosyal destek ve kurallı yaşam yoluyla öz düzenleme ve öz yeterlik alanlarında aktif olarak güçlendirilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, öz düzenleme ve öz yeterlik puanlarındaki her bir birimlik artış, sonraki 12–24 aylık dönemde madde kullanmama olasılığını sırasıyla %3 ve %2 oranında artırmıştır. Bu sonuçlar,

bireyin kendi davranışlarını kontrol etme kapasitesi ile madde kullanımını bırakabileceğine dair inancının, tedavi sonrasında sürdürülebilir bir iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmada, öz yeterliğin etkisinin bireyin iyileşmeye yönelik motivasyonu ile değerlendirildiğinde maddeden kaçınmada daha belirgin hale geldiği ortaya konmuştur (Chavarria & ark., 2012: 422).

Müller ve arkadaşları (2019), alkol kullanım bozukluğu nedeniyle yatılı tedavi gören bireylerde, tedavi sonrası beşinci yıldaki alkol kullanım sonuçlarıyla, taburculukta ve bir yıl sonra ölçülen öz yeterlik ve motivasyon düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla uzunlamasına bir gözlemsel araştırma yürütmüştür. Katılımcılar, bireysel danışmanlık, grup terapisi, psikoeğitim ve destek grubu yönlendirmelerini içeren yapılandırılmış bir yatılı rehabilitasyon programına katılmıştır. Müdahale süreci, özellikle bireylerin alkol kullanmadan yüksek riskli durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeye ve değişime yönelik motivasyonlarını güçlendirmeye odaklanmıştır. Bulgular, taburculuk sırasında yüksek düzeyde öz yeterliğe sahip olan bireylerin, beş yıl sonra yapılan takip ölçümlerinde madde kullanımından daha fazla uzak kaldıklarını bildirdiklerini; bu ilişkinin ise bir yıl sonraki öz yeterlik düzeyi ve içsel motivasyon aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları, yatılı tedavi sonrasında sürdürülebilir iyileşmenin desteklenmesinde öz yeterlik ve motivasyonun birbiriyle etkileşimli biçimde kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (Müller, Znoj, & Moggi, 2019:213).

Majer ve arkadaşları (2016), madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatılı tedavi gören bireylerde, öz yeterliğinin madde kullanım sonuçları üzerindeki etkisini ve bu etkinin farklı tedavi sonrası bakım koşullarına göre nasıl değiştiğini incelemek amacıyla bir araştırma yürütmüştür. Araştırmada katılımcılar, tedavi sonrası

dönemde üç farklı bakım koşulundan birine sahiptir. Bu koşullar, kendi kendini yöneten, profesyonel destek içermeyen ve akran temelli bir yapıya sahip olan Oxford House modeli, profesyonelce işletilen ve karşılıklı yardımlaşmaya dayalı terapötik topluluk modeli ve daha kısa süreli, genellikle ayakta tedavi ve 12 adım gruplarını içeren bir olağan bakım modelidir. Araştırmada, tüm katılımcıların maddeden uzak kalma konusundaki öz yeterlik düzeyleri değerlendirilmiştir ve bu değişkenin iki yıl sonraki madde kullanımı üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Bulgular, yüksek düzeyde öz yeterliğe sahip bireylerin genel olarak daha düşük düzeyde madde kullandığını göstermiştir. Ancak bu ilişkinin özellikle Oxford House koşullarında belirgin olduğu, öz yeterliğin madde kullanımına karşı daha koruyucu bir etki yarattığı görülmüştür. Oxford House ortamlarında kalmak, öz yeterliği destekleyerek madde kullanımını azaltmada etkili olurken, terapötik topluluk ve olağan bakım koşullarında bu koruyucu etkinin daha zayıf olduğu bildirilmiştir (Majer & ark., 2016: 386).

Kelly ve Greene (2014), madde kullanım bozukluğundan iyileşme sürecindeki bireylerde içsel motivasyon ve öz yeterliği düzeylerinin, bir yıl sonraki madde kullanım durumu üzerindeki etkisini incelemek amacıyla tedavi hizmetlerine (12 basamak tedavisi, motivasyonel görüşme ve bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımları) erişimi olan katılımcıların yer aldığı bir çalışma yürütmüşlerdir. Araştırma kapsamında, bireylerin kendi ifadelerine dayalı olarak bildirilen içsel motivasyonları ve madde kullanımından uzak kalma konusundaki inançlarını yansıtan öz yeterlik düzeyleri değerlendirilmiştir. Ayrıca bu değişkenlerin, 12 ay sonraki maddeden tamamen uzak durma durumu üzerindeki yordayıcı etkisi analiz edilmiştir. Bulgular hem içsel motivasyonun hem de öz yeterliğinin, bir yıl sonraki maddeden uzak kalma durumuyla anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle yüksek düzeyde öz yeterliğe ve içsel motivasyona sahip

bireylerin, takip süresince madde kullanımından uzak kalma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kelly & Greene, 2014: 928).

Ilgen ve arkadaşları (2005), madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatılı tedavi programına katılan bireylerde, tedavi sonrası bir yıllık süreçte maddeden tamamen uzak durmayı en güçlü şekilde öngören öz yeterlik düzeyini belirlemek amacıyla çok merkezli bir araştırma yürütmüştür. Çalışma, 15 farklı bağımlılık tedavi merkezinde tedavi gören 2.967 erkek hastayı kapsamaktadır. Katılımcıların genel ve duruma özgü yoksunluk öz yeterlik düzeyleri hem tedavi başlangıcında hem de taburculuk sırasında değerlendirilmiştir. Bir yıl sonraki madde kullanım durumları ise, katılımcıların kendi beyanları ve biyolojik test sonuçları temel alınarak ölçülmüştür. Bulgulara göre, taburculukta “%100 güven” düzeyinde öz yeterlik bildiren bireylerin yaklaşık %43’ü bir yıl sonra da maddeden tamamen uzak kalırken, daha düşük güven bildirenlerde bu oran %26’da kalmıştır. Bu sonuç, tedavi sürecinde bireylerin maddeden tamamen uzak durabileceklerine dair yüksek bir öz yeterlik geliştirmelerinin, uzun vadeli iyileşme sonuçlarını anlamlı biçimde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Ilgen, McKellar & Tiet, 2005:1175).

Tüm bu araştırma bulguları değerlendirildiğinde, öz yeterliğin madde kullanım bozukluklarında sadece nüksü önlemede değil, aynı zamanda davranış değişikliğini sürdürmede ve tedaviye bağlılıkta da kritik bir değişken olduğu söylenebilir.

Madde Kullanım Bozukluklarında Öz Yeterliğin Artırılmasına Yönelik Müdahaleler

Kayaoğlu ve Şahin Altun (2021) madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli psikoeğitim ile müzik terapi yaklaşımlarının birlikte uygulanmasının, bireylerin öz yeterlik, umut ve yaşam doyumu düzeyleri üzerindeki etkisini

incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma yürütmüştür. Müdahale grubu, sekiz haftalık süreçte haftada bir kez olacak şekilde toplam sekiz oturum boyunca hem BDT temelli psikoeğitim hem de müzik terapisi almıştır. Psikoeğitim programı, madde kullanımını sürdüren düşünce kalıplarını fark etmeye, baş etme becerilerini geliştirmeye ve bireyin kendine yönelik olumlu inançlarını güçlendirmeyi hedeflemiştir. Müzik terapisinde ise duygusal ifade, gevşeme ve içgörü kazandırmaya odaklanılmıştır. Bulgular, müdahale grubunda yer alan bireylerin, kontrol grubuna kıyasla öz yeterlik düzeylerinde anlamlı bir artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, psikoeğitim ile müziğin bütüncül bir yaklaşımla yapılandırılmış müdahale programlarının, madde kullanım bozukluklarının tedavisinde bireyin öz yeterliğini artırarak iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayabileceğini göstermektedir (Kayaoğlu, K. ve Şahin Altun,2021:968).

Can Gür ve Okanlı (2017), alkol bağımlılığı tanısı alan bireylerde, bilişsel davranışçı model temelli yapılandırılmış grup müdahalesinin, depresyon, anksiyete ve öz yeterlik düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel bir araştırma yürütmüştür. Müdahale, haftada bir kez olmak üzere toplam on grup oturumundan oluşmuştur. Oturumlar bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerini tanıma, işlevsel olmayan inançları yeniden yapılandırma ve madde kullanımını sürdürmede etkili olan bilişsel çarpıtmalarla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi hedefleyecek şekilde yapılandırılmıştır. Araştırma bulgularına göre, müdahale sonrasında katılımcıların öz yeterlik düzeylerinde anlamlı bir artış, depresyon ve anksiyete puanlarında ise anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, BDT temelli yapılandırılmış grup müdahalelerinin, alkol bağımlılığı olan bireylerde hem ruhsal belirtilerin azaltılması hem de bireyin kendine güveninin ve baş etme kapasitesinin artırılması açısından etkili olabileceğini göstermektedir (Can Gür & Okanlı, 2017: 52).

Gemeay ve arkadaşları (2019), madde kullanım bozukluğu (MKB) tanısı almış bireylerde uygulanan psikoeğitim programının öz yeterlik üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma, Mısır'da bir psikiyatri hastanesinde yürütülmüş ve müdahale grubu, dört hafta boyunca haftada üç gün, toplam on iki oturumdan oluşan bir psikoeğitim programına katılmıştır. Müdahalede bireylere madde bağımlılığı, etkileri, nüks riski, baş etme becerileri, sosyal destek ve öz farkındalık gibi konular aktarılmış; grup tartışmaları, sunumlar ve rol canlandırma gibi yöntemler kullanılmıştır. Bulgular, müdahale öncesi ve sonrası yapılan ölçümler arasında öz yeterlik düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, yapılandırılmış psikoeğitim programlarının, MKB olan bireylerin maddeyle baş etme becerilerine olan güvenlerini artırarak, iyileşme sürecine olumlu katkı sunduğunu göstermektedir (Gemeay & ark., 2019:1).

Bayır ve Aylaz (2021), madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerde uygulanan bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitim programının, bireylerin öz yeterlik ve öfke düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma yürütmüştür. Müdahale grubu, sekiz oturumdan oluşan yapılandırılmış bir bilişsel davranışçı temelli psikoeğitim programına katılmıştır. Oturumlar; madde kullanımını tetikleyen düşünceleri tanıma, baş etme becerileri geliştirme, öfkeyi yapılandırma, stres yönetimi ve işlevsel inançların güçlendirilmesi gibi başlıklara odaklanmıştır. Araştırma bulgularına göre, psikoeğitim programı uygulanan bireylerde, kontrol grubuna kıyasla öz yeterlik düzeylerinde anlamlı bir artış, öfke puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, BDT temelli yapılandırılmış psikoeğitimin madde kullanım bozukluklarının tedavisinde hem duygusal regülasyonu geliştirme

hem de bireyin kendine olan güvenini artırma yönünde etkili olduğunu göstermektedir (Bayır & Aylaz, 2021:1).

Barakat ve Ibrahim (2022), madde kullanım bozukluğu (MKB) tanısı alan bireylerde uygulanan psikoeğitim programının öz yeterlik düzeyleri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yarı deneysel bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bir psikiyatri hastanesinde yürütülen çalışmada, müdahale grubundaki katılımcılara haftada iki gün olmak üzere toplam dört hafta boyunca sekiz oturumluk bir psikoeğitim programı uygulanmıştır. Müdahale bağımlılığın doğası, nüks süreci, madde kullanımını tetikleyen riskli durumlarla başa çıkma, stres yönetimi, öz farkındalık ve sosyal destek konularını içermektedir. Oturumlarda anlatım, grup tartışmaları, vaka örnekleri ve görsel materyaller kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, psikoeğitim programı uygulanan bireylerde öz yeterlik düzeylerinde ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında anlamlı düzeyde artış görülmüştür. Bu sonuçlar, yapılandırılmış psikoeğitim müdahalelerinin MKB olan bireylerin hem kendine güvenini hem de psikososyal işlevselliğini artırmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Barakat & Ibrahim, 2022:574).

Kaynakça

Abdullahi, Z., Taghizadeh, F., Hamzehgardeshi, Z., Bahramzad, O. (2014). Relationship between Addiction Relapse and Self-Efficacy Rates in Injection Drug Users Referred to Maintenance Therapy Center of Sari. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 138–144.

Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389–1391.

Bandura, A., & Locke, E. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *The Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99.

Bandura, A., Freeman, W., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158–166.

Barakat, A., & Ibrahim, Z. (2022). Effectiveness of psychological intervention on self-efficacy, self-control, and coping among patients with substance abuse disorders. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(3), 574–591.

Barati, M., Beşiryan, S., Moeini, B., & Afşari, M. (2023). An ecological approach to exploring factors affecting substance use relapse: A systematic review. *Journal of Public Health*, 31, 135–148.

Bayır, B., & Aylaz, R. (2021). The effect of mindfulness-based education given to individuals with substance-use disorder according to self-efficacy theory on self-efficacy perception. *Applied Nursing Research*, 57, 151354.

Brandon, T., Vidrine, J., & Litvin, E. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 27(3), 257–284.

Can Gür, G., & Okanlı, A. (2019). The effects of cognitive-behavioral model-based intervention on depression, anxiety, and

self-efficacy in alcohol use disorder. *Clinical Nursing Research*, 28(1), 52–78.

Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2012). The effects of self-regulation and self-efficacy on substance use abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), 422–432. <https://doi.org/10.1080/07347324.2012.718960>

Dakof, G., Tejeda, M., & Liddle, G. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274–281.

Deane, F., Wootton, D., Hsu, C.-I., & Kelly, P. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 216–225.

Dhankar, A., Kaur, N., Majumdar, O., & Grover, S. (2022). Role of self-efficacy in dealing with drug use. *International Journal of Indian Psychology*, 9(1), 1493–1505.

Elshatarat, R., Yacoub, M., Khraim, F., & Saleh, Z. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(4), 243–248.

Forcehimes, A., & Tonigan, J. (2008). Self-efficacy as a factor in abstinence from alcohol/other drug abuse: A meta-analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(4), 480–489.

Gause, N., Elliott, J. C., Delker, E., Stohl, M., Hasin, D. S., & Aharonovich, E. (2018). Association between change in self-efficacy to resist drinking and drinking behaviors among an HIV-infected sample: Results from a large randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 23(6), 829–839.

Gemeay, E. M., Shama, G. S., Abo-Elyzeed, S. A., & Shalaby, H. M. (2019). Effect of psych-educational program on self-efficacy of patients with substance use disorders. *Journal of Nursing and Health Science*, 8(6), 1–13.

Gilchrist, G., Langohr, K., Fonseca, F., Muga, R., & Torrens, M. (2012). Factors associated with discharge against medical advice from an alcohol and drug inpatient detoxification unit in Barcelona between 1993 and 2006. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14(1), 35–44.

Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., & Donovan, D. M. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 269–278.

Holzhauer, C., Hildebrandt, T., Epstein, E., McCrady, B., Hallgren, K., Cook, S. (2020). Mechanisms of change in female-specific and gender-neutral cognitive behavioral therapy for women with alcohol use disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 541–553.

Ilgen, M., McKellar, J., & Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1175–1180.

Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120–1126.

Kayaoğlu, K. ve Şahin Altun, Ö. (2021). The effect of combined cognitive-behavioral psychoeducation and music intervention on stress, self-efficacy, and relapse rates in patients with alcohol and substance use disorders: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 968-977.

Kelly, J. F., & Greene, M. C. (2014). Where there's a will there's a way: A longitudinal investigation of the interplay between recovery motivation and self-efficacy in predicting treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 928–934.

Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201–217.

Liese, B.S. ve Beck, A. (2022). *Cognitive- Behavioral Therapy of Addictive Disorders*. New York: The Guilford Press.

Maisto, S. A., Roos, C. R., O'Sickey, A. J., Kirouac, M., Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Witkiewitz, K. (2015). The indirect effect of the therapeutic alliance and alcohol abstinence self-efficacy on alcohol use and alcohol-related problems in Project MATCH. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 504–513.

Majer, J. M., Chapman, H. M., & Jason, L. A. (2016). Abstinence self-efficacy and substance use at 2 years: The moderating effects of residential treatment conditions. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(4), 386–401.

Milhorn, H. T. (2018). *Substance use disorders: A guide for the primary care provider*. Switzerland: Springer International Publishing.

Moniz-Lewis, D. I., Elena, R. S., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2022). Self-efficacy as a potential mechanism of behavior change in mindfulness-based relapse prevention. *Mindfulness*, 13, 2175–2185.

Müller, A., Znoj, H., & Moggi, F. (2019). How are self-efficacy and motivation related to drinking five years after residential treatment? A longitudinal multicenter study. *European Addiction Research*, 25(5), 213–223.

Samuel, D. B., LaPaglia, D. M., Maccarelli, L. M., Moore, B. A., & Ball, S. A. (2011). Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *The American Journal on Addictions*, 20(6), 555–562.

Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Rist, F., & Scherbaum, N. (2011). Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: Results from a multicenter study. *European Addiction Research*, 17(4), 178–184.

Torrecillas, F., Cobo, M., Delgado, P., & Ucles, I. (2015). Predictive capacity of self-efficacy in drug dependence and substance abuse treatment. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2(3), 1–6.

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2022). *World drug report 2022*. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

Uzbay, T. (2015). *Madde bağımlılığı: Tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Witkiewitz, K., Donovan, D. M., & Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of a combined behavioral intervention: Effectiveness and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 440–449.

Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., & Evren, C. (2014). Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depresme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 243–256.

BÖLÜM 13

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA DAMGALAMA

CİHAN KOCAİRİ¹

Giriş

Madde bağımlılığı, hızla yaygınlaşan ve acil müdahale gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2022) raporunda, 292 milyon kişinin madde kullandığı, son 10 yılda dünya genelinde uyuşturucu kullanımında %20 oranında artış olduğu ve 15-64 yaş aralığındaki her 18 kişiden birinin en az bir kez madde kullandığı bildirilmiştir (UNODC, 2022). Aynı raporda, dünya genelinde en yaygın kullanılan maddenin esrar olduğu; yaklaşık 228 milyon kişinin esrar, 60 milyon kişinin opioid türü sentetik maddeler, 30 milyon kişinin amfetamin türü uyarıcılar, 23,5 milyon kişinin kokain ve 20 milyon kişinin ekstazi kullandığı tahmin edilmektedir. Son 20 yılda uyuşturucu kullanımına bağlı aşırı doz vakaları ve ölümler düzenli olarak artmıştır (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2024). Madde bağımlılığına yönelik birçok etkili ve bilimsel olarak desteklenmiş

¹ Araştırma Görevlisi Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Orcid: 0000-0002-5977-3548

tedavi yöntemi bulunmasına rağmen bireylerin tedaviye başvurma oranı genellikle düşüktür (Ali & ark., 2017:8; Steinka-Fry & ark., 2017:22), Bu durum özellikle bozukluğun ilk yıllarında ve dezavantajlı azınlık grupları arasında daha belirgindir (Blanco & ark., 2015:136; Pinedo, 2020:41).

Damgalama, bir bireyin ya da topluluğun, sosyal olarak onaylanmayan farklılıkları nedeniyle işaretlenerek toplumdan ayrıştırılması ve değersizleştirilmesi sürecidir. Bu süreçte kişi ya da grup, toplumun geri kalanından ayrı tutulur, olumsuz ve kusurlu olarak değerlendirilir (Çam & Çuhadar, 2011:136; Özbaş, Küçük & Mutlu, 2008:14). Literatürde, madde kullanım bozukluğuna (MKB) yönelik damgalamanın, fiziksel hastalıklar ve diğer ruhsal hastalıklara kıyasla daha yaygın ve daha yoğun olduğu gösterilmiştir (Barry & ark., 2022; 1269; Crapanzano & ark., 2019:1). Damgalama, madde kullanım bozukluklarında tedavi arayışındaki isteksizliğin en güçlü belirleyicilerinden biri olup, iyileşme sürecinin önünde önemli bir engel teşkil etmektedir (Crapanzano ve ark., 2019:1; Hammarlund ve ark., 2018:115). Damgalama, bireylerin tedavi arayışını veya sağlık hizmetlerine katılımını önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Özellikle alkol veya madde kullanım bozukluklarında, damgalama nedeniyle yardım arama süresi ortalama 5 ila 6 yıl gecikebilmektedir. Bu gecikmeler hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ciddi zararlara yol açmakta ve uzun vadeli iyileşme süreçlerini sekteye uğratmaktadır. MKB olan bireyler tedavi sürecinden geçmiş olsalar dahi, hâlâ ahlaki değerlere sahip olmayan kişiler olarak algılanmakta ve bu olumsuz algı, nüks riskini artırabilmektedir (Bhandari ve ark., 2021:16).

Bu bölümde, madde kullanım bozukluklarında damgalamanın nedenlerini, birey ve toplum üzerindeki etkilerini ve bu durumu azaltmaya yönelik müdahale stratejilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Damgalamanın, MKB olan bireylerin tedaviye erişimini zorlaştıran ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyen temel bir

engel olduğuna dikkat çekilerek, bu alandaki bilgi eksikliğinin giderilmesi ve damgalamayı azaltmaya yaklaşımların geliştirilmesine katkı sunulması hedeflenmektedir.

Madde Kullanım Bozukluklarında Damgalama Nedenleri

Madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama, yalnızca bireylerin değil; ailelerinin, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, tedavi süreçlerinin, bilimsel araştırmaların, politika üretiminin ve genel olarak toplumun işleyişinin üzerinde olumsuz etkiler yaratabilen, yaygın ve küresel bir sorundur (Zwick, Appleseth & Arndt, 2020: 50). MKB olan bireylere yönelik damgalama sağlık hizmeti sağlayıcılarını, aileleri ve toplumu içeren birçok kaynaktan etkilenmektedir (Yang & ark., 2017:378). Bu çok boyutlu yapısı nedeniyle, damgalamanın etkileri yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda sistemik düzeyde de kendini göstermektedir. Nitekim, madde kullanım bozukluklarında damgalama; bireysel deneyimler, kişiler arası ilişkiler ve toplumsal normlar gibi birbirini etkileyen ve sıklıkla iç içe geçen üç temel boyutta ele alınmakta ve ölçülmektedir (Krendl & Perry, 2023:90). Bu boyutlar, kamusal damgalama, yapısal damgalama ve içselleştirilmiş damgalamadır.

Kamusal Damgalama (Public Stigma)

Kamusal damgalama, toplumun MKB olan bireylere yönelik geliştirdiği olumsuz yargılar ve etiketlemelerdir (Zwick, Appleseth & Arndt, 2020: 50; Krendl & Perry, 2023:90). Bu durum genellikle, madde bağımlılığının bireysel bir zayıflık ya da ahlaki bir başarısızlık olduğuna dair yaygın toplumsal inanışlardan kaynaklanmaktadır (Kulesza, Larimer & Rao, 2013:782). Toplum, MKB olan bireyleri sıklıkla değersiz, iradesiz, tehlikeli, suç eğilimli, işe yaramaz, aile kurmaya uygun olmayan kişiler ve bağımlılığı bilinçli olarak seçmiş bireyler olarak damgalamaktadır (NIDA, 2022; Yang & ark., 2017:378; Can & Tanrıverdi, 2015:441). Özellikle yoksulluk yaşayan, evsiz olan, azınlık gruplardan gelen ya

da akran baskısına maruz kalan bireyler bu damgalayıcı kalıp yargıların hedefi hâline gelmektedir (Ghosh & ark., 2022:3460). Nitekim araştırmalar, "madde bağımlısı" ifadesinin bireyin suça daha yatkın olduğu ve cezalandırılması gerektiği yönündeki algıyı artırdığını; buna karşın "madde kullanım bozukluğu olan kişi" şeklindeki ifadenin, bireyi biyopsikososyal bir sürecin mağduru olarak konumlandığını ve tedavi gerekliliğini ön plana çıkardığını göstermektedir. Bu tür damgalayıcı algılar yalnızca dil düzeyinde kalmayıp, MKB olan bireylerin istihdam, barınma ve sağlık güvencesi gibi temel hizmetlere erişimini de engellemekte; toplumun önemli bir kesimi bu bireylerin söz konusu haklardan yararlanmasına destek vermemektedir (Zwick, Appleseth & Arndt, 2020: 50; El Hayek & ark., 2024:1).

Yapısal Damgalama (Structural Stigma)

Yapısal damgalama, devlet, siyaset, medya, hukuk, ekonomi, sağlık, din ve eğitim gibi sistemler aracılığıyla üretilen ve sürdürülen kurumsal bir damgalama biçimidir. Bu nedenle bireyler, günlük yaşamlarının birçok alanında sistematik olarak damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır (Özmen & Erdem, 2018:185; Atlam & Coşkunol, 2022:99). Yasal düzenlemeler, politikalar ve medya, yapısal damgalamanın önemli bileşenleri arasında yer almakta; eğitim, istihdam ve sağlık sistemlerindeki kurumsal politikalar da damgalayıcı uygulamaların sürdürülmesine zemin hazırlayabilmektedir (Ong & ark., 2020:1; Atlam & Coşkunol, 2022:99). Medya bu süreci pekiştirmekte ve kamuoyunda olumsuz algıların oluşmasına katkı sunmaktadır. "Madde bağımlısı", "meth kafalı" veya "uyuşturucu bağımlısı" gibi damgalayıcı terimler, bireylerin olumsuz ve istenmeyen kimliklerle tanımlanmasına neden olmaktadır (Zwick, Appleseth & Arndt, 2020: 50; El Hayek & ark., 2024:1). Eğitim kurumları ve medya organları, bağımlılığın tıbbi yönlerini yeterince ele almamakta; madde kullanım bozuklukları daha çok ahlaki bir zayıflık olarak değerlendirilmektedir. Bu

anlayışa paralel olarak, bağımlılık tedavi merkezleri çoğu zaman genel sağlık sistemi içinde değil, ondan izole bir biçimde yapılandırılmaktadır (Bramness & ark., 2023:127).

Ayrıca, madde kullanımının suç kapsamında değerlendirilmesi, MKB olan bireylerin sosyal ve ekonomik olarak dışlanmasına yol açmakta ve bu durum, toplumsal damgalamayı derinleştirmektedir. Böyle cezalandırıcı yaklaşımlar, bağımlılığı tıbbi ve halk sağlığı temelli bir sorun olarak değil, ahlaki bir eksiklik ya da irade yoksunluğu olarak çerçevelemektedir. Bu bakış açısıyla şekillenen politikalar, opioid agonist tedavisi ve zarar azaltım stratejileri gibi kanıta dayalı uygulamalara erişimi; tedavi süresi ve uygulama ortamı açısından kısıtlamaktadır (Ambekar, Rao & Agrawal, 2013:374; El Hayek & ark., 2024:1; Pant, Gurung & Howard, 2023:131). Bu çerçevede oluşturulan yasal düzenlemeler ise, MKB olan bireylerin suçlu olarak değerlendirilmesine ve ceza adalet sistemine yönlendirilmesine zemin hazırlamaktadır (El Hayek & ark., 2024:1; Pant, Gurung & Howard, 2023:131).

Araştırmalar, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sağlık sistemi içerisinde de damgalamaya maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır. Sağlık profesyonelleri, bu bireylerin sağlıklarını ihmal etmeleri, sağlık sisteminin kaynaklarını aşırı kullanmaları, ilaç temin amacıyla sistemi suistimal etmeleri, başkalarını benzer davranışlara yönlendirmeleri ve tedaviye uyumsuzluk göstermeleri gibi nedenlerle olumsuz tutumlar geliştirebilmektedir (Livingston & ark., 2012:39; Şamar & ark., 2023:679). Ayrıca, toplumla benzer bir şekilde MKB olan bireyler, sıklıkla şiddet eğilimli, manipülatif ve motivasyonu düşük olarak değerlendirilmektedir (Van Boekel & ark., 2013:23). Söz konusu damgalayıcı tutum ve algılar, MKB olan bireylerin tedaviye erişimini ve hizmetlerden yararlanma süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Goodyear, Haass-Koffler & Chavanne, 2018:339). Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları, damgalanma korkusu ve ön yargıyla karşılaşacaklarına inanmaları

nedeniyle yardım arama konusunda isteksiz olan bireyler için ek bir engel oluşturmaktadır (Mutlu, Bilici & Çetin, 2014: 118; Şamar & ark., 2023:679).

İçselleştirilmiş Damgalama (Internalized/Self-Stigma)

İçselleştirilmiş damgalama, bireyin ait olduğu damgalanmış gruba yönelik toplumsal önyargı, etiketleme ve ayrımcılığı içselleştirmesi, benimsemesi bunun sonucunda utanç gibi olumsuz duygularla toplumsal yaşamdan geri çekilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Sibley, Colston & Go, 2024:1). İçselleştirilmiş damgalama, bireyin kendisini değersiz hissetmesine yol açan olumsuz yargılar, utanç duygusu ve suçluluk gibi bilişsel içeriklerin yanı sıra, damgalayıcı ortamlardan kaçınma eğilimi ve benlik değerlerinden uzaklaşma gibi davranışsal tepkileri de içeren çok boyutlu bir süreçtir (Satangl & ark., 2019:31; Corrigan, Nieweglowski & Sayer, 2019:698). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde öz damgalama; artmış suçluluk ve utanç duyguları, depresyon ve anksiyete belirtileri, yaşam kalitesinde azalma ve işlevsel olmayan başa çıkma stratejileriyle ilişkilidir. Bu durum, bireylerin kendilerini açık bir şekilde ifade etmelerini zorlaştırmakta, içsel kaygı düzeylerini ve sosyal izolasyonu artırmaktadır (Benz & ark., 2021:808; Hammarlund & ark., 2018:115). İçselleştirilmiş damgalama, MKB olan bireylerin yardım arama eğilimini zayıflatan en önemli psikososyal bariyerlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Toplumun bireylere yönelik geliştirdiği olumsuz yargı ve stereotiplerin içselleştirilmesi, bireylerin kendilerini değersiz, yetersiz ya da suçlu olarak algılamalarına neden olmakta; bu durum ise profesyonel yardım arama davranışlarında isteksizlik gelişmesine yol açmaktadır (Kulesza, Larimer & Rao, 2013:782; Sibley, Colston & Go, 2024:1). Öz damgalamanın yalnızca bireyde değil, yakın çevresinde de etkili olduğu görülmektedir; bu bağlamda, MKB olan bireylerin aile üyeleri de

“ilişkili damgalama” (affiliate stigma) deneyimleyerek, sevdiklerine gerekli desteği sağlama konusunda çekinceler geliştirebilmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireyler ve aile üyeleri, önemli düzeyde içselleştirilmiş ve ilişkili damgalama deneyimlemektedir (El Hayek & ark., 2024:1). Kùltürler arası araştırmalar, içselleştirilmiş damgalamanın yaşam kalitesinin düşüklüğüyle (Sarkar & ark., 2019: 345) ve özellikle hastalığın erken evrelerinde tedavi arayışının gecikmesiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Hammarlund & ark., 2018:115; Pelullo & ark., 2019:662). Aile yapısının destekleyici olduğu toplumlarda, bir bireyin MKB ile karşı karşıya kalması durumunda, aile üyeleri genellikle destek sağlamaya çalışmaktadır. Ancak aynı zamanda, damgalamadan kaçınmak amacıyla, ilgili bireyi çevre ve toplumdan gizlemeye yönelik çabalar da gör÷lmektedir. Bu durum, tedaviye başvuruda gecikmelere yol açabilmektedir (El Hayek & ark., 2024:1).

Madde Kullanım Bozukluklarına Yönelik Damgayı Azaltmada Etkili Müdahalelerin Geliştirilmesi

Madde kullanan bireyler, farklı gruplar tarafından damgalanmakta ve bu durum onların birçok açıdan dezavantajlı duruma düşmelerine neden olmaktadır (Schomerus & ark., 2011:115). Ayrıca bu tür bir bozukluğa sahip olmak; davranışsal, fizyolojik ve psikolojik olmak üzere çeşitli olumsuz sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Araştırmalar, madde kullanımına ilişkin damgalamanın bireylerin sosyal ortamlarda işlevsellik düzeyini (Can & Tanrıverdi, 2015:441), yaşam kalitesini (Room, 2005:143), tedaviye uyumlarını (Brenner & ark., 2010:491), psikolojik yardım arama niyet ve tutumlarını (Benz & ark., 2021:808), riskli davranışlara yönelme olasılıklarını (Simmonds & Coomber, 2009:121), depresyon ve anksiyete yaşama risklerini (Akdağ & ark., 2018:394) ve istihdam, barınma ile eğitim fırsatlarına erişimlerini

(Corrigan, Nieweglowski & Sayer, 2019:698) olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşamında damgalamanın yarattığı olumsuz etkileri azaltmak amacıyla çok sayıda damgalama karşıtı müdahale geliştirilmiştir. Literatüre göre, damgalamayı ortadan kaldırmaya yönelik yaygın stratejiler arasında farkındalığı artıran müdahaleler, okuryazarlık programları, eğitim temelli uygulamalar, savunuculuk faaliyetleri, protestolar, sosyal temas ve çok bileşenli müdahale modelleri yer almaktadır (Stuart, 2016:1).

Bu yaklaşımlar, madde kullanım bozukluğu olan bireyler hakkında toplumda yaygın olan olumsuz tutum, inanç ve davranışların dönüşümünü hedeflemektedir. Bu stratejiler, damgalamanın kamusal, yapısal ve içselleştirilmiş damgalamayı hedef alarak çok katmanlı bir müdahale yaklaşımı benimsemektedir (Can Gür & Yılmaz, 2025:162). Bu kapsamda eğitim temelli müdahaleler, protesto ve savunuculuk girişimleri, sosyal temas temelli müdahaleler, akran destek programları ve yasal ve politik müdahaleler öne çıkmaktadır.

Eğitim Temelli Müdahaleler

Eğitim temelli müdahaleler, damgalamaya konu olan durumlara ilişkin yanlış bilgi ve olumsuz tutumları düzeltmeyi amaçlayarak, topluma bilimsel ve doğru içerikler sunmayı hedefler. Bu müdahaleler, yaygın efsaneleri çürütmek ve bunların yerine kanıta dayalı gerçekleri yerleştirmek üzerine yapılandırılmıştır. Örneğin, ruhsal hastalığı olan bireylerin şiddet eğilimli olduğuna dair yaygın inancın aksine, bu bireylerle genel toplum arasındaki cinayet oranlarının benzer olduğunu gösteren istatistiklerin paylaşılması, damgalayıcı inançlara karşı etkili bir strateji olarak değerlendirilmektedir (Corrigan, Nieweglowski & Sayer, 2019:698).

Genellikle kamusal damgalamayı azaltmaya yönelik geliştirilen bu kampanyalar, bazı çalışmalarda öz-damgalamayı da azalttığı; stresle baş etme becerilerini geliştirdiği ve öz saygıyı artırdığı yönünde bulgular sunmuştur. Bu etkiler, özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kabul ve kararlılık terapisi (ACT) gibi psikoterapötik yaklaşımlar çerçevesinde uygulanan eğitim bileşenleriyle belirginleşmektedir (Cook & ark., 2014:101).

Bununla birlikte, eğitim müdahalelerinin kamusal damgalamayı kalıcı ve anlamlı düzeyde azaltma konusundaki etkinliğine ilişkin bulgular tutarsızdır. Kimi büyük ölçekli kampanyalar, kısa vadede tutum değişiklikleri yaratmakla birlikte, bu değişimlerin davranış düzeyine yansımadığı ve uzun vadede sürdürülemediği rapor edilmiştir. Bu durum, eğitim temelli müdahalelerin damgalamayla mücadelede tek başına yeterli olmayabileceğini göstermektedir (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2016; Can Gür & Yılmaz, 2025:162).

Protesto ve Savunuculuk Girişimleri

Bu girişimler, madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik medyada yer alan olumsuz temsillere karşı toplumsal temelli itiraz geliştirmeyi ve damgalanmış grupların haklarını savunmayı amaçlamaktadır. Genellikle damgalama deneyimi yaşamış bireyler ve savunucuları tarafından yürütülen bu girişimler mektup kampanyaları, ürün boykotları ve kamuya açık gösteriler gibi araçlar yoluyla gerçekleştirilmektedir (Corrigan, Nieweglowski & Sayer, 2019:698). Protesto ve savunuculuk, toplumsal farkındalığı artırarak pasif konumda olan bireyleri sürece dahil edebilir, kanaat önderlerine ulaşarak yasa yapıcıları etkileyebilir ve damgalayıcı söylem ile içeriklerin kaldırılmasını talep edebilmektedir. Bununla birlikte, bu tür girişimlerin bilimsel araştırmalarla en az değerlendirilen damgalama karşıtı stratejiler arasında yer aldığı

görülmektedir (Peek & ark., 2015:1). Bazı durumlarda, kamuoyunda psikolojik tepki veya “geri tepme etkisi” olarak tanımlanan olumsuz karşılıklar tetiklenebilmekte ve mevcut önyargılar daha da güçlenebilmektedir. Bu nedenle protesto stratejilerinin etkilerinin medya ve sosyal medya gibi mecralarda sürekli izlenmesi ve hem beklenen hem de beklenmeyen sonuçlarının dikkatle değerlendirilmesi önem arz etmektedir (NASEM, 2016).

Sosyal Temas Temelli Müdahaleler

Bu müdahaleler, damgalanan bireyler ile toplumun diğer üyeleri arasında doğrudan ve olumlu etkileşimlerin kurulmasını teşvik etmektedir. Temel amaç, bireyler arası ayrışmayı azaltarak karşılıklı anlayış ve empatiyi güçlendirmektir. Sosyal temas, yalnızca kamusal damgalamayı azaltmakla kalmaz; aynı zamanda bireyin öz benlik algısını güçlendirerek içselleştirilmiş damgalamanın da azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Cook & ark., 2014:101). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin kendi yaşam öykülerini paylaşımları hem bilgi aktarımı sağlamakta hem de kişisel bir bağ kurarak önyargıların kırılmasına yardımcı olmaktadır. Bu tür müdahaleler, çoğunlukla eğitim programlarıyla birlikte yürütülmektedir. Temas temelli eğitim programları, sosyal temasın etkisini artırmak üzere katılımcılara bilimsel bilgi sunmaktadır. Literatür incelendiğinde, temasla desteklenen eğitim programlarının yalnızca bilgiye dayalı müdahalelere kıyasla daha güçlü ve kalıcı etkiler yarattığını göstermektedir (NASEM, 2016; Can Gür & Yılmaz, 2025:162).

Akran Destek Programları

Kendi iyileşme sürecini deneyimlemiş bireylerin başkalarına destek sunduğu bu programlar, özellikle içselleştirilmiş damgalamanın etkilerini azaltmada etkili olabilir. Akran desteği hem sağlık hizmetleri içerisinde hem de bağımsız yapılar olarak uygulanabilmektedir. Madde kullanım bozuklukları bağlamında,

temas temelli stratejilerin hem kamusal hem içselleştirilmiş damgalamayı azaltma potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda, akran destek programları önemli bir müdahale alanı sunmaktadır (Cook & ark., 2014:101; Khazae-Pool & ark., 2024: 40). Bu programlarda yer alan bireyler, madde kullanımına dair kişisel deneyimlerini açıkça paylaşarak, yargılayıcı olmayan ve kapsayıcı bir hizmet ortamı oluşturmaya katkı sağlamaktadır. Akranlar, tedavi süreçlerine entegre edildiklerinde, başkalarının sorunları tanımlamasına, etkili baş etme stratejileri geliştirmesine ve profesyonel yardım aramaya yönelmesine destek olmaktadır. Ayrıca, akran desteği, tedavi arayışında sıklıkla karşılaşılan dışlanma, reddedilme ve izolasyon gibi damgalayıcı deneyimlerin olumsuz etkilerini hafifletici bir işlevi bulunmaktadır (Khazae-Pool & ark., 2024: 40). Bu destekleyici yapı, yalnızca hizmet alan bireylerin değil, destek veren akranların da iyileşme sürecine olumlu katkılar sağlayarak öz yeterlik duygularını güçlendirmektedir. Akran destek programlarının, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedaviye erişimini kolaylaştırması, hizmetlerin sürekliliğini artırması ve yaşam kalitesini desteklemesi bakımından etkili ve sürdürülebilir bir müdahale biçimi olduğu söylenebilir (NASEM, 2016).

Yasal ve Politik Müdahaleler

Yasaların ve kamu politikalarının, damgalanmış grupların ayrımcılığa uğramasını engelleyecek şekilde yeniden düzenlenmesi, toplumsal eşitliğin sağlanması ve sürdürülebilir dönüşümün gerçekleştirilmesi açısından temel bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Bu tür düzenlemeler, yalnızca bireysel hakların güvence altına alınmasını değil, aynı zamanda yapısal düzeyde var olan önyargıların ve dışlayıcı uygulamaların ortadan kaldırılmasını da hedeflemektedir (Stuart, 2016:1; Sarkar & ark., 2019: 345). Madde kullanım bozukluklarına sahip bireylerin toplumsal yaşamın sağlık, eğitim, barınma ve istihdam alanlarında

karşılaştıkları damgalama ve ayrımcılığın azaltılması, ancak eşitlik temelli politikaların kararlı biçimde uygulanmasıyla mümkün olmaktadır. Bu bağlamda, yasal ve yapısal müdahaleler, yalnızca kamusal tutumları dönüştürmeye yönelik stratejilerle sınırlı kalmamalı; aynı zamanda sosyal adaleti önceleyen, hak temelli ve kapsayıcı politika değişiklikleriyle de desteklenmelidir (Stuart, 2016:1). Bu yaklaşım, damgalamanın bireysel psikososyal etkilerinin ötesine geçerek, kurumsal ve yapısal düzeyde varlığını sürdüren ayrımcı uygulamaların dönüşümünü mümkün kılar; böylelikle sosyal adalet ve toplumsal kapsayıcılık ilkeleri doğrultusunda bütüncül bir toplumsal entegrasyon hedeflenebilir (NASEM, 2016).

Kaynakça

Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tıkır, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., Göka, E., & Özkaya, G. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 394–401. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1478190>

Ali, S., Tahir, B., Jabeen, S., & Malik, M. (2017). Methadone treatment of opiate addiction: A systematic review of comparative studies. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 14(7–8), 8–19.

Ambekar, A., Rao, R., & Agrawal, A. (2013). India's national narcotic drugs and psychotropic substances policy 2012: A 20th century document in the 21st century. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 374–375. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.01.001>

Atlam, D., & Coşkunol, H. (2022). The most severe stigma: Stigma toward substance use disorder. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 9(1), 99–105. <https://doi.org/10.5152/ADDICTA.2022.21112>

Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>

Benz, M. B., Cabrera, K. B., Kline, N., Bishop, L. S., & Palm Reed, K. (2021). Fear of stigma mediates the relationship between internalized stigma and treatment-seeking among individuals with substance use problems. *Substance Use & Misuse*, 56(6), 808–818. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1899224>

Bhandari, T. R., Khatiwada, B., Rajbhandari, B., Bestman, A., Mistry, S. K., Rayamajhee, B., et al. (2021). A qualitative study to understand drivers of psychoactive substance use among Nepalese youth. *PLOS ONE*, 16(10), e0259021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259021>

Blanco, C., Iza, M., Rodriguez-Fernandez, J. M., Baca-Garcia, E., Wang, S., & Olfson, M. (2015). Probability and predictors of treatment-seeking for substance use disorders in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.031>

Bramness, J. G., Leonhardt, M., Dom, G., Batalla, A., Flórez Menéndez, G., Mann, K. & Rolland, B. (2024). Education and training in addiction medicine and psychology across Europe: a EUFAS survey. *European Addiction Research*, 30(3), 127-137. <https://doi.org/10.1159/000531502>

Brener, L., von Hippel, W., von Hippel, C., Resnick, I., & Treloar, C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 491–497. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00173.x>

Can Gür, G., & Yılmaz, E. (2023). Effectiveness of interventions in reducing substance-related stigma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(3), 162–175. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2163439>

Can, G., & Tanrıverdi, D. (2015). Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 441–446. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.008>

Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H., & Busch, J. T. A. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social Science & Medicine*, 103, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>

Corrigan, P. W., Nieweglowski, K., & Sayer, J. (2019). Self-stigma and the mediating impact of the “why try” effect on depression. *Journal of Community Psychology*, 47(3), 698–705. <https://doi.org/10.1002/jcop.22154>

Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2019). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: A review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183252>

Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136–140.

El Hayek, S., Foad, W., de Filippis, R., Ghosh, A., Koukach, N., Mahgoub Mohammed Khier, A., Pant, S. B., Padilla, V., Ramalho, R., Tolba, H., & Shalbafan, M. (2024). Stigma toward substance use disorders: A multinational perspective and call for action. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1295818. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1295818>

Ghosh, A., Naskar, C., Sharma, N., Fazl, E. R., Choudhury, S., Basu, A., et al. (2022). Does online news media portrayal of substance use and persons with substance misuse endorse stigma? A qualitative study from India. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 3460–3478. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00859-1>

Goodyear, K., Haass-Koffler, C. L., & Chavanne, D. (2018). Opioid use and stigma: The role of gender, language and precipitating

events. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 339–346.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.037>

Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 115–136.
<https://doi.org/10.2147/SAR.S183256>

Khazae-Pool, M., Naghibi, S. A., Pashaei, T., & et al. (2024). Developing practical strategies to reduce addiction-related stigma and discrimination in public addiction treatment centers: A mixed-methods study protocol. *Addiction Science & Clinical Practice*, 19, Article 40. <https://doi.org/10.1186/s13722-024-00472-8>

Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2023). Stigma toward substance dependence: Causes, consequences, and potential interventions. *Psychological Science in the Public Interest*, 24(2), 90–126.
<https://doi.org/10.1177/15291006231198193>

Kulesza, M., Larimer, M. E., & Rao, D. (2013). Substance use related stigma: What we know and the way forward. *Journal of Addiction Behavior Therapy & Rehabilitation*, 2(2), 782.
<https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000106>

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>

Mutlu, E., Bilici, R., & Çetin, M. K. (2014). Health care professionals' opinions and attitudes toward addiction. *Bağımlılık Dergisi - Journal of Dependence*, 15, 118–123.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change. *National Academies Press*. <https://doi.org/10.17226/23442>

National Institute on Drug Abuse. (2022). Stigma and discrimination. <https://nida.nih.gov/research-topics/stigma-discrimination>

National Institute on Drug Abuse. (2024). Drug overdose deaths: Facts and figures. National Institutes of Health. <https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>

Ong, W. J., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Tan, G. T. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2020). Daily encounters of mental illness stigma and individual strategies to reduce stigma – Perspectives of people with mental illness. *Frontiers in Psychology*, 11, 590844. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590844>

Özbaş, D., Küçük, L., & Buzlu, S. (2008). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 21(1–4), 14–23.

Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185–208.

Pant, S. B., Gurung, B., & Howard, J. (2023). Recovery and rehabilitation from alcohol, substance use and related disorders in Nepal: Call for paradigm shift. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 10, 131–134. <https://doi.org/10.1007/s40737-023-00337-4>

Peek, H. S., Richards, M., Muir, O., Chan, S. R., Caton, M., & MacMillan, C. (2015). Blogging and social media for mental health

education and advocacy: A review for psychiatrists. *Current Psychiatry Reports*, 17(11), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0629-1>

Pelullo, C. P., Curcio, F., Auriemma, F., Cefalo, G., Fabozzi, A., Rossiello, R., et al. (2019). The discrimination against, health status and wellness of people who use drugs in Italian services: A survey. *Medicina (Kaunas)*, 55(10), 662. <https://doi.org/10.3390/medicina55100662>

Pinedo, M. (2020). Help seeking behaviors of Latinos with substance use disorders who perceive a need for treatment: Substance abuse versus mental health treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 109, 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2019.11.006>

Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143–155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>

Sarkar, S., Balhara, Y. P. S., Kumar, S., Saini, V., Kamran, A., Patil, V., Singh, S., & Gyawali, S. (2019). Internalized stigma among patients with substance use disorders at a tertiary care center in India. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 18(3), 345–358. <https://doi.org/10.1080/15332640.2017.1357158>

Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105–112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>

Sibley, A. L., Colston, D. C., & Go, V. F. (2024). Interventions to reduce self-stigma in people who use drugs: A systematic review. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 159, 209284. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209284>

Simmonds, L., & Coomber, R. (2009). Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.09.002>

Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17, 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>

Steinka-Fry, K. T., Tanner-Smith, E. E., Dakof, G. A., & Henderson, C. (2017). Culturally sensitive substance use treatment for racial/ethnic minority youth: A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 22–37. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.006>

Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health*, 3, e17. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>

Şamar, B., Taş, M., Kayın, M., & Ünübol, B. (2024). Comprehensive analysis of social stigma of individuals with substance use disorder in Turkey in the context of Erving Goffman's stigma theory. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 23(4), 679–698.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). World Drug Report 2022. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(5), 378–388. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000351>

Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). Stigma: How it affects the substance use disorder patient. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 50-58. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00288-0>

Afetlerde Hemşirelik Hizmetleri: Klinik Bakım, Toplumsal Destek ve Profesyonel Sorumluluklar

BÖLÜM 14

EMİNE SEVİNÇ POSTACI¹

Giriş

Afetler, insan kaynaklı nedenler ve doğal nedenler ile meydana gelen, toplumun yaşam düzenini ve verilen sağlık hizmetlerini ciddi biçimde bozan olaylardır. Deprem, sel, yangın, pandemi, kimyasal sızıntı gibi olaylar, sağlık sistemlerini zora sokan karmaşık sonuçlara yol açar. Bu süreçlerde hemşireler, sağlık hizmetlerinin en geniş yelpazede sürdürülebilmesi için kilit rol oynar. Afetlerde hemşirelik hizmetleri, sadece acil bakımın sunulmasıyla sınırlı kalmaz; aynı zamanda toplumun yeniden yapılanması, psikososyal destek, halk sağlığı izlemleri ve rehabilitasyon süreçlerini de kapsar.

Bu bölümde, afetlerde hemşirelik hizmetlerinin temel esasları, bakım uygulamaları ve ulusal-uluslararası düzeyde uygulama örnekleri ele alınmaktadır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, ORCID: 0000-0002-2816-4029.

1. Afet Kavramı ve Yönetimi:

Bir tehlike yalnızca toplumu etkilediğinde afet haline gelebilir. Tehlike doğaldır, afetler değildir (United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2025). Afet, bir bölgede meydana gelen, maddi hasar ve can kaybına neden olan olay anlamına gelir. Doğadan kaynaklanan nedenlerle, insan eliyle, kaza ya da ihmal sonucu ile oluşabilir. Bu akut durum önemli miktarda can kaybına ya da canlıların zarar görmesine neden olur. Aynı zamanda, çevreye ve yapılara ciddi zarar verir. Bir afet, etkilenen bölgedeki toplumun başa çıkma kapasitesini aşacak nitelikte ve büyüklüktedir (Schultz, 2017:2406).

Türkiye jeolojik konumu nedeni ile birçok afeti yaşamaktadır. Bu nedenle afeti yönetme sürecinin başarılı bir şekilde sürdürülmesi önem arz etmektedir. Afet yaşanmadan ve yaşandıktan sonra yapılacakların planlanması ve uygulanması, önlemlerin alınması afet yönetimi sürecinde büyük önem taşımaktadır. Afet sonrası arama kurtarma faaliyetleri için en önemli zaman dilimini ifade eden “Altın Saat” olarak adlandırılan ilk 72 saatte uygulanacak stratejilerin belirlenmesi ve uygulanabilir olması can kayıplarını en aza indirecektir. İlk 72 saat içerisindeki yapılacak faaliyetler, afet sonrası sürecin yönetimi ve iyileşme sürecinin başlaması için kritik öneme sahiptir. Kurtarma çalışmalarına hemen başlama ve acil yardım, iletişim altyapısının işlevsel olması, acil ihtiyaçların giderilmesi, hasar tespiti ve değerlendirme, toplum güvenliğinin sağlanması ve koordinasyon merkezi oluşturulması afet sonrası ilk 72 saat içerisinde hayati önem taşır (Yurtlu & ark., 2024:504).

Afetlerin etkiledikleri toplumlarda hasarı azaltmak için gerek ulusal gerekse uluslararası sahada afet yönetiminin temel faaliyetlerini belirten farklı sistemler ve modeller kullanılmaktadır. Bu sistem ve modellerin çoğunun tasarımı afet yönetiminin dört ana

aşaması olarak kabul edilen hazırlık, zarar azaltma, müdahale ve iyileşme aşamalarından oluşan bir döngüye temellendirilmiştir (Şahin & Üçgöl, 2019:43).

Genel olarak zarar azaltma ve hazırlık aşamaları bir afet meydana gelmeden önce; müdahale aşaması afet sırasında, iyileşme aşaması ise afetlerden sonra gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır.

2. Afetlerde Hemşirelik Hizmetlerinin Temel İlkeleri:

2.1. Görev, Yetki ve Sorumluluklar:

Türkiye’de afetlerde hemşirelerin yetkilerini belirleyen yasalarda, görev ve sorumluluklar konusunda oldukça sınırlı bir düzenleme bulunmaktadır.

Afet hemşireliği, afetlerde mortalite ve morbidite riskini azaltan, afete yönelik sağlık hizmetlerini multidisipliner ekip üyesi olarak yürüten ve afet konusunda bilgi ve becerilerinin sürekli geliştiren meslek disiplini olarak tanımlanmaktadır. Afetlerde, acil müdahalenin sağlanabilmesi, kaotik ortamla başa çıkılabilmesi ve sağlık bakımının sürdürülebilmesinde hemşireler önemli role sahiptirler (Kanbara, Miyagawa, & Miyazaki, 2022).

Afet hemşireliğinin temel amacı, afete maruz kalan insanların ve toplumun optimum sağlık düzeyine ulaşmasını sağlamaktır. Afet hemşireliği hem ulusal hem de uluslararası düzeyde giderek önem kazanmaktadır. Afet hemşireliğinde, lisans eğitimini tamamlamış bir hemşirenin veya deneyimli bir hemşirenin bilgi, birikim ve tecrübesinin ötesinde bir uygulama söz konusudur (Xue & ark., 2020:23).

Hemşireler, afet bölgesinde, en önde acil vakalara müdahale etme, triyajda bulunma, bir sahra hastanesi kurulduysa yataklı ve yoğun bakım servislerinde sağlık hizmeti sunma ve gerekirse psikolojik destek verme gibi birden fazla rol üstlenmektedir (Fletcher, Reddin, & Tait, 2022:257). Bu nedenle, hemşirelerin afetlerde hemşirelik uygulama kapsamı çerçevesinin belirlenmesi, küresel düzeyde standart bir afet hemşireliği bakımının sağlanması için hemşirelik yeterliliklerini belirleme, genişletme ve hemşireleri afetlerde etkili bir şekilde müdahale etmeye hazırlama gereksinimi doğmuştur.

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN)'ne göre hemşirelerin afet konusunda temel yeterliliklere sahip olmaları gerekmektedir. Temel yeterliliklerin gerekliliğinin belirlenmesinin ardından Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından bir temel yeterlilik çerçevesi oluşturulmuştur (Nurses, 2019).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), yıkımlar sonrası kaliteli sağlık bakımını sürdürmede afet hemşireliğinde temel yeterliliklerin olması gerekliliğini savunmaktadır (Nurses, 2019).

Hemşirelerin yaratıcı olması, esnek olması, uyum sağlaması, holistik bakım verme becerileri (biyopsikososyal destek), sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yaparak sorun çözmesi, liderlik becerileri ve multidisipliner ekipte iletişim ve koordinasyonu sağlama gibi çok çeşitli becerileri vardır (Akpınar & Ceran, 2020:28; Hasan, Younos, & Farid, 2021:107).

Afet hemşireliğinde temel yeterliliklerin oluşturulmasının gerekliliği bir dizi gereksinim sonucu ortaya çıkmıştır. Bu gereksinimler; hemşirelerin dünyanın her yerinde afetten etkilenen bölgelerde çalışmasını kolaylaştırmak, bakımda tutarlılığı sağlamak, bakım alan bireylerde güven oluşturmak, küresel açıdan ortak bir amaç sağlamak, hemşireliğin profesyonelliğini artırmak, hemşirelik

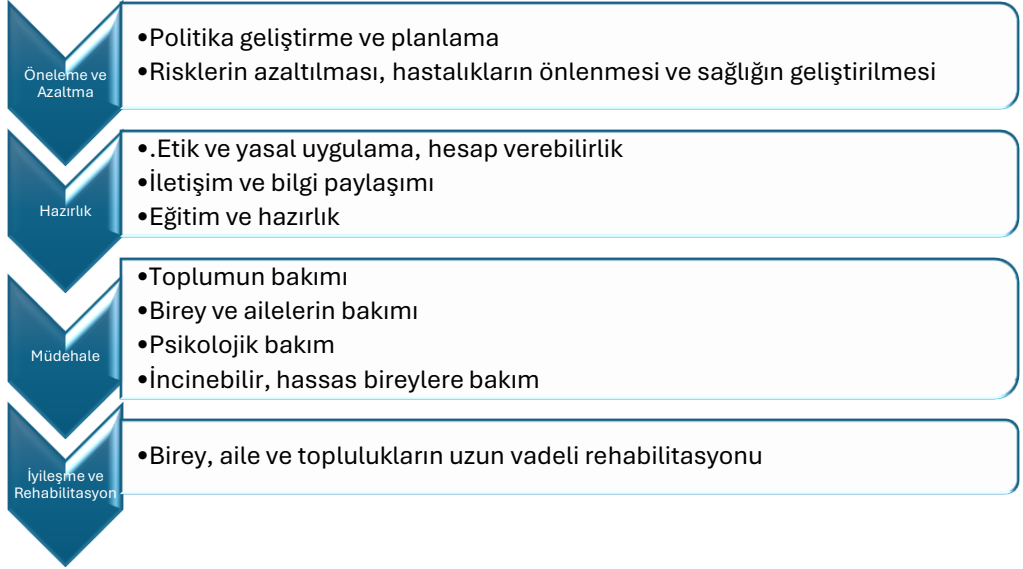
uygulamalarının çerçevesini çizerek etkili bir şekilde çalışabilmelerini sağlamak, uluslararası düzeyde onaylanmış bir yaklaşım sağlamak, hemşirelerin afetten etkilenen bireylerle ve multidisipliner ekip üyeleriyle iletişimini kolaylaştırmak ve hemşirelerin multidisipliner ekip üyeleriyle uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlamak olarak sıralanabilir (Hugelius & Adolfsson, 2019:1; Nurses, 2019; Liou, 2020:47).

Afet hemşireliğinde temel yeterlilikler, hemşirelik eğitimi için bir rehber niteliğinde olup aynı zamanda hemşirelerin sürekli profesyonel gelişimini de destekler. Eğitim programlarının bu yeterlilikleri kazandıracak şekilde gözden geçirilmesi, kişilerin bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve eksik eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde yol göstericidir (Cho, 2019:93; Veenema, 2017:688).

Afet sonrası etkilenen bölgede sağlık bakımını sunan hemşirelerin eğitim ile ilgili boşluklarının da belirlenmesi bu yeterliliklerin geliştirilmesini sağlar. Dolayısıyla yeterliliklerin geliştirilmesi, afet hemşireliği ile ilgili risklerin de azaltılmasına yardımcı olur. Yeterlilikler aynı zamanda, standart, kanıta dayalı hemşirelik bakımının sunulması, hizmet içi eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi, uygulama kapsamalarının belirlenmesi ve hemşirenin kendi kendini değerlendirebilmesi açısından çok önemlidir (Nurses, 2019; Xue & ark., 2020:4514).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından afet hemşireliği temel yeterliliğine yönelik dört tema ve on altı başlık ile destekleyici bir çerçeve oluşturulmuştur. Bu dört tema;

Şekil 1 Afet Hemşireliğinde Temel Yeterlilikler Çerçevesi



(Kaynak: International Council of Nurses. (2019). Core competencies in disaster nursing version 2.0. In: International Council of Nurses Geneva, Switzerland)

Alt temaları ise;

1-Politika geliştirme ve planlama

2-Risklerin azaltılması, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi,

3-Etik ve yasal uygulama, hesap verebilirlik,

4-İletişim ve bilgi paylaşımı,

5-Eğitim ve hazırlık,

6-Toplumun bakımı,

7-Birey ve ailelerin bakımı,

8-Psikolojik bakım,

9-İncinebilir, hassas bireylere bakım

10- Birey, aile ve toplulukların uzun vadeli rehabilitasyonu başlıklarını kapsamaktadır

Afet hemşireliğinde önleme ve azaltma rolü; Afet hemşireliğinde önleme ve azaltma alanında yapılan çalışmaların diğer temel yeterlilik temalarına göre daha az olduğu görülmektedir. Bu da hemşirelerin uygulamalarında önleme ve azaltma konusunda daha fazla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir (Kuleyin & Altuntaş, 2023; Paudel, 2023:464).

Afet hemşireliği temel yeterliliği çerçevesinde ICN'in belirlediği "Önleme ve Azaltma" temasında hemşire, afetin yıkıcı etkilerini azaltmalı ve sağlığın geliştirilmesi dahil olmak üzere tüm durumlara uygun politika – prosedür oluşturmak için planlama yapmalı, gelişebilecek olası riskleri belirlemeli ve çözüm önerileri geliştirmeli, afet ile ilgili hastalıkları önleme ve azaltma çalışmalarına ilişkin planlamalar yapmalı ve tüm bu süreçlerde rol almalı- rol model olmalıdır.

Afet hemşireliğinde hazırlık rolü; Afet hemşireliği temel yeterliliği çerçevesinde ICN'in belirlediği "Hazırlık" temasında hemşirenin, gereksinim anında müdahale etmeye hazır olmasını içerir. Afet hemşireliğinde hazırlık teması öncelikli ve kritiktir. Hazırlık olmadan afetin yıkıcı etkileri kaosa neden olarak can kaybının artışına neden olur. Hazırlıklı olmak için hemşireler önceden afetler konusunda eğitilmeli, bilgi seviyeleri düzenli yenilenmeli, tatbikatların yapılması ve olası bir afet senaryosunda gönüllü olanların bölgeye görevlendirilmesi gerekmektedir.

Afetin yıkıcı etkilerine hazır olan hemşireler, multidisipliner ekip üyeleriyle iletişim ve bilgi paylaşımı yaparak işleri koordine eder, hasta hakları ve hemşirelik yasalarına uygun faaliyetlerde

bulunarak hesap verebilir nitelikte ve etik ilkelere uygun hareket eder (Loke, 2021:106; Nurses, 2019).

Afet hemşireliğinde müdahale rolü; Afet hemşireliği temel yeterliliği çerçevesinde ICN'in belirlediği "Müdahale" temasında hemşirenin afet durumunda ani bir şekilde harekete geçebilmesini içerir. Kaynakların kısıtlı olduğu afet ortamında bakımı sürdürmek hemşirelerin yaratıcı olmasını gerektirir. Afet hemşireliğinde müdahale kapsamında hemşireler, bakımın standartlarında farklılık yapıp yapılmayacağına karar vermeli, bakımı kontrol etmeli, yönetmeli ve değerlendirmelidir. Afetten etkilenen bireyleri bütüncül olarak değerlendirmeli, acı ve ıstıraplarını dindirmeli, ihtiyaç halinde psikolojik destek sağlamalıdır. Afet bölgesinde çocuk, engelli gibi incinebilir hassas grupları tespit etmeli ve uygun şekilde sağlık hizmeti sunmalıdır (Farokhzadian, 2023:334).

Afet hemşireliğinde İyileşme ve Rehabilitasyon rolü; Afet hemşireliği temel yeterliliği çerçevesinde ICN'in belirlediği "İyileşme ve Rehabilitasyon" temasında hemşire, afetin toplum üzerinde yarattığı etkiyi azaltma ve yardım etme durumunu içerir. Bu aşama hem kısa hem uzun vadeli hedefleri içerir. Afetten etkilenen bireylerin gıda, ilaç ve barınma ihtiyaçlarını karşılamak için kurum ve kuruluşlarla iletişime geçmeli, özel bakım gereksinimi olan bireyleri yönlendirmeli, gereksinimi olan bireylerin yardım kuruluşlarıyla iletişimini sağlamalı ve afete bağlı gelişebilecek komplikasyon riskini azaltmak amacıyla bireyleri takip etmelidir (Oktari, 2020:51; Nurses, 2019).

2.2. Afet Hemşireliğinde Etik Boyut

Afet hemşirelerinin sorumlulukları, afetten etkilenen toplumun sağlığının geliştirilmesi, hastanın yararını gözeterek şekilde kararlar alması ve etkilenen toplumun acı ve ıstırabına dayanıklı olarak etik ikilemlerde doğru kararı verebilmesidir. Afet hemşireliği, afet bölgesinde kısıtlı kaynaklar, sürekli değişimin yaşandığı karmaşık olaylar, kritik görevler ve yoğun stres gibi zorlu çevresel koşullar nedeniyle hastane ortamında yapılan hemşirelikten son derece farklıdır. Afetlerde sınırlı kaynaklarla zor durumlarda çalışan, hemşireler, ilk müdahale eden grup olduğu gibi bölgedeki diğer bireylere bilgi veya eğitim sağlayıcıları olarak hizmet ederek hayati roller oynarlar ve danışmanlık yaparlar (Akpınar & Ceran, 2020:28).

2.3. İletişim ve Koordinasyon

İletişim afet yönetiminin işlevselliği açısından büyük öneme sahiptir. İletişim altyapısının sağlanması ile bilgi akışının ve iletişim kanallarının sağlıklı bir şekilde çalışması amaçlanmaktadır. Afet sonrasında iletişimin doğru ve etkin yapılabilmesi için gerekli planlamanın yapılması çok önemlidir. Bu planlamada afet sonrasında iletişimin nasıl kurulacağı açıkça ifade edilmelidir. Afet sonrasında bölgede görevli olan kurumlar için sağlıklı bir iletişim ağı kurulmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır. Kurulacak bu iletişim ağı sadece kurumlar arasında değil de afet yöneticileri ve afetzedeler arasındaki bilgi iletişimini de sağlayacaktır (Bozkurt & Demir, 2023:22).

Afetlerin yönetiminde sağlık hizmetleri, her koşulda kesintisiz haberleşme sağlayabilecek alt yapılara sahiptir. Ulaştırma bakanlığının oluşturduğu seyyar roleler aracılığı ile de afetlerde

haberleşmede ve iletişimde bir kesinti beklenmemektedir. Özellikle büyük kentlerdeki sağlık çağrı merkezleri yedek merkezler olarak, herhangi bir sorun anında çağrı almak için hazır bekler halde tutulmaktadır. Bunun haricinde hastanenin birbirleri ve acil çağrı merkezi ile doğrudan haberleşmeleri ve kayıt sistemlerinin güçlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Afetlerde koordinasyon merkezi kurularak, farklı kurumlar, kuruluşlar veya ekipler arasındaki iletişimi, iş birliğini ve faaliyetleri düzenlenmesi hedeflenir. Koordinasyon merkezi, afet veya krizle başa çıkmak için gerekli olan kaynakların etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır. Koordinasyon merkezleri afetin çapına göre yerel, bölgesel veya ulusal olmaktadır. Afet ile ilgili veri toplama, analiz etme, paylaşma ve raporlama, paydaşlar arası koordinasyon, lojistik planlama, ekip yönetimi gibi temel işlevleri üstlenmektedir. Afet bölgesindeki ihtiyaçları hızlıca belirleyerek ve hasarı değerlendirerek, etkili bir müdahale sağlamaktadır. Bu da afet sonrası toparlanma süreci için önemli bir adım olmaktadır. Geçmiş afetlerden elde edilen deneyimler, kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliğinin afet müdahale çabalarının başarısızlığına katkıda bulunduğunu göstermektedir (Bozkurt & Demir, 2023:22).

3. Afet Öncesi Dönemde Hemşirelik Uygulamaları

3.1. Risk Analizi ve Planlama

Bu aşama afet öncesi yapılması gereken önleme ve afetin yıkıcı etkilerini azaltma hazırlıklarını içerir. Hemşirelik müfredatlarına, hastane hizmet içi eğitim programlarına afet hemşireliğinin eklenmesi hemşirelerin afetlerde uygulamalarına

katkı sağlayacaktır. Hemşireler afet bölgesinde risklerin azaltılmasında kilit personeldir. Hem hasta ile ilgili komplikasyonların hem de fiziksel ve çevresel risklerin önlenmesi ve azaltılmasında rol alır. Hemşirelerin tıbbi malzemeler konusunda deneyimli olmaları da sağlık bakım sunumu esnasında uygulamalarını planlamaya yardımcı olur (Karakış, 2019; Şimşek, 2021:469).

3.2. Afet Acil Durum Planlarının Oluşturulması

Hemşireler olası afet risklerini göz önüne alarak kişisel bazda ve örgütsel bazda afet yönetim planlarının hazırlanmasına katılmalıdırlar. Farklı afet durumlarında hasta/yaralıların olası bakım gereksinimleri ve bu gereksinimlerin karşılanması için gerekli tıbbi malzemelerin kullanımı konusunda önemli bir bilgi birikimine sahip olan hemşireler, mortalite ve morbiditenin önlenmesinde önemli katkılar sağlayabilirler. Hemşireler ayrıca afet hazırlığı aşamasında gönüllü ekipler için ilk yardım eğitimleri, toplumun afetlere karşı bilinçlendirilmesine yönelik eğitimler, afet sonrası triyaj ve gelişebilecek sağlık sorunlarına ilişkin hasta bakımı gibi konuları kapsayan birçok eğitim etkinliğinde görev alabilirler (Al Thobaity, Plummer, & Williams, 2017:64).

Tüm bunların yanı sıra hemşireler afetlerle ilgili olarak hassas grupların karşı karşıya olduğu risklerin belirlenmesi ve bu risklerden kaynaklanabilecek zararların azaltılmasında da önemli roller üstlenebilmektedir (Rivera-Rodriguez, 2017).

3.3. Tıbbi Girişim ve Malzeme Planlaması

Afet sonrası oluşturulacak lojistik yönetimi sağlık ekipleri için önem taşır. Lojistik yönetimi, yaralıların taşınması, tıbbi malzemelerin dağıtımı ve acil müdahale ekipmanlarının yerleştirilmesi gibi konuları kapsar. Bu nedenle, lojistik yönetimi sağlamak için etkili bir planlama yapılmalı ve kaynaklar en uygun şekilde yönetilmelidir (Erdoğan, 2023:721).

Afet bölgesinde yapılacak müdahalenin temel bileşenleri; alan triyajı ve alanda yapılacak tıbbi bakımın, iletişiminin ve alanda gerekli olacak afet medikal takımlarının yönetimidir. Afet triyajında amaç “Daha çok sayıda insan için, daha çok şey yapmaktır”. Afetten etkilenen tüm hastalara en iyi yardımı yapmak çok zor olabilir, bazılarını ölüme terk etmek zorunda kalınabilir.

Afet alanında yapılacak olan triyajın amacı, en hızlı ve etkili bir şekilde durumu hafifletmek ve sorunları düzeltmek olacaktır (Nakao, Ukai, & Kotani, 2017:379).

Afet durumunda; ambulansların sayısı, personelin ve tıbbi malzemelerin miktarı çoğu kez gereksinimleri karşılayabilecek düzeyde değildir. Olay yerlerine ulaşım ve oradan yaralıların tahliye edilmesi, yolların kapanması sonucu geçici süre de olsa mümkün olmayabilir.

Yardım ve tahliye süreleri kesin olarak bilinemez, çok uzun süreleri bulabilir. Bunun için, durumu kritik olan yaralıların hiç zaman kaybetmeden tanınması ve alandaki imkanlar dahilinde vaka yönetimlerinin yapılarak naklinin gerçekleştirilmesi için hızlı ve basit triyaj uygulanmalıdır (Christian & ark, 2013:1).

Afet triyajı dinamik bir süreçtir. Yaralıların olay yerinden, tedavilerinin uygulanacak olduğu merkezlere transfer edildikleri sırada da tekrarlanması gerekmektedir. Bu aşamalar birincil triyaj, ikincil triyaj ve üçüncül triyajdır (Bazyar, Farrokhi, & Khankeh, 2019:482).

Birincil triyaj, afet bölgesinde kurtarma ve nakil önceliğinin belirlenmesi içindir. İkincil triyaj, hasta/yaralının sağlık kuruluşuna ulaştırıldığı anda yapılır ve genellikle hekimler tarafından yapılır. Bu sayede hasta/yaralı tedavi alanına alınır, ilk girişimler yapılır ve gerekli ise başka bir birime yönlendirilmesine karar verilir. Üçüncül triyaj, yoğun bakım hekimleri veya cerrahlar tarafından yapılarak ameliyat ya da hastaneye yatış için önceliğin belirlenmesini kapsar (Bazyar, Farrokhi, & Khankeh, 2019:482).

Afet triyajında hedef, ilk olarak hangi hastaların acil müdahaleye (hava yolu yönetimi vb.) ihtiyaç olduğu, hangilerinin hızlı şekilde bir sağlık kuruluşuna transport edilmesi gerektiğini (acil cerrahi müdahale gerektiren vb), hangilerinin bekleyecek düzeyde olduğunu tespit edilmesidir.

Bunun için dünya genelinde yaklaşık 25 tane farklı triyaj sistemi kullanılmaktadır. Triage sistemleri hastaların aciliyet durumunu sınıflandırmasına ek olarak, nasıl bir yol izlenmesi gerektiğine rehberlik eden algoritma da sağlar (Özüçelik, 2019:32).

Bizim ülkemizde de alandaki kurtarma personeli; solunum, perfüzyon ve bilinç durumunun hızlı bir şekilde değerlendirildiği Basit Triage ve Hızlı Tedavi (Simple Triage and Rapid Treatment: START) tekniğini kullanır. Bu triyaj sistemi ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çoğunlukla Uluslararası Acil Tıp Birliği'nin kabul ettiği renk kodlama sistemi kullanılmaktadır (Özüçelik, 2019:32).

4. Afet Döneminde Hemşirelik Uygulamaları

4.1. Triyaj Uygulamaları ve Önceliklendirme

Hemşireler, afet bölgesinde birincil triyaj yaparak acil müdahale gerektirenleri belirleyerek gereken önlemleri almaktadır. Bu aşamada, hızlı bir şekilde cerrahi müdahale gerektirenleri ve diğer hastaların durumlarını değerlendirerek yönlendirme yapmalıdırlar. Böyle bir yaklaşım, sınırlı kaynakları etkin bir şekilde kullanarak mümkün olduğunca çok insanın hayatını kurtarmayı hedeflemektedir (Erdoğan, 2023:721).

4.2. İlk Yardım ve Acil Bakım Uygulamaları

Hemşirelerin uyguladığı afet sonrası ilk yardım girişimleri, afetten etkilen kişilerin hayatını kurtarmak ve yaralıları en kısa sürede tıbbi yardım alacakları yere taşımak açısından büyük önem taşır. İlk yardım, afetlerde ilk müdahale sürecinde uygulanan ilk yardım önlemlerinin tümünü ifade eder. İlk yardım, hayat kurtarmak, yaralıların acılarını hafifletmek ve sağlık durumlarını stabil hale getirmek için gereklidir (Erdoğan, 2023:721).

4.3. Enfeksiyon Kontrolü ve Hijyen Yönetimi

En uygun sağlık hizmeti ortamlarında bile sorun yaratan enfeksiyonlar, bir afet sırasında afet bölgesindeki halk ve sağlık çalışanları için risk kaynağı olabilir. Afet durumları genellikle elektrik kesintileri, su ve gıda kıtlığı ve kritik altyapıların hasar görmesi, iletişim ve seyahat erişiminin kesilmesi (örneğin, yolların

yıkılması ve iletişim ağlarının kesintiye uğraması) gibi durumları içerdüğinden, o bölgede hastalıkların yayılmasını kontrol altına almak ve etkilenenler için koşulları daha hızlı iyileştirmek amacıyla temel enfeksiyon kontrol uygulamalarının uygulanması ve hijyen sağlanması kritik öneme sahiptir (Vane, Winthrop, & Martinez, 2010:219).

4.4. Barınma Alanlarında Sağlık Hizmetleri

Afetten sonra yardım çalışmalarının en önemli adımlarından biri, afetten etkilenen kişilerin barınma ihtiyaçlarını karşılamaktır. Afet sonrasında uygulanan barınma girişimlerinin üç ana aşaması vardır; birinci aşama, afet nedeniyle evleri zarar gören afetzedelerin acil ihtiyaçlarının karşılanması, ikinci aşama, acil dönem ile kalıcı konutların yapımı arasında geçen zamanda, geçici barınma yöntemleriyle barınma ihtiyacının geçici olarak karşılanması (çadırlar ve konteynerler gibi geçici çözümler yaygın olarak kullanılmaktadır), üçüncü aşama ise, afetten etkilenen evlerin yerine dayanıklı sürdürülebilir kalıcı konutların inşa edilmesidir.

Afet bölgesinde barınma sorunu afet sonrası tahliye mekanizmalarının işletilmesi yerine, afet bölgesinde geçici barınma alanlarının oluşturulması şeklinde çözümlenmektedir.

Geçici barınma alanlarının, afetzedelerin yakınlarından ve sosyal çevresinden uzaklaşmadan ve günlük rutinlerine devam edebilmesi gibi avantajları bulunmaktadır. Ancak kısıtlı alanlarda birçok afetzedenin bir alanda barınması, kalabalık faktörünü ve birtakım riskleri beraberinde getirmektedir. Barınma alanlarının fiziksel olarak oluşturulması kadar, bu alanlarda kalabalık kontrolünün sağlanması, hijyen koşullarının ve yeterli hijyenin sağlanması da önemlidir. Yeterli hijyenin sağlanamaması durumunda başta solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonlar olmak

üzere, bulaşıcı hastalıkların sayısı ve yayılma riskleri artmaktadır (Ekşi, 2016:15).

4.5. Psikososyal Destek ve Kriz Müdahalesi

Afet mağdurlarında görülen akut stres tepkileri, yas süreçleri ve travmatik etkiler karşısında hemşireler, empatik iletişim ve destekleyici yaklaşımlarla ruh sağlığının korunmasına katkı sağlar. Acil müdahale ve tıbbi bakımla birlikte sağlık tesisleri, afetzedelere çeşitli psikososyal hizmetler sunmaktadır. Hemşireler bu aşamada psikososyal müdahale ekiplerinin önemli bir parçasıdır.

Barınma, korunma, sosyal yardım ve psikososyal destek gibi temel ihtiyaçların karşılanmasında ve farklı vaka yönetim süreçlerinde hemşireler; depremden etkilenen bireyler ve aileleriyle ilk teması sağlayabilecek ve hastane ortamında gerçekleştireceği mesleki müdahaleleriyle afetzedeleri toplum kaynaklarıyla buluşturabilecek meslek profesyonelleridir.

5. Afet Sonrası Dönemde Hemşirelik Uygulamaları

Olası afet sonrasında halk sağlığı hemşiresi saha taraması yaparak ihtiyaçları belirlemeli, bu ihtiyaçlara yönelik planlama yapmalı, planlamalara yönelik girişimlerde bulunmalı ve girişim sonuçlarını yeniden değerlendirmelidir. Ayrıca afet hemşiresinin savunuculuk, ekip iş birliği, bakım verici, karar verici, araştırmacı, liderlik rolleri afet yönetim sürecinin her aşamasında yer almaktadır. (Bardak, 2025:147).

Afette hemşireler;

- Rehabilitasyon hizmetleri ile fiziksel ve psikolojik iyileşmenin desteklenmesini sağlar,
- Toplum sağlığı izlemleri ile salgın hastalıkların erken tanısı ve bildirimini oluşturur,
- Ruhsal destek ile travma sonrası stres bozukluğunun önlenmesi için danışmanlık yapmaktadır.

6. Türkiye’de ve Dünyada Afet Hemşireliği Uygulamaları

6.1. Ulusal- Uluslararası Kuruluşlar ve Hemşirelik Rolü

Hemşirelerin farklı ölkelerde gerçekleşen afetlerde hemşirelik becerilerini kullanabilmesi, uluslararası yardım ve destekte bulunabilmeleri, afetlerde standart hemşirelik bakımı verebilmeleri için afet bölgesinde uygulanacak hemşirelik girişimlerinin kapsamına ilişkin küresel bir fikir birliği gerekmektedir. Bunun için hemşirelerin afete yönelik plan yapması, zamanında ve doğru bir şekilde müdahale etmesine olanak sağlayan bilgiye dayalı temel bir yeterlilik çerçevesi belirlenmesi gereklidir (Nurses, 2019).

Birçok ölkede, afet eğitimi acil servisler, halk sağlığı merkezleri ve orduda görevli hemşireler için gerekli olan bir uzmanlık eğitimi olarak görölmekteydi (Pattillo, 2003). Bu yaklaşımla birlikte tüm dünyada uluslararası kuruluşların çalışmaları doğrultusunda eğitimlerde değişim görölmektedir. Söz konusu değişimler, Hastane Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nun (the Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations: JCAHO), hastanelerde görevli hemşirelerin yılda iki

kez afet tatbikatlarına katılmasını zorunlu tutmasında önemli etki oluşturmuştur (Cole, 2005:511). Ayrıca Uluslararası Hemşireler Birliği ve Dünya Sağlık Örgütüne göre hemşireler, afetlerden etkilenen topluluklara, bireylere ve ailelere sadece erken dönemde değil, uzun vadede de bakım hizmeti sunmak için yeterli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır ve kendi uzmanlık alanları ne olursa olsun afetlerin tüm evrelerinde görev almalıdırlar (Nurses, 2019).

Türkiye’de hemşirelerin görev ve sorumlulukları yasa ve yönetmeliklerle düzenlenmektedir. Türkiye’de hemşirelerin yetkilerini belirleyen ilk kanun 1954 yılında çıkarılmış ve 2007 yılında bu kanunun bazı maddelerinde değişiklikler yapılmıştır. Hemşirelik Kanunu için 8 Mart 2010 tarihinde çıkan yönetmelikle yeniden düzenlemeye gidilmiştir. Bu kapsamında hemşirelerin 32 farklı çalışma alanı ve her çalışma alanı için görev ve sorumluluklar belirlenmiştir. Ancak afet hemşireliği bu alanlar arasında yer almamaktadır. Bu düzenlemeler çerçevesinde afet durumlarında hemşirelik hizmetlerine yalnızca başhemşirelerin görevleri arasında değinilmiştir. Başhemşirelerin afetlerle ilgili görevi “Olağanüstü durumlarda afet planları doğrultusunda ilgili birimlerle iş birliği içinde, acil durum planlamaları yapar, protokol geliştirir ve/veya geliştirilmesini sağlar ve gerekli durumlarda uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlar” şeklinde belirtilmiştir (Bakanlığı, 2011).

Türkiye’de hemşireler afet durumunda görevli oldukları kuruluşlarda sağlık hizmeti sunumunu sürdürmenin yanında çeşitli arama kurtarma örgütlerine de katılabilmektedir. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), Arama Kurtarma Derneği (AKUT), Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) bu örgütler arasında sayılabilir. Bu örgütler içerisinde UMKE personeli tamamen sağlık çalışanlarından oluşması bakımından diğer örgütlerden farklıdır. Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerine katılan tüm sağlık çalışanları aşağıda sıralanan görevleri yerine getirmekle yükümlüdür.

- Afetlerde, afetzedelere olay yerinde, medikal müdahale uygulamak ve kurtarmak.

- Kurtarılan afetzedeleri sağlık kuruluşlarına transfer edilmek üzere ambulans ve uygun nakil araçlarında görevli sağlık çalışanlarına teslim etmek.

- Afetlerde, diğer sağlık ekiplerinin sunduğu tıbbi yardımların yeterli olmadığı durumlarda ve alanlarda, ekibin kendi donanım, personel ve eğitim imkanları dâhilinde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine destek vermek.

- Olay yerinde sağlık hizmetlerinin yönetimini yapmak; triaj, tıbbi müdahale, transfer hazırlıkları, haberleşme ve kayıt yapmak.

- Afet birimi ve diğer yerler ile gerekli iletişimi ve bilgi akışını sağlamak.

- Faaliyetleri kapsamında ilgili kurum, kuruluş ve kişilerle iş birliği yapmak

- Gerekli hallerde, yurtdışında meydana gelen afet ve olağan dışı durumlarda sağlık hizmetlerinde görev almak (UMKE, 2025).

Türkiye’de afet yönetimi, AFAD koordinasyonunda yürütülmekte; Sağlık Bakanlığı, Türk Kızılay ve sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yapılmaktadır.

Uluslararası düzeyde Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ve Kızılhaç/Kızılay Federasyonu (IFRC) afet hemşireliği konusunda rehber ilkeler geliştirmiştir.

Afet sonrası Japonya (2011 depremi) ve Türkiye (2023 Kahramanmaraş depremi) örnekleri, hemşirelik hizmetlerinin afet yönetiminde ne kadar kritik olduğunu göstermiştir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Afetlerde hemşirelik hizmetleri, toplumun yaşam kalitesini ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen stratejik bir alandır.

Afet hemşireliğinin güçlendirilmesi için:

- Eğitim programlarının yaygınlaştırılması,
- Yasal ve kurumsal çerçevenin netleştirilmesi,
- Araştırma ve veri tabanlarının geliştirilmesi,
- Teknolojik altyapının güçlendirilmesi gereklidir.

Kaynakça

- Akpınar, N. B., & Ceran, M. (2020). Current Approaches About Disasters And Role And Responsibilities Of Disaster Nurse. *Journal of Paramedic and Emergency Health Services*, 1(1), 28-40.
- Al Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? *International emergency nursing*, , 31:64-71.
- Bakanlığı, S. (2011). HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİĞE DAİR YÖNERGE. Ankara.
- Bardak, F. (2025). Afet Yönetimi ve Halk Sağlığı Hemşireliği . *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1),147-162. .
- Bazıyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: a review study with a worldwide approach. *Open Access Macedonian journal of medical sciences*, 7(3):482.
- Bozkurt, Y., & Demir, T. (2023). Afet Yönetiminde İletişim ve Medya Üzerinde Bir Değerlendirme: Kahramanmaraş Merkezi Depremler. . *Dumlupınar Üniversitesi İBBF Dergisi*, 22-32.

- Cho, J. Y. (2019). Factors Affecting Disaster Nursing Core Competencies in Clinical Nurses (Factors Affecting Disaster Nursing Core Competencies in Clinical Nurses). *Journal of Convergence for Information Technology*, 9(8), 93-101.
- Christian, M., Fowler, R., Muller, M., Gomersall, C., Sprung, C., & Hupert, N. (2013). Critical care resource allocation: trying to PREEDICCT outcomes without a crystal ball. . *Critical Care*, 17(1):1-3.
- Cole, F. (2005). The role of the nurse practitioner in disaster planning and response. *Nurs Clin North Am*, 40(3):511-521.
- Ekşi, A. (2016). Afetlerden Sonra Ortaya Çıkabilecek Çevresel Risklerin Yönetimi. *Hastane öncesi dergisi*, 1(2); 15-25.
- Erdoğan, A. (2023). Afetlerde ilk yardım. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 721-728.
- Farokhzadian, J. F. (2023). Effectiveness of an online training program for improving nurses' competencies in disaster risk management. *BMC nursing*, 22(1), 334.
- Fletcher, K. A., Reddin, K., & Tait, D. (2022). The history of disaster nursing: from Nightingale to nursing in the 21st century. *Journal of Research in Nursing*, 27(3), 257-272.
- Hasan, M. K., Younos, T. B., & Farid, Z. I. (2021). Nurses' knowledge, skills and preparedness for disaster management of a Megapolis: Implications for nursing disaster education. . *Nurse Education Today*, 107.
- Hugelius, K., & Adolfsson, A. (2019). The HOPE model for disaster nursing—A systematic literature review. *International emergency nursing*, (45), 1-9.

- Kanbara, S., Miyagawa, S., & Miyazaki, H. (2022). *Disaster Nursing, Primary Health Care and Communication in Uncertainty*.
<https://books.google.com.tr/books?id=2HbuzgEACAAJ>:
Springer International Publishing.
- Karakış, S. (2019). Disaster Preparedness of Nurses Who Works At Hospitals of Public and Their Psychological Resilience Marmara University. Marmara Üniversitesi.
- Kuleyin, B., & Altuntaş, S. (2023). Afet Hemşireliğinde Temel Yeterlilikler ve Hemşirelik Uygulamalarına Yansımaları. R. Höbek Akarsu. içinde Bidge Yayıncılık.
- Liou, S.-R. L.-C.-M.-P. (2020). Relationships between disaster nursing competence, anticipatory disaster stress and motivation for disaster engagement. . *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 47.
- Loke, A. Y. (2021). Mapping a postgraduate curriculum in disaster nursing with the International Council of Nursing's Core Competencies in Disaster Nursing V2.0: The extent of the program in addressing the core competencies. . *Nurse Education Today*, 106.
- Nakao, H., Ukai, I., & Kotani, J. (2017). A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Medicine & Surgery*, 4(4):379-384. .
- Nurses, I. C. (2019). *Core competencies in disaster nursing version 2.0*. In: *International Council of Nurses* . Geneva, Switzerland. .
- Oktari, R. S. (2020). Knowledge management practices in disaster management: Systematic review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51.

- Özüçelik, D. (2019). Triage in disasters. . *Turkey Clinics-Special Topics in Emergency Medicine* , 5(1):32-39.
- Pattillo, M. (2003). Mass casualty disaster nursing course. . *Nurse Educator*, 28(6):271-275.
- Paudel, S. K. (2023). Development of disaster nursing in Nepal: Opportunities and challenges for advanced practice. *International Nursin Review*, 70(4), 464-472.
- Rivera-Rodriguez, E. (2017). Role of the nurse during disaster preparedness: A systematic literature review and application to public health nurses. *Doctoral dissertation, Walden University*.
- Schultz, C. (2017). Disaster Preparedness. *Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice* (s. 2406-2417). içinde Philadelphia: Elsevier.
- Şahin, Ş., & Üçgül, İ. (2019). Türkiye’de afet yönetimi ve iş sağlığı güvenliği. *Afet ve Risk Dergisi*, 2(1), 43-63.
- Şimşek, P. G. (2021). Disaster Nursing in Turkey. *Journal of Uludağ University Medical Faculty*, 47(3), 469-476.
- UMKE. (2025, 11 26). *TC Ministry of Health, General Directorate of Emergency Health Services*.
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction*. (2025, 11 15). United Nations Office for Disaster Risk Reduction: <https://www.undrr.org/> adresinden alındı
- Vane, E., Winthrop, T., & Martinez, L. (2010). Implementing basic infection control practices in disaster situations. . *Nurs Clin North Am.*, 45(2):219-231.

- Veenema, T. G. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6): 688-696.
- Xue, C. L., Shu, Y. S., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. *Journal of clinical nursing*, 29(23-24), 4514-4531.
- Yurtlu, F., Öztürk, E., Güven, E., & Eren, T. (2024). Afet Sonrası İlk 72 Saatte Yapılacak Faaliyetlere İlişkin Stratejiler: Türkiye. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*, 504-522.

BÖLÜM 15

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA SEMPTOM YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

ZELİHA ÖZKARACA¹
MEHTAP ÇULLU²

Giriş

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), artan mortalite ve morbidite oranıyla, sağlık sistemindeki giderek artan getirdiği ekonomik yükü küresel bir sorun olan, en az 3 ay süren böbreğin yapısı ve işlevindeki geri dönüşümsüz hasar ve filtrasyon kapasitesi azalmasıyla karakterize önemli bir sağlık problemidir. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalığın son aşamasıdır. Böbrek yetmezliği, KBH'nin en şiddetli şeklidir. Bu aşamadaki hastalar hayatlarını sürdürebilmek için böbrek nakline ya da renal replasman tedavilerine zorunlu olarak ihtiyaç duyarlar (Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), 2024: 137; Levin ve ark., 2017:1888).

¹ Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: 0000-0001-7557-957X

² Öğr.Gör.Dr, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, mehtapcullu@mu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4627-447X

SDBY insidansı ve prevalansındaki küresel farklılıklar, genetik, etnik köken ve diyabet ve hipertansiyon gibi komorbiditeler gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra, sevk sistemleri ve diyaliz öncesi bakım gibi sağlık hizmetleri altyapısı farklılıkları tarafından da belirlenmektedir. Bu istatistiklerde kritik bir belirleyici faktör, renal replasman tedavisine erişimdir. Genel olarak geliri yüksek ülkeler, düşük veya orta-düşük gelirli ülkelere kıyasla daha yüksek SDBY oranları bildirmektedir. Dünya genelinde renal replasman tedavisi alan hastaların yalnızca %7,2'si düşük ya da düşük-orta gelir grubundaki ülkelere yaşamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022:13). Türkiye genelinde renal replasman tedavisi alan SDBY hastalarının nokta prevalansı, milyon nüfus başına 1.079,3 olarak belirlenmiştir (Ateş, Seyahi & Koçyiğit, 2024:10)

KBH, glomerüler filtrasyon hızı (GFR) 35-50 ml/dk aralığına düşene kadar genellikle asemptomatiktir. Böbrek yetmezliğinin ciddiyeti kan ve idrar analizleri ile değerlendirilir. GFR seviyeleri 20-25 ml/dk veya altına düştüğünde, renal replasman tedavisi klinik olarak endikedir ve önerilir (Esatoğlu, 2023:4). Buna ek olarak, diyabet ve/veya kalp yetersizliği (KY) gibi ek komorbiditeleri bulunan hastalarda ve çocuklarda büyüme-gelişme geriliğini önlemek amacıyla RRT tedavisine daha erken bir aşamada başlanması gerekebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022:13). Diyaliz, hastaların yaşam sürelerini önemli ölçüde uzatabilsede, normal fizyolojik böbrek fonksiyonunun yalnızca küçük bir bölümünü yerine koyabilir ve altta yatan hastalıklar diyaliz ile tedavi edilemez (Li ve ark., 2018:427).

Böbrek fonksiyonlarının kaybı, organizmadaki fizyolojik sistemlerin işleyişini aksatarak hastalarda çok çeşitli klinik bulguların ortaya çıkmasına neden olur. Hemodiyaliz ve KBY Hastalarında klinik özellikler aşağıda verilmiştir (Tayaz & Koç, 2020:148; Akpolat & Utaş, 2019:4).

1. Sıvı-Elektrolit ve Asit-Baz Dengesi

- Volüm Dengesizliği: Hipervolemi, Hipovolemi.
- Elektrolit İmbalansı: Hipernatremi / Hiponatremi, Hiperkalemi / Hipokalemi, Hiperkalsemi / Hipokalsemi, Hiperfosfatemi, Hipermağnezemi.
- Asit-Baz Durumu: Metabolik Asidoz
- Kalsifikasyonlar: Metastatik Kalsifikasyon, Tümör Kalşinozis.

2. Gastrointestinal sistem

- Semptomlar: Anoreksi, Bulantı, Kusma, İnatçı hıçkırık.
- Oral Patolojiler: Stomatit, Gingivit, Parotit, Üremik ağız kokusu, Metalik Tat Duyusu (Disguzi).
- Mukozal Hasarlar: Peptik Ülser, Gastrit, Duodenit, Özafajit, Gastrointestinal Hemoraji (Melena, Hematemez).
- Diğer: Asit, Pankreatit, Konstipasyon veya Diyare

3. Nörolojik Sistem

- Bilinç ve Bilişsel Durum: Üremik Ensefalopati, Konfüzyon, Stupor, Koma, Demans, Konsantrasyon Defisiti.
- Periferik ve Otonom Sinir Sistemi: Periferik Nöropati, Parestezi, Otonom Nöropati, Karpal Tünel Sendromu.
- Motor Bozukluklar: Konvülsiyon, Tremor, Myoklonus, Asteriksiz, Kas Krampları.
- Özel Sendromlar: Huzursuz Bacak Sendromu, Diyaliz Disekilibrium Sendromu.

4. Dermatolojik Sistem

- Temel Bulgular: Pruritus, Kserozis, Hiperpigmentasyon, Solukluk (Anemiye bağlı).
- Spesifik Lezyonlar: Üremik Frost, Ekimoz ve Purpura, Psödo-porfiri.
- Kritik Tablo: Kalsifilaksi / Cilt nekrozu ve ülserler.
- Tırnak/Saç: Lindsay tırnakları, Alopesi

5. Hematolojik ve İmmünolojik Sistem

- Anemi: Normokrom Normositer Anemi (Genellikle), Eritropoetin Direnci.
- Kanama Diatezi: Trombosit Disfonksiyonu, Ekimoz, Epistaksis.
- İmmünite: İmmüsupresyon, Lenfopeni, Enfeksiyona Yatkınlık, Deri testlerine yanıtsızlık.

6. Kardiyovasküler Sistem

- Yapısal Bozukluklar: Sol Ventrikül Hipertrofisi (LVH), Kardiyomiyopati, Ateroskleroz
- Klinik Tablolar: Hipertansiyon, Konjestif Kalp Yetmezliği, Pulmoner Ödem.
- Enflamatuvar: Üremik Perikardit, Perikardiyal Efüzyon.
- Ritim: Aritmiler (Atriyal/Ventriküler fibrilasyon).

7. Kemik ve Mineral Metabolizması

Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidizm, β_2 -mikroglobulin ile ilişkili amiloidoz, D vitamini metabolizması bozuklukları ve artrit görülebilir.

8. Endokrin ve Metabolik Sistem

- Metabolik: Hiperlipidemi, Glukoz İntoleransı, Hiperürisemi, Protein-Enerji Malnütrisyonu.
- Endokrin: Sekonder Hiperparatiroidizm, Hipogonadizm, Jinekomasti.
- Cinsel İşlev: Erektile Disfonksiyon, Libido Kaybı, Amenore

9. Psikiyatrik ve Psikososyal Durum

- Duygudurum: Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, İrritabilite.
- Uyku: İnsomnia, Uyku Apnesi, Sirkadiyen Ritim Bozukluğu.
- Diğer: Sosyal İzolasyon, Tedaviye Uyumsuzluk (Tayaz & Koç, 2020:148; Akpolat & Utaş, 2019:4)

Hemodiyaliz, kandaki atık maddelerin vücut dışına çıkarılması anlamına gelir ve damardan alınan kan, diyalizör adı verilen sentetik bir filtreden geçirilmesini içerir. Kan, vücuda geri gönderilmeden önce diyalizörde temizlenir, bu nedenle diyalizör “yapay böbrek” olarak da adlandırılır. Bu işlem, kanı devre içinde pompalayan, antikoagülan ilave eden ve temizleme sürecini düzenleyen diyaliz makinesi tarafından kontrol edilir (Mehmood, Ali, Zahra, & Ashraf, 2019: 46)

Türk Nefroloji Derneği’nin kayıt sistemindeki 2024 yılı verileri doğrultusunda, yıl sonunda toplam 92.461 hastanın RRT’lerinden birini kullandıkları bildirilmiştir. RRT uygulanan hasta sayısı gün geçtikçe artış göstermektedir. En sık uygulanan RRT yöntemi Hemodiyaliz (Merkez ve Ev HD toplamı n=65.068) olup, bunu böbrek transplantasyonu (n=23.520) takip etmektedir; periton diyalizi (n=3.873) ise üçüncü sırada gelmektedir (Ateş, Seyahi & Koçyiğit, 2024:3)

Diyaliz tedavisi alan hastalarda görülen fiziksel semptomların incelendiği sistematik derlemede yorgunluk, nefes darlığı, ağrı, kaşıntı, huzursuz bacaklar, cinsel işlevde azalma, uyku bozuklukları, bilişsel bozukluk, anksiyete ve depresyon gibi çok sayıda ciddi ve eşzamanlı fiziksel ve psikolojik semptomlar bildirdiklerini ortaya koymuştur (Sousa ve ark. 2024: 35).

Semptomların kronikleşmesi ve birbirini alevlendirmesi, hastaları giderek artan bir kısıtlılık ve bağımlılık döngüsüne sokar. Bu durum, yalnızca fiziksel aktiviteyi değil, sosyal yaşamı da sekteye uğratar. Hemodiyaliz hastalarının hem tedavi rejimine hem de ilgili semptomlara adaptasyonunu kolaylaştırmak için multidisipliner ekip içinde etkili iş birliği şarttır. Bu bağlamda hemşireler çok önemli bir konuma sahiptir; hastalarla uzun süreli etkileşimleri, adaptasyon sürecini doğrudan gözlemlemelerine ve sürekli olarak değerlendirmelerine olanak tanır (Karabey & Karagözoğlu, 2021:24).

Semptom Yönetimi

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların semptomlarının erken dönemde saptanması ve yönetiminde uygulanacak olan hemşirelik girişimleri kilit rol oynamaktadır. Semptom yönetiminin dikkatli bir şekilde yapılmasıyla hastaların yaşam kalitesi arttırılabilir (Karabey & Karagözoğlu, 2021:24).

Yorgunluk

Yorgunluk, öznel ifade olup, halsizlik, enerji eksikliği ve bitkinlik hissidir. Lee ve ark. bunun, bir ucunda bitkinlik ve yorgunluk, diğer ucunda ise enerji ve canlılık bulunan bir süreklilik üzerinde yer aldığı şeklinde kavramsallaştırılabileceğini öne sürmüştür (Lee, Hicks, & Nino-Murcia, 1991: 292).

Yorgunluk, diyaliz tedavisi gören hastaların yaşadığı, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur. Kronik diyaliz

hastalarının %60-%97'si yorgunluktan muzdarip olduğu görülmüştür (Weisbord ve ark. 2005:2488; Chang ve ark. 2001:480). KBH sürecinde ortaya çıkan Yorgunluğun nedenleri karmaşık ve çok faktörlüdür ve üremi, anemi, inflamasyon, sıvı değişimleri ve metabolik süreçlerle ilişkili olabilir. Özellikle hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde bu durumun, günlük yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamı ve genel yaşam kalitesini ciddi düzeyde olumsuz etkilediği çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur.

Yorgunluğa yönelik girişimlerin uygulanması, fizyolojik değişimlerin izlenmesi ve semptom yönetimine hasta ile ailesinin dâhil edilerek yaşam kalitesinin artırılması, hemşirenin en temel görevleri arasında yer almaktadır (İlter& Ovayolu, 2022:83).

Hemşirelik Bakımı

- Yorgunluğun potansiyel nedenleri çok faktörlü olduğundan her hasta için detaylı değerlendirilmelidir. Farmakolojik tedavinin şekli, sıklığı ve süresi dikkate alınmalıdır. Özellikle anemi için kullandığı demir preparatlarının ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirilmelidir. Yan etkileri konusunda uyarılmalıdır.
- Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (Tayaz & Koç, 2020: 1150).
- Beslenmede protein miktarında alıma dikkat çekilmelidir (albümin, diyet). Terapötik egzersiz (örneğin nefes egzersizi, aerobik egzersiz), alternatif ve tamamlayıcı tıp (akupresür, Çin bitkisel tıbbı ve akupunktur) yöntemleri ile yorgunluğu azalttığı bilinmektedir (Astroth, Russell & Welch, 2013: 415).
- Psikososyal (psikoterapi, bilişsel yeniden yapılandırma, başa çıkma stratejileri, stres yönetimi gibi psiko-eğitim) yönden desteklenmelidir.

- Hastaya semptom yönetimi/beslenme konusunda eğitim verilmelidir.
- Diyaliz sonrası istirahat etmesi sağlanmalıdır. Günlük aktiviteleri planlanırken enerjisinin durumuna göre hareket etmesi anlatılmalıdır (Tayaz & Koç, 2020:1150; Natale ve ark. 2023:11; Jhamb ve ark. 2008:5).
- Hemodiyaliz işlemi esnasında yapılan 30 dakika ayak refleksolojisinin, hastalarda yorgunluğu, ağrıyı, kas kramplarını anlamlı şekilde azalttığı tespit edilmiştir (Özdemir, Ovayolu & Ovayolu,2013: 266).

Kaşıntı

KBH'a bağlı kaşıntı, KBH ve SDBY olan kişilerde sıklıkla görülür ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Üremik kaşıntı, başka nedenlere bağlanamayan ve lokalize veya yaygın olabilen kaşıntı ile karakterize edilir. Üremik kaşıntı, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler, uykuyu etkiler ve kötü klinik sonuçlara ve tedaviye uyumsuzluğa yol açar. Ayrıca, üremik kaşıntı, tedaviye uyumsuzluk ve daha kötü klinik sonuçlarla ilişkilidir (Osakwe & Rout, 2024)(Osakwe & Rout,2025). Üremik kaşıntının bildirilen prevalansı %18 ile %98 arasında değişmekte olup, genel prevalansı %55'tir (Hu ve ark., 2018:1). Altta yatan patojenik mekanizması belirsizliğini korumaktadır. Histamin, paratiroid hormonu (PTH), magnezyum ve kalsiyum, patogeneziyle ilişkilendirilmiştir.

Diyaliz tedavisi sırasında serum kalsiyum ve fosfat seviyelerinin yönetilmesinin yanında, özellikle nemlendirme olmak üzere cilt bakımı, üremik kaşıntının yönetimi için çok önemlidir. Üremik kaşıntı için topikal tedavi olarak nemlendiriciler, γ -linoleik asit kremi, topikal analjezikler önerilmektedir. Oral yolla alınan antihistaminikler hafif ve orta şiddetli kaşıntılarda etki gösterdiği

fakat ciddi vakalarda etkili olmadığı görülmüştür (Verduzco & Shirazian, 2020: 1388; Osakwe & Rout,2025).)

Hemşirelik Bakımı

- Hastanın cildi pullanma, nem, lezyon yönünden değerlendirilerek gerekli önlemler alınır.
- El tırnaklarının oval, ayak tırnaklarının kısa ve düz kesilmesi, kaşımadan mümkün olduğunca uzak durulması gerektiği anlatılır.
- Cilde kaşıntıyı azaltan antihistaminikli ve nemlendirici kremlerle masaj yapılması öğütlenir.
- Banyo suyu sıcaklığının kaynar olmamalı, aksine ılık olmalıdır. Haftada 2-3 defadan fazla banyo yapılmamalı, banyo sonrası mutlaka nemlendirmesi söylenir.
- Parfümlü sabun, deterjan, yumuşatıcı kullanımından sakınması istenir. Hipoalerjik temizleyici, losyon, krem ve temizlik ürünleri kullanması konusunda bilgilendirilir.
- Giyim kuşamda dar, naylonlu, yünlü kıyafetlerden sakınması istenir, Terlemeden kaçınmak için özellikle gece yatarken pamuklu, rahat, bol pijama/gecelik tercih edilmesi önerilir.
- Bol baharatlı, ekşili, acılı yiyeceklerin kaşıntıyı arttırmasından dolayı beslenmeden kaçınması gerektiği hatırlatılır.
- Non farmakolojik yöntemler olan akupunktur, akupresür, Çin bitkisel tıbbi gibi yöntemleri kullanımının hakkında bilgi verilir (Akdemir & Birol, 2005: 545; Kavurmacı & Tan, 2015: 60; Tayaz & Koç, 2020:1150).

Dispne

Dispne, genellikle nefes darlığı veya nefes alamama olarak bilinen hastalar tarafından öznel olarak bildirilen yaygın ve sıklıkla rahatsız edici bir semptomdur. Diyete uymamaya bağlı görülen ciddi hiperkalemi, solunum kaslarını etkileyerek akut solunum yetmezliği riskini artırır. Aynı şekilde, uzun süre diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda da görülen ağır hipofosfatemi (<0.5 mg/dl) doku oksijenlenmesini engelleyerek solunum yetmezliği yaratabilir. Hiperkaleminin acil tedavisi ve hipofosfatemide intravenöz fosfat uygulaması hayati önem taşır. Ayrıca solunum yetmezliği yaşayan hastalara aşırı karbonhidrat verilmesi mevcut durumu daha da ağırlaştırabilir. Hastaların beslenme yönetimi dikkatle şekilde yapılmalıdır (Oymak, 2019:3; Coccia ve ark.,2015:1).

Hemşirelik Bakımı

- Dispnenin etiyolojisi öğrenilerek, semptomları hafifletmesi üzerinde durulmalıdır.
- Hastalara derin solunum ve büyük dudak egzersizleri öğretilerek akciğer ventilasyonunu arttırılarak dispne sıklığı azaltılıp, yaşam kalitesi arttırılmalıdır.
- Solunumun frekansı, derinliği, duyulan akciğer sesleri izlenir
- Oksijenlenmedeki azalmanın takibi için arteriyel kan gazı ve pulse oksimetreyle oksijen satürasyonu takip edilir.
- Ekspirasyon süresini arttırmak ve solunumun hızını yavaşlatmak için spirometre kullanımı öğretilir.
- Hastaya dispneyi azaltmak, gaz değişimini düzenlemek için uygun bir pozisyon (Örneğin Fowler pozisyonu) verilir, yatak başı yükseltilir

- Hipokseminin belirtileri izlenerek, hastaya uygun onu yormayacak aktiviteler planlanır.
- Doktorun istemi doğrultusunda önerilen inhaler ilaçların doğru kullanımı hastaya öğretilir, bu tedaviye ağız bakımı rutininin dahil edilmesi önerilir.
- Non farmakolojik yöntemlerden masaj veya akupunktur gibi yöntemlerle dikkat başka yöne çekilmeye çalışılır (Uysal,2010:17; Hui ve ark. 2021:1395; Tayaz & Koç, 2020:1150).

Uyku Düzeninde Bozulma

Uzun süreli hemodiyaliz tedavisi gören SDBY hastalarında uyku bozukluğu yaygındır. Hemodiyaliz hastalarında en sık bildirilen uyku şikayetleri uykusuzluk, huzursuz bacak sendromu, uyku apnesi ve aşırı gündüz uyuklamasıdır. Kötü uyku kalitesi, yaşam kalitesinin azalması, morbiditenin artması ve mortalitenin artması ile ilişkilendirilmiştir. Komorbiditeler, üremiye bağlı faktörler (örneğin, üremik toksinler veya asit-baz bozukluğu), anemi ve değişmiş melatonin metabolizması gibi patofizyolojik faktörlerin hemodiyaliz hastalarında uyku bozukluğuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark., 2013:1469). Hastalar, hareket kısıtlılığı ve artan vücut sıcaklığı nedeniyle tedavi sırasında sıklıkla uyukladıkları için, diyaliz tedavisinin kendisi hastaları uykulu olmaya yatkın hale getirebilir (Parker ve ark.,2003:394).

Hemşirelik Bakımı

- Son zamanlarda, farmakolojik olmayan girişimlerin (bilişsel davranışçı terapi [BDT], akupunktur, egzersiz, parlak ışık tedavisi vb.) primer insomni üzerinde olumlu etkileri olduğuna ve daha az yan etkiye sahip olduklarına dair artan kanıtlar bulunmaktadır (Yang ve ark., 2015:70).

- Uykusuzluk nedenleri belirlenip, gerekli takipler yapılır.
- Hastanın uyku alışkanlığı belirlenip, günlük yaşam aktiviteleri planlaması ona göre yapılır.
- Hastanın uyuduğu ortamın sessiz, karanlık olmasına dikkat edilmelidir.
- Hastanın diyaliz esnasında ve gündüz uyumalarının önüne geçilerek uyku saatlerini geceye çekmesi sağlanır (Merlino ve ark. 2006:189; Yang ve ark.,2015:70).

Bulantı-Kusma

Bulantı, mideye rahatsızlık veren bir hisken, kusma mide içeriğinin zorla dışarı atılmasıdır. Hemodiyaliz tedavisi hastalarda sıklıkla bulantıya sebep olur. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda, bulantı sıklığının farklı oranlarda değiştiği görülmüş olup, bu oranlar %18,2 (102), %23,9 (103), %34 (104), %41 (4) ve %43,3 (1) arasındadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda bulantıya yol açan başlıca faktörler hipotansiyon, diyaliz dengesizlik sendromu, obezite ve anksiyetedir (Hintistan & Deniz ,2018: 114).

Hemşirelik Bakımı

- Bulantının başlama zamanı, sıklığı, şiddeti, arttıran ve azaltan faktörleri anlamasını sağlanmalıdır.
- Antiemetik ilaç tedavisini doğru zamanda ve uygun dozda kullanımın önemi açıklanır.
- Besin alımı ve sıvı tüketiminin kontrollü olması gerektiği anlatılmalıdır.
- Kilo kaybetmesine sebep olabilecek sebepler açıklanmalıdır (susuzluk hissi, ağız kuruluşuna bağlı yutma güçlüğü, mukozit ve tat duyusunda değişiklikler

- Ağız hijyeninin düzenli yapılarak, ağızda kötü tat ve kokunun giderilmesi sağlanmalıdır. Ferahlatıcı olması sebebiyle ksilitollü sakız kullanımını önerebilir
- Bulantıyı azaltmak için açık hava yürüyüşü, progresif kas gevşeme uygulamaları, derin nefes egzersizi, müzik terapi, dikkat dağıtma teknikleri ve müzik terapisi gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin etkili olduğu anlatılmalıdır.
- Fiziki çevrede bulunan kötü kokunun uzaklaştırılması ve ortamın havalandırılması önerilir (Sarımehmet, 2020:36).

Ağrı

Ağrı; gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili ya da bu hasar temelinde tanımlanan, hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir. Ağrı, her zaman öznel bir deneyim olup biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimiyle şekillenir. Ağrı, en sık bildirilen semptomlardan biridir ve sondönem böbrek yetmezliği hastalarının %58'inden fazlasını etkilediği tahmin edilmektedir. Bu hastaların %49'unda ağrı orta ila şiddetli yoğunluktadır. Kapsamlı bir biçimde ağrıyı değerlendirmek, fiziksel ve fiziksel olmayan bileşenlerin eş zamanlı olarak ele alınmasını gerektirir (Koncicki ve ark., 2015:1).

Ağrıyı değerlendirmek için en basit yaklaşım, hastaya ağrısı olup olmadığını sormaktır. Ancak, yalnızca hastanın cevabına güvenmek yeterli değildir. Ağrı değerlendirmesinde ağrının tipi, şiddeti, ne sürede devam ettiği, tetikleyen faktörleri değerlendirmek gerekir. Hastanın öznel ifadeleri, ağrı değerlendirmesinde kullanılan ölçekler için temel bir öneme sahiptir. Ağrı değerlendirme araçları, sağlık profesyonellerinin öznel bir olguyu nesnel terimlere dönüştürmelerine ve ağrı yönetimi müdahalelerini bilgilendirmelerine ve değerlendirmelerine yardımcı olur. Sağlık

profesyonelleri tarafından kullanılmak üzere yıllar içinde doğrulanmış çeşitli ağrı değerlendirme araçları veya ağrı ölçekleri vardır. Bunlar arasında Görsel Analog Ölçek (VAS), Sözel Tanımlayıcı Ölçek (VDS), Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS), Yüz Ağrı Ölçeği ve Yüz Ağrı Ölçeği-Revize (FPS-R) yer almaktadır. Kontrol edilemeyen ağrı, yeniden yatış oranlarının artması ve diğer durumlarda daha uzun hastanede kalış süreleri yoluyla sağlık hizmetlerinin kullanımının artmasına neden olur (Aziato ve ark., 2015: 2).

Orta veya şiddetli ağrıları olan diyaliz ve SDBY hastalarında depresyon, uykusuzluk, sinirlilik, stresle başa çıkamama, hastalığın yükünün artan algısı, sosyal desteğin azalan algısı ve yaşam memnuniyetinin azalması daha yaygındır. Ağrısı olan diyaliz hastaları, ağrısı olmayanlara kıyasla Ağrısı olmayanlara kıyasla, ağrısı olan diyaliz hastaları diyalizden çekilmeyi üç kat daha fazla düşünmektedir, bu da yaşam kalitesinde bir düşüşü yansıtıyor olabilir (Davison & Jhangri, 2010: 478; Koncicki ve ark., 2015:1).

Hemşirelik Bakımı

- Hemşirelerin hastanın yaşadığı ağrıyı doğru şekilde değerlendirerek etkili biçimde yönetmeleri gerekmektedir.
- Ağrıya neden olan etmenler belirlenmelidir. Hemşire hasta ve yakınlarıyla detaylı bir anamnez alıp, doktor tarafından istemi yapılan tedavileri zamanında uygulamalıdır.
- Hasta yakınlarının da ağrı yönetim sürecine dahil olması sağlanmalıdır
- Durumuna göre uygulanacak olan sıcak ve soğuk uygulamalar hastaya anlatılmalıdır (Tayaz & Koç, 2020: 153)

- Her diyaliz seansı esnasında hastanın ağrısı, ağrı değerlendirme araçlarıyla puanlanmalı, ağrının tipi, şiddeti, yeri kaydedilmelidir. Tespit edilen bulgulara göre uygun hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (Atik ve ark., 2016:1491).
- Farmakolojik olmayan seçeneklerden psikososyal veya davranışsal temelli müdahalelerden (örneğin: bilişsel davranışçı terapi [BDT], kabul ve bağlılık terapisi, gevşeme, müzik terapisi, farkındalık) fiziksel odaklı müdahalelere (örneğin: egzersiz, fizik tedavi, yoga, akupunktur, elektriksel stimülasyon) gibi teknikler hakkında bilgi verilerek, hasta yönlendirilmelidir (Roy ve ark., 2020:4).
- Farmakolojik uygulama olarak idokain gibi lokal anesteziklerin ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların arteriyovenöz fistül, kas-iskelet sistemi ve nöropatik ağrı gibi durumlarda ağrının azaltılmasını sağlamaktadır. Ağrı yönetiminde üç basamaklı bir analjezik yaklaşım önermektedir. Bu yaklaşıma göre, ilk basamakta non-opioid ilaçlar kullanılmakta, ikinci basamakta zayıf opioidlerin eklenmesiyle tedavi genişletilmekte ve yeterli ağrı kontrolü sağlanamadığında üçüncü basamakta güçlü opioidler tercih edilmektedir (Roy ve ark., 2020:4; Raina, Krishnappa & Gupta, 2018:291)
- Analjezik uygulaması sonrası ağrının durumunun takip edilmesi gerekmektedir.

Kas Krampları

Hemodiyaliz hastalarının en sık yaşadığı fiziksel belirti, diyaliz seansları sırasında ve seanslar arasında sıklıkla ortaya çıkan kas kramplarıdır. Kas kramplarının hastaların %55–60'ında

görüldüğü bildirilmiştir. Kas krampları, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların deneyimlediği yedi temel semptomdan biridir. Kramplar en sık bacaklarda görülmekle birlikte; kol, el ve karın kaslarını da etkileyebilmektedir (Mohmadi ve ark., 2016: 557; Oliver, Edwards, & Churchill, 2001:158)

Bu durum yaşamı tehdit eden bir tablo olmamakla birlikte, hasta açısından oldukça rahatsız edicidir ve çoğu zaman hemşirelerin hastaları planlanandan daha erken diyaliz makinesinden ayırmak zorunda kalmasına neden olmaktadır. Bu durum, hastalar için diyaliz kalitesinin düşmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Yetersiz diyaliz nedeniyle bu hastaların birçoğu ciddi klinik sorunlar yaşamakta ve hastaneye yatırılmakta, bu da sağlık sisteminin iş yükünü artırmaktadır. Ayrıca bu durum, diyaliz sürecinin hastalar için olumsuz bir deneyim hâline gelmesine ve hastaların diyaliz programını bırakmasına neden olabilmektedir (Mohmadi ve ark., 2016:557)

Hemşirelik Bakımı

- Hemodiyalizden kaynaklanan kas kramplarını azaltmak için tercih edilen tedavi genellikle E vitamini alımıdır. Ancak E vitamini, bu hastalarda kullanılan heparin gibi antikoagülanlarla etkileşime girer ve çoğu ilaç metabolitinin böbrekler yoluyla atıldığı göz önüne alındığında, bu hastalarda ilaç toksisitesi riskini artırır. Bu nedenle, ilaçların yan etkileri, aile ekonomisine getirdiği maliyetler ve sağlık üzerindeki etkiler nedeniyle, ilaç dışı tedavilerin uygulanması düşünülmektedir (Raymond & Wazny,2011:20)
- Non farmakolojik bir yöntem olan akupresür merkezi sinir sistemindeki aracı nöronları serbest bırakabilir, kas metabolizmasını iyileştirebilir, kas kramplarının neden olduğu ağrıyı azaltabilir ve hastaları rahatlatılabilir (Arab,

Shariati, Bahrami, Asayesh, & Vakili, 2012)(Arab ve ark., 2012: 238).

- Kramp yaşayan hastalara yapılan masajın da hastaların ağrısını hafiflettiği, hastayı sakinleştirip rahatlattığı çalışmalarda bildirilmiştir (Ünal & Akpınar, 2016:140; Parlak & Akgün-Şahin,2024:407)
- Diyaliz boyunca sodyum konsantrasyonunun aşamalı olarak azaltılması önerilmektedir (Noordzij ve ark.,2007:2945).

Deliryum

Deliryum, öncelikle bilişsel, algısal ve duyuşsal bozukluklar, uyanıklık, uyku/uyanıklık döngüsü ve psikomotor davranışta bozulmalarla kendini gösteren, tıbbi bir etiyolojiye bağlı karmaşık bir nöropsikiyatrik sendromdur (Pae ve ark. 2008:387). SDBY yaşayan hastaların kanındaki atık ürünlerin artması veya sıvı elektrolit dengesizliğine sonucunda gelişmektedir. Deliryumda tanının kesinleştirilmesi için klinik belirtilerin izlenmesi ve dikkatli biçimde gözlem gerekmektedir. Deliryumdaki belirti bulgular hastanın hastalığına özgü olmamaktadır. Bu nedenle duyuşsal ve bilişsel alandaki değişimlerin yakından takip edilmesi durumun erken fark edilmesini sağlar. Deliryum ayrıca depresyon veya anksiyeteye karışabildiği için tanı konulup, yönetimi güç olabilmektedir. Deliryumun hızlı tanınarak, doğru müdahalelerin yapılması, hastanın ve yakınlarının yaşam kalitesini arttırmaya katkı sağlar (Durmaz Akyol, 2013:34).

Hemşirelik Bakımı

- Hastadan bireye ve çevreye yönelik detaylı bir öykü alınmalıdır.

- Deliryumda hastanın bulunduğu yere, etrafındaki kişilere ve içindeki zamana yönelik oryantasyonu günlük yapılmalıdır.
- Hasta düşmesini engellemek için yatak kenarları kaldırılmalı ve yatak freni kapatılmalıdır.
- Isı, ışık, gürültü seviyesi ve gece-gündüz döngüsünün korunması gibi çevresel değişkenler yakından izlenmeli ve hemşirelik kayıtlarında belgelenmelidir (Tayaz & Koç, 2020:154; Karadas &  zdemir, 2019:140)
- Erken dönemde ve sık mobilizasyon uygulaması yapılmasının deliryumu önlediği yapılan çalışmada bildirilmiştir (Barr ve ark., 2013: 266).
- Beslenme ve hidrasyonun yeterli düzeyde sürdürülmesi, konstipasyonun engellenmesi ve sıvı-elektrolit dengesizliklerinin kontrol altına alınması amaçlanmalıdır
- Uyku döngüsünü normal şekilde tamamlaması önerilir (Tayaz & Koç, 2020:154; Karadas &  zdemir,2019:140)

Sonuc ve  neriler

Sonuc olarak, KBH ve hemodiyaliz tedavisi, bireyleri çok yönlü ve karmaşık bir semptom yüküyle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu durum, hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya, stres düzeylerinde artışa ve hem fiziksel hem de psikososyal açıdan olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin olası semptomlara ilişkin farkındalıklarının artırılması, bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım yaklaşımlarını benimsemeleri ve multidisipliner sağlık ekibi içerisinde aktif bir rol üstlenmeleri büyük önem taşımaktadır.

Bakım sürecinde hastaların sistematik ve sürekli olarak izlenmesi temel bir gerekliliktir. Bununla birlikte, hastalar ve

ailelerinin karşılaşılabilecekleri sorunlar ile bu sorunlarla baş etme yöntemleri konusunda yapılandırılmış eğitim programları aracılığıyla güçlendirilmesi, etkili baş etme becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Nitelikli hemşirelik bakımı, sürekli eğitim ve bireye özgü destek uygulamaları sayesinde hastaların stres ve semptom yönetimi becerileri gelişmekte; böylece tedaviye uyumları artmakta ve genel yaşam memnuniyetleri olumlu yönde etkilenmektedir. Hemodiyalizin yaşam boyu devam eden bir tedavi olması nedeniyle, hemşireler hastalar ve ailelerinin bu kronik sürece uyum sağlamalarında kilit bir rehber rolü üstlenmektedir.

Gelecekte yapılacak araştırmaların, semptom yönetimine yönelik mevcut uygulamalardaki eksiklikleri ortaya koymaya ve farmakolojik olmayan yaklaşımlar da dâhil olmak üzere hemşirelik girişimlerinin hastaların baş etme stratejileri ve problem çözme becerileri üzerindeki etkilerini değerlendirmeye odaklanması önerilmektedir.

Kaynakça

- Akdemir, N., & Birol, L. (2005). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.
- Akpolat, T., & Utaş, C. (2019). Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. T. N. Derneği içinde, *Genel Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* (s. 1-14). İstanbul: Türk Nefroloji Derneği.
- Akyol, A. D. (2013). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastada palyatif bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 31-41.
- Arab, Z., Shariati, A. R., Bahrami, H. R., Asayesh, H., & Vakili, M. A. (2012). The Effect Of Acupressure On Quality Of Sleep In Hemodialysis Patients. *Journal of Uremia Nursing and Midwifery Faculty*, 10(2), 237–247.
- Astroth, K. S., Russell, C. L., & Welch, J. L. (2013). Non-pharmaceutical fatigue interventions in adults receiving hemodialysis: a systematic review. *Nephrol Nurs J.*, 40(5), 407-427.
- Ateş, K., Seyahi, N., & Koçyiğit, İ. (2024). *Türkiye'de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon registry 2024*. Ankara: BAYT Bilimsel Arş. Basın Yayın Tanıtım Ltd. Şti.
- Atik, D., Karatepe, H., Karatepe, C., Demir, S., Çınar, S., & Sökmen, S. (2016). The effect of gender on complications, pain intensity, and pain management in hemodialysis patients . *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(5), 1490–1495. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20161216.
- Aziato, L., Dedey, F., Marfo, K., Asamani, J. A., & Clegg-Lampsey, J. N. (2015). Validation of three pain scales among adult

- postoperative patients in Ghana. *BMC Nursing*, 14(42), 1-9. doi:10.1186/s12912-015-0094-6.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., . . . R, M. A. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41, 263–306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Chang, W. K., Hung, K. Y., Huang, J. W., Wu, K. D., & Tsai, T. J. (2001). Chronic fatigue in long-term peritoneal dialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 21, 479–485. doi:10.1159/000046652.
- Coccia, C. B., Palkowski, G. H., Schweitzer, B., Motsohi, T., & Ntusi, N. A. (2016). Dyspnoea: Pathophysiology and a clinical approach. *South African Medical Journal*, 106(1), 32-36. doi:10.7196/samj.2016.v106i1.10324
- Davison, S. N., & Jhangri, G. S. (2010). Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, 477–485. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.08.008.
- Esatoğlu, D. (2023). *Son dönem böbrek yetmezliği olan, periton ve hemodiyaliz alan hastalarda seçilmiş faktörler ve sosyodemografik özellikler ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi)*. İzmir : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi.
- Hintistan, S., & Deniz, A. (2018). Evaluation of symptoms in patients undergoing hemodialysis. *Bezmialem Science*, 6, 112-118. doi:10.14235/bs.2018.1530
- Hu, X., Sang, Y., Yang, M., Chen, X., & Tang, W. (2018). Prevalence of chronic kidney disease-associated pruritus among adult

- dialysis patients: A meta-analysis of cross-sectional studies. *Medicine (Baltimore)*, 97(21), 1-7. doi:10.1097/MD.00000000000010633
- Hui, D., Bohlke, K., Bao, T., Campbell, T. C., Coyne, P. J., Currow, D. C., . . . Campbell, M. L. (2021). Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 39(12), 1389–1411. doi:10.1200/JCO.20.03465
- İlter, S. M., & Owayolu, Ö. (2022). Hemodiyaliz Hastalarının Yorgunluk Yönetiminde Kanıta Dayalı İntegratif Yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 82 - 88. doi:10.31125/hunhemsire.1102082
- Jhamb, M., Weisbord, S. D., Steel, J. L., & Unruh, M. (2008). Fatigue in patients receiving maintenance dialysis: a review of definitions, measures, and contributing factors. *Am J Kidney Dis*, 52(2), 353-65. doi:10.1053/j.ajkd.2008.05.005
- Karabey, T., & Karagözoğlu, Ş. (2021). Hemodiyaliz Sürecinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. *TOGU Sag Bil Der*, 1(1), 21-29.
- Karadas, C., & Özdemir, L. (2019). Deliryumun yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımlar ve hemşirenin sorumlulukları. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(2), 137–142. doi:10.14744/phd.2019.81994
- Kavurmacı, M., & Tan, M. (2015). Üremik kaşıntı ve hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 57-62. doi:10.17049/ahsbd.82817
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024 Apr;105(4S):S117-S314. doi:

10.1016/j.kint.2023.10.018., 105(4S), 117-314.
doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.

- Koncicki, H. M., Brennan, F., Vinen, K., & Davison, S. N. (2015). An approach to pain management in end stage renal disease: Considerations for general management and intradialytic symptoms. *Seminars in Dialysis*, 28(4), 384-391. doi:10.1111/sdi.12372
- Lee, K. A., & G Hicks, G. N.-M. (1991). Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Research*, 36(3), 291-298. doi:10.1016/0165-1781(91)90027-M
- Levin, A., Tonelli, M., Coresh, J. B., Donner, J.-A., Agnes B Fogo 6, C. S., Gansevoort, R. T., . . . Luyckx, V. A. (2017). Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *Lancet*, 21(390), 1888-1917. doi:10.1016/S0140-6736(17)30788-2.
- Li, H., Xie, L., Yang, J., & Pang, X. (2018). Symptom burden amongst patients suffering from end-stage renal disease and receiving dialysis: A literature review. *Int J Nurs Sci.* , 195, 427-431. doi:10.1016/j.ijnss.2018.09.010
- Mehmood, Y., Ali, I., Zahra, K., & Ashraf, U. (2019). Hemodialysis. *The Professional Medical Journal*, 26(1), 45-50. doi:10.29309/TPMJ/2019.26.01.2511
- Merlino, G., Piani, A., Dolso, P., Adorati, M., Valente, I. C., & Gigli, G. L. (2006). Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 21(1), 184–190. doi:10.1093/ndt/gf
- Mohmadi, K., Shahgholian, N., Valiani, M., & Mardanparvar, H. (2016). The effect of acupressure on muscle cramps in

- patients undergoing hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 21(6), 557-561. doi:10.4103/1735-9066.197684
- Natale, P., Ju, A., Strippoli, G. F., Craig, J. C., Saglimbene, V. M., Unruh, M. L., . . . Jaure, A. (2023). Interventions for fatigue in people with kidney failure requiring dialysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8), 1-435. doi:10.1002/14651858.CD013074.pub2.
- Noordzij, M., Boeschoten, E. W., Bos, W. J., Dekker, F. W., Bossuyt, P. M., Krediet, R. T., . . . Group, N. S. (2007). Disturbed mineral metabolism is associated with muscle and skin complaints in a prospective cohort of dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.*, 22, 2944-9. doi:10.1093/ndt/gfm319
- Oliver, M. J., Edwards, L. J., & Churchill, D. N. (2001). Impact of sodium and ultrafiltration profiling on hemodialysis-related symptoms. *J Am Soc Nephro*, 12(1), 151-156. doi:10.1681/ASN.V121151
- Osakwe, N., & Rout, P. (2024). *Uremic Pruritus Evaluation and Treatment*. Treasure Island: StatPearls Publishing.
- Oymak, S. (2019). (2019). Akciğer Ve Plevra Sorunları, Türk Nefroloji Derneği (Ed.) (292-294), Türk Nefroloji Derneği (Ed.). T. N. Derneği içinde, *Hemodiyaliz Hekşmş El Kitabı* (s. 292-294). Türk Nefroloji Derneği .
- Ozdemir, G., Ovayolu, N., & Ovayolu, O. (2013). The effect of reflexology applied on haemodialysis patients with fatigue, pain and cramps. *J Nurs Pract.*, 19(3), 265-73. doi:10.1111/ijn.12066
- Pae, C.-U., Marks, D. M., Han, C., Patkar, A. A., & Masand, P. (2008). Delirium: underrecognized and undertreated. *Curr*

Treat Options Neurol., 10(5), 386-95. doi:10.1007/s11940-008-0041-x.

Parker, K. P., Bliwise, D. L., Bailey, J. L., & Rye, D. B. (2003). Daytime sleepiness in stable hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 41(2), 394-402. doi:10.1053/ajkd.2003.50049.

Parlak, A. G., & Şahin, Z. A. (tarih yok). The effect of the massage on cramp frequency, cramp severity, and sleep quality of hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Hemodialysis International*, 28(4), 405-418. doi:10.1111/hdi.13169

Raina, R., Krishnappa, V., & Gupta, M. (2018). Management of pain in end-stage renal disease patients: Short review. *Hemodial Int.*, 22(3), 290-296. doi: 10.1111/hdi.12622

Raymond, C. B., & Wazny, L. D. (2011). Treatment of leg cramps in patients with chronic kidney disease receiving hemodialysis. *CANNT J*, 19(3), 19-21.

Roy, P. J., Weltman, M., Dember, L. M., Liebschutz, J., Jhamb, M., & Consortium, H. (2020). Roy PJ, Weltman M, Dember LM, Liebschutz J, Jhamb M; HOPE Consortium. Pain management in patients with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens.*, 29(6), 671-680. doi:10.1097/MNH.0000000000000646

Sarıme Mehmet, D. (2020). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sakız çiğnemenin susama, ağız kuruluğu ve bulantıya etkisinin değerlendirilmesi (Yayımlanmamış doktora tezi)*. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Sousa, H., Ribeiro, O., Aleixo, B., Christensen, A. J., & Figueiredo, D. (2024). Sousa H, Ribeiro O, Aleixo B, Christensen AJ,

- Figueiredo D. (2024) Evaluating the Psychometric Properties of Patient-Reported Outcome Measures for Assessing Symptoms in Hemodialysis: A Systematic Review Using COSMIN Guidelines. *Journal of Pain and Symptom*, 67(1), 34-57. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.09.016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Diyaliz tedavi yöntemlerinin seçimi ve değiştirilmesi klinik protokolü*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Tayaz, E., & Koç, A. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(1), 147-156. doi:10.17049/ataunihem.441384
- Unal, K. S., & Akpınar, R. B. (2016). The Effect of Foot Reflexology and Back Massage on Hemodialysis Patients' Fatigue and Sleep Quality. 24, 2016. . 24, 139-44. doi:10.1016/j.ctcp.2016.06.004
- Uysal, H. (2010). Akut Solunum Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 13-18. doi:10.5543/khd.2010.003.
- Verduzco, H. A., & Shirazian, S. (2020). CKD-Associated Pruritus: New Insights Into Diagnosis, Pathogenesis, and Management. *Kidney Int Rep*, 5(9), 1387-1402. doi:10.1016/j.ekir.2020.04.027.
- Wang, M.-Y., Chan, S.-F., Chang, L.-I., Chen, T.-H., & Tsai, P.-S. (tarih yok). Better sleep quality in chronic haemodialyzed patients is associated with morning-shift dialysis: A cross-sectional observational study. *International Journal of Nursing Studies*. 50(11), 1468–1473. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.02.010

- Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M. J., Levenson, D. J., Peterson, R. A., & Switzer, G. E. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 16(8), 2487-94. doi:10.1681/ASN.2005020157
- Yang, B., Xu, J., Xue, Q., Wei, T., Xu, J., Ye, C., . . . Mao, Z. (2015). Non-pharmacological interventions for improving sleep quality in patients on dialysis: systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 23, 68-82. doi:10.1016/j.smrv.2014.11.005

BÖLÜM 16

STANDART ENFEKSİYON ÖNLEMLERİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

AYLA DİKMEN¹
EBRU EREK KAZAN²

Giriş

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), dünya genelinde hasta güvenliğini tehdit eden en önemli sorunlardan biridir (Berman & ark., 2022: 698; Desiron & ark., 2023: 1013)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu enfeksiyonların her yıl yüz milyonlarca insanı etkileyen, küresel bir sorun haline geldiğini vurgulamaktadır (WHO, 2010). Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centre for Disease Prevention and Control-ECDC)'nin 2018 yılı verilerine göre, 8,9 milyon sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon vakası görülmüş, hastanede yatan her 26 hastadan birinde bu enfeksiyonların geliştiği bildirilmiştir (ECDC, 2018). DSÖ'nün 2022 raporunda ise gelişmiş ülkelerde her 100 hastanın 7'sinde, gelişmekte olan ülkelerde ise her 100 hastanın 15'inde en az

¹ Öğr. Gör., Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-8515-1865

² Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-8386-786X

bir sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon ortaya çıktığı; bu hastaların yaklaşık %10'unda enfeksiyona bağlı mortalitenin görülebileceği belirtilmiştir. Raporda ayrıca kritik birimlerde tedavi gören hastaların enfeksiyon açısından daha yüksek risk altında olduğu ifade edilmektedir (WHO, 2022a). Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar yalnızca hastanede kalış süresinin uzamasına ve maliyet artışına yol açmakla kalmamakta, aynı zamanda gelişen komplikasyonlar nedeniyle hasta ve ailesi üzerinde de önemli bir yük oluşturmaktadır (Nasiri & ark., 2019: 827). Bu enfeksiyonların azaltılması, DSÖ'nün hasta güvenliğini arttırmaya yönelik belirlediği temel hedeflerdendir (Al-Faouri & ark., 2021: 419).

COVID-19 pandemisi ile birlikte hastanelerdeki yoğun hasta akışı, uzun hastanede kalış süreleri ve invaziv işlemlerin artışı enfeksiyon riskini daha da yükseltmiş; enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumun sağlık çalışanları için hayati önem taşıdığı bir kez daha ortaya çıkmıştır (Wang & ark., 2020: 1061). Bu nedenle DSÖ, enfeksiyonların yayılımını engellemede standart enfeksiyon önlemlerini ilk savunma hattı olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022b). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention- CDC) ise standart enfeksiyon önlemlerini, hastanın tanısı veya enfeksiyon durumu gözetilmeksizin tüm hastalara uygulanması gereken temel koruyucu uygulamalar olarak açıklamaktadır (CDC, 2007).

Standart enfeksiyon önlemlerine ilişkin temel ilkelere uyulmaması çapraz bulaş riskini arttırarak, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlara yol açmaktadır. Bu bakımdan hemşireler, diğer sağlık çalışanları ve hemşirelik öğrencileri enfeksiyonların yayılımını azaltmada önemli bir role sahiptir (Alshammari & ark., 2018: 937).

Bu bölümün amacı; standart enfeksiyon önlemlerinin enfeksiyonların nlenmesindeki kritik rolünü açıklamak ve özellikle hemşireler ile hemşirelik ğrencilerinin bu önlemlere uyumunun

önemini vurgulamaktır. Ayrıca bölümde, güncel kanıtlar ışığında enfeksiyon kontrolüne yönelik farkındalığın artırılması ve güvenli bakım uygulamalarının desteklenmesi hedeflenmektedir.

Sağlık Hizmetleri ile İlişkili Enfeksiyonlar

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar, geçmişte “nazokomiyal” veya “hastane enfeksiyonu” olarak adlandırılmıştır. Ancak bu enfeksiyonlar, sağlık hizmeti sunulan tüm kurumlarda gelişebildiğinden, günümüzde “sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar” şeklinde ifade edilmektedir (Kaşıkçı & Akın, 2021).

Yatış sırasında kuluçka döneminde olmayan ve hastaneye yatıştan 48–72 saat sonra ya da taburculuk sonrası 10 gün içinde ortaya çıkan enfeksiyonlar sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır (Mankan & Kaşıkçı, 2015: 11; WHO, 2010). Bu enfeksiyonlar; hastanede yatış süresinin uzaması, bakım maliyetlerinin artması, antibiyotik direnci gelişimi, yaşam kalitesinin azalması ve mortalite gibi ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Berman & ark., 2022: 698; WHO, 2010).

En sık görülen sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyon türleri arasında: Cerrahi alan enfeksiyonları, ventilatör ile ilişkili pnömoni, üriner kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonları ve santral kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları yer almaktadır (Berman & ark., 2022: 695; Potter & ark., 2021: 741). Bu enfeksiyonların gelişiminde yetersiz enfeksiyon kontrol önlemleri ve uygunsuz antibiyotik kullanımı temel risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır (Angeloni & ark., 2023: 2).

Sağlık kurumlarında enfeksiyon önleme ve kontrol uygulamalarının yetersizliği, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların artmasına ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; WHO, 2010). Klinik uygulamalar sırasında patojenlere sık maruz kalan hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri bu açıdan yüksek risk

grubunda yer almaktadır (Angeloni & ark., 2023: 2; Berman & ark., 2022: 696).

DSÖ, standart enfeksiyon önlemlerine uyulmasının kan ve diğer yollarla bulaşan patojenlerin yayılımını önemli ölçüde azalttığını bildirmektedir (WHO, 2022b). Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının enfeksiyonların önlenmesine yönelik standart enfeksiyon önlemleri konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (Putri & Yuniati, 2022: 84). CDC ve DSÖ tarafından yayımlanan kılavuzlarda, enfeksiyon etkenlerinin bulaşmasını önlemeye yönelik önlemler; ve “*standart enfeksiyon önlemleri*” ve “*bulaşa dayalı önlemler*” olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmaktadır (CDC, 2007; Potter & ark., 2021: 1517).

Standart Enfeksiyon Önlemleri

Standart enfeksiyon önlemleri, hastada tanı konmuş veya şüpheli bir enfeksiyon bulunup bulunmadığına bakılmaksızın, patojenlerin hastalara, sağlık çalışanlarına ve diğer bireylere bulaşma riskini azaltmayı amaçlayan temel enfeksiyon kontrol uygulamalarıdır (CDC, 2007; Lopes & ark., 2023: 2). Bu yaklaşım, sağlık hizmeti sunulan tüm ortamlarda her bireyin potansiyel olarak enfekte veya bulaşıcı mikroorganizmalarla kolonize olabileceği varsayımına dayanmaktadır (DeLaune & ark., 2024: 721). Standart enfeksiyon önlemleri; ter dışındaki tüm vücut sıvıları ve salgıların patojen mikroorganizmalar içerebileceği ilkesini esas alır ve bu maddelerle temas ya da temas olasılığı bulunan tüm durumlarda uygulanmalıdır (Berman & ark., 2022: 710; Cardoso & ark., 2021: 2).

Doğru ve tutarlı şekilde uygulanan standart enfeksiyon önlemleri, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde en etkili stratejilerden biri olup; hastalar, sağlık çalışanları ve ziyaretçilerin korunmasında kritik rol oynamaktadır (Alinejad & ark., 2023: 3; CDC, 2024; Yoost & Crawford, 2021: 1463). Bu

nedenle tüm sağlık personelinin klinik uygulamalarında standart enfeksiyon önlemlerine uyması gerekmektedir (DeLaune & ark., 2024: 721).

Temas riski bulunan durumlarda, standart enfeksiyon önlemleri; kan, tükürük, sekresyonlar, dışkı, kusmuk, gözyaşı, anne sütü, beyin omurilik sıvısı, sinovyal, plevral, perikardiyal, periton ve amniyon sıvıları ile meni gibi vücut sıvıları ve salgılarla temas olasılığı olan tüm durumlarda uygulanmalıdır. Ayrıca mukoza zarları ve bütünlüğü bozulmuş cilt, potansiyel bulaş riski taşımaktadır (Berman & ark., 2022: 710; DeLaune & ark., 2024: 721; Taylor & ark., 2023: 925; Yoost & Crawford, 2021: 1461). Enfeksiyon şüphesi bulunan hastalarda veya yüksek bulaşıcılığa sahip patojenlerin varlığı durumunda ise, mikroorganizmaların yayılımını önlemek amacıyla izolasyon önlemlerinin uygulanması gerekmektedir (Berman & ark., 2022: 710; Craven & ark., 2015: 375).

Standart Enfeksiyon Önlemlerine İlişkin Temel İlkeler

CDC ve DSÖ'nün yayınladığı kılavuzlar doğrultusunda (CDC, 2024; WHO, 2022b):

- El hijyeninin sağlanması,
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımı,
- Solunum hijyeni/öksürme kurallarına uyulması,
- Uygun hasta yerleşiminin yapılması,
- Hasta bakım ekipmanlarının ve aletlerinin/cihazlarının uygun şekilde kullanılması, temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi/Ortamın uygun şekilde temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi
- Tekstil ürünlerinin ve çamaşırların dikkatli bir şekilde tutulması

- Güvenli enjeksiyon uygulaması,
- Aseptik tekniğe uyulması,
- Atık yönetimi şeklinde sıralanabilir.

El Hijyeninin Sağlanması

El hijyeni, enfeksiyon kontrolünde en etkili ve temel uygulamadır. Etkin el hijyeninin sağlanması, mikroorganizmaların sağlık çalışanlarının elleri aracılığıyla hastalara, çevreye ve tıbbi ekipmanlara yayılımını engelleyerek, sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonların görülme sıklığını anlamlı düzeyde azaltmaktadır (Berman & ark., 2022: 704; Potter & ark., 2021: 1560; Taylor & ark., 2023: 942).

Sağlık çalışanlarının elleri, hasta ve hasta çevresiyle sürekli temas halinde olduğundan kontaminasyon açısından yüksek risk taşımaktadır. Bu nedenle el hijyeninin doğru zamanda ve uygun teknikle sağlanması, hasta güvenliğinin korunmasında kritik öneme sahiptir (Potter & ark., 2021: 1560). Literatürde, etkili el hijyeni uygulamalarıyla sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonların yaklaşık yarısının önlenebileceği bildirilmektedir (Wahab & Adie, 2021:15).

El hijyeni; sabun ve suyla el yıkama ile alkol bazlı el antiseptiği kullanılarak ellerin ovalanmasını kapsayan genel bir kavramdır. Ellerde gözle görülür kirlenme yoksa alkol bazlı el antiseptiklerinin kullanımı etkili ve pratik bir yöntem olarak önerilmektedir (Potter & ark., 2021: 1560). Ellerde bulunan mikroorganizmalar kalıcı (normal) ve geçici flora olarak iki grupta ele alınmaktadır. Kalıcı flora cildin derin tabakalarında yer almakta ve genellikle zararsız olmakla birlikte uygun koşullarda enfeksiyona yol açabilmektedir. Geçici flora ise temas yoluyla ellere bulaşan ve uygun el hijyeni uygulamalarıyla kolaylıkla uzaklaştırılabilen mikroorganizmalardan oluşmaktadır. El hijyeninin temel hedefi,

özellikle geçici floranın etkin biçimde uzaklaştırılmasıdır (Berman & ark., 2022: 698).

El hijyeni uygulamaları; sosyal el yıkama, tıbbi el yıkama, alkol bazlı el antiseptiği kullanımı ve cerrahi el asepsisi olmak üzere farklı teknikleri kapsamaktadır. Uygun tekniğin seçimi, yapılan işlemin türüne ve bulaşma riskine göre belirlenmelidir (Potter & ark., 2021: 1560).

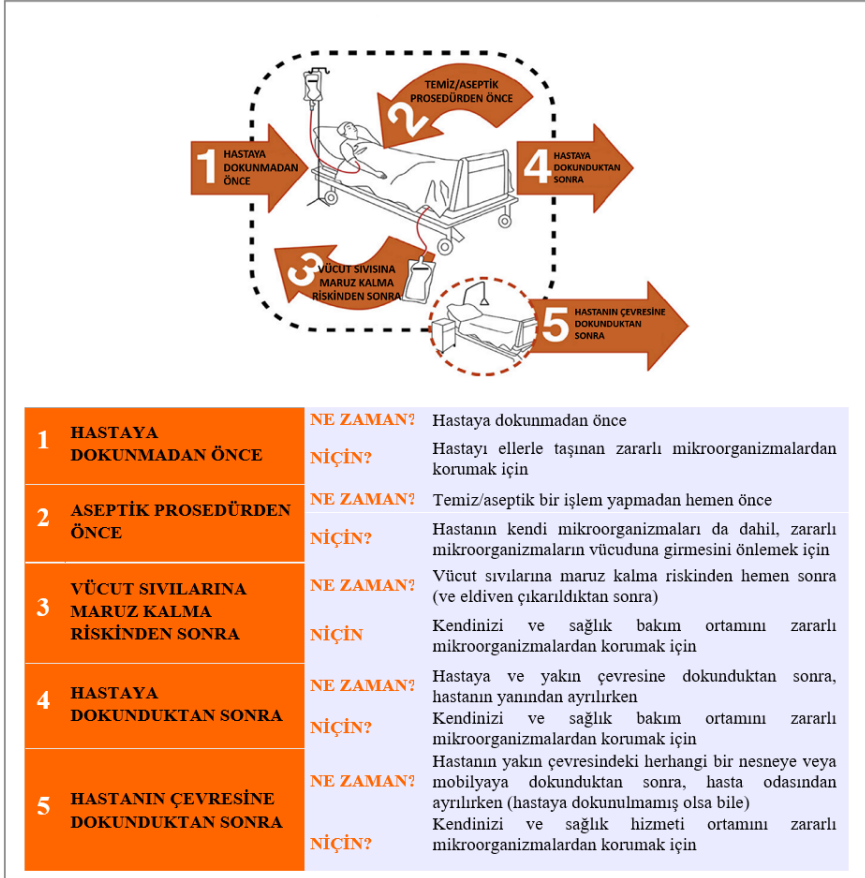
Sosyal el yıkama, mikroorganizmaların ellerden mekanik olarak uzaklaştırılmasını amaçlayan temel bir hijyen uygulamasıdır. Antimikrobiyal özelliği olmayan sabunla ellerin tüm yüzeylerinin köpürtülerek ovalanması ve ardından ılık suyla durulanması esasına dayanır (CDC, 2024). Etkinlik için ellerin en az 15–20 saniye süreyle, avuç içleri, el sırtı, parmak araları ve tırnak altları dahil olmak üzere tüm bölgeleri kapsayacak şekilde ovulması önerilmektedir (CDC, 2007; Potter & ark., 2021: 1602).

Sosyal el yıkama; yemek öncesinde, tuvalet kullanımından önce ve sonra, eller gözle görülür şekilde kirlendiğinde, kirli yüzeylere veya ortak kullanılan nesnelere temas sonrası, ayrıca öksürme, hapşıрма ve burun silme sonrasında uygulanmalıdır (CDC, 2024; Potter & ark., 2021: 1602).

Tıbbi el yıkama, sosyal el yıkamadan farklı olarak antibakteriyel etkili ajanlar (ör. klorheksidin, iyodoforlar) kullanılarak gerçekleştirilen ve mikroorganizma yükünü azaltmayı amaçlayan bir uygulamadır. Etkinlik için ellerin tüm yüzeylerinin en az 15–20 saniye süreyle, uygun friksiyonla yıkanması önerilmektedir (CDC, 2024; WHO, 2009). Yıkama süresi ve uygulamanın kapsamı, ellerdeki kirlenme düzeyi ve gerçekleştirilen klinik işlemin niteliğine göre değişebilmektedir (CDC, 2024). Bu uygulamada el içi ve sırtı, parmak araları, başparmaklar, avuç içi ve bileklerin dikkatle temizlenmesi esastır (WHO, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan “El Hijyeninin 5 Anı”, klinik uygulamalarda sağlık çalışanlarına rehberlik eden temel bir çerçeve sunmaktadır (Bkz. Şekil 1).

Şekil 1 El Hijyeninin 5 Anı



Kaynak: WHO, 2009

El antisepsisinin sağlanması, sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde temel uygulamalardan biridir. Çoklu antibiyotik direncine sahip patojenler kolonizasyon ve enfeksiyonların başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (Potter & ark., 2021: 1561). Alkol bazlı el antiseptikleri; gram-pozitif ve gram-

negatif vejetatif bakteriler, *MRSA*, *VRE*, *Mycobacterium tuberculosis*, birçok mantar ve zarflı virüslere karşı hızlı ve güçlü mikrop öldürücü etki göstermektedir (CDC, 2002). Buna karşılık zarfsız virüsler ve spor oluşturan bakteriler alkole daha dirençlidir; *C. difficile* şüphesinde antimikrobiyal sabun ve su ile el yıkama tercih edilmelidir (Potter & ark., 2021: 1561; Taylor & ark., 2023: 92; Wilkinson & ark., 2016: 523).

Alkol bazlı el antiseptikleri, sabun ve suya kıyasla patojenleri daha hızlı elimine etmekte, daha az cilt tahrişine yol açmakta ve daha kısa sürede uygulanabilmektedir (CDC, 2007; Potter & ark., 2021: 1561). Antiseptik ile el hijyeni sağlandıktan sonra ek bir el yıkama gerekmemektedir (CDC, 2007). Uygulama tekniğinin yetersiz olması durumunda elin bazı bölgelerinin yeterince temizlenemediği gösterilmiştir (Petrova & ark., 2024: 5).

Cerrahi el yıkama, ameliyat öncesinde ellerde bulunan geçici mikroorganizmaların uzaklaştırılmasını ve kalıcı cilt florasının en aza indirilmesini hedefleyen bir enfeksiyon kontrol uygulamasıdır. Eller, antimikrobiyal özellikte bir ajan kullanılarak belirli bir süre ve uygun teknikle yıkanır ve işlem sonrasında steril eldiven giyilir. Bu yöntem, eldiven altında mikroorganizma çoğalmasını azaltarak, eldivenin hasar görmesi durumunda dahi cerrahi alana bakteri geçişi riskini düşürmektedir (CDC, 2002; Potter & ark., 2021: 1616).

El yıkamanın etkinliğini artırmak ve mikroorganizma geçişini önlemek için uygulama sırasında belirli ilkelere uyulması gerekmektedir. El yıkama sürecinde lavabo ve musluk yüzeyleriyle doğrudan temasın önlenmesi, suyun tercihen ılık olması ve ellerin dirsek seviyesinin altında tutulması önerilmektedir (Berman & ark., 2022: 704). Sabunlama sırasında ellerin tüm yüzeyleri yeterli süreyle köpürtülmeli; tırnak altları, parmak araları ve el sırtları dikkatle temizlenmelidir. Mikroorganizmaların birikimini önlemek amacıyla tırnaklar kısa tutulmalı, takma tırnak, oje, yüzük ve saat gibi aksesuarlar klinik ortamda kullanılmamalıdır. Yıkama sonrasında

ellerin tek kullanımlık materyallerle dirsekten aşağı doğru kurulması ve musluğun kâğıt havlu yardımıyla kapatılması önerilmektedir. Bu uygulamalar, el hijyeninin etkinliğini artırarak enfeksiyon riskinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (DeLaune & ark., 2024: 716; Potter & ark., 2021: 1561; Taylor & ark., 2023: 942; Yoost & Crawford, 2021: 1476).

Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) Kullanılması

Kişisel koruyucu ekipmanlar (KKE), sağlık çalışanlarını ve hastaları enfeksiyon etkenlerinden korumak ve bulaşmayı önlemek amacıyla kullanılan temel enfeksiyon kontrol araçlarıdır. Hasta bakımında kan, vücut sıvıları, salgılar veya dışkı ile temas ya da sıçrama riski bulunan durumlarda KKE kullanımı zorunludur (CDC, 2014).

Eldiven, maske, önlük ve koruyucu gözlük/yüz siperliği gibi ekipmanlar, sağlık çalışanı ile hasta arasında koruyucu bir bariyer oluşturarak patojenlerin yayılımını azaltmaktadır (CDC, 2014; Yoost & Crawford, 2021: 1484). KKE'nin doğru zamanda giyilmesi, uygun şekilde çıkarılması ve gerektiğinde değiştirilmesi; cilt, üniforma ve çevresel kontaminasyonun önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir (CDC, 2007; Reddy & ark., 2019: 165). Bu nedenle kullanılacak KKE türü, yapılacak girişimin bulaş riski dikkate alınarak seçilmelidir (Yeon & Shin, 2020: 2).

Eldiven, kan, vücut sıvıları/salgıları, mukoz membranlar ve bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında sağlık çalışanı ile hastayı korumayı amaçlar. Eldivenler, mikroorganizmaların hastalar arasında ve sağlık personeline bulaşma riskini azaltır; her hasta ve her işlem için değiştirilmelidir (Henshaw & Rassilyer, 2023: 99). Eldiven, el hijyeninin yerine geçmez; giyilmeden önce ve çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır. Steril eldivenler ise, cerrahi asepsi gerektiren işlemlerde ve steril vücut alanlarına girişlerde kullanılmalıdır (WHO, 2009).

Maske, kan ve vücut sıvıları/salgılarının sıçrama veya püskürme riski bulunan durumlarda ağız, burun ve mukoz membranların korunması için gereklidir. Ayrıca aseptik işlemler sırasında hastayı korumak amacıyla cerrahi (tıbbi) maske kullanılmalıdır (CDC, 2024). Cerrahi maskeler esas olarak kullanıcıdan çevreye bulaşı azaltmak üzere tasarlanmıştır ve aerosol düzeyinde sınırlı koruma sağlar (Oral & ark., 2020: 121). Enfeksiyon riski yüksek alanlarda personel ve ziyaretçiler maske takmalı; bazı durumlarda hastanın da oda dışına çıkarken maske kullanması önerilmektedir (Taylor & ark., 2023).

Maskeler tek kullanımlıktır; nemlendiğinde, kirlendiğinde veya hasar gördüğünde değiştirilmelidir. Maske takmadan önce el hijyeni sağlanmalı, maske yüze tam oturtulmalı, çıkarılırken dış yüzeye dokunulmamalı ve tıbbi atığa atılmalıdır (Berman & ark., 2022: 712; WHO, 2022b).

Partikül filtreli solunum maskeleri (N95 ve üzeri), cerrahi maskelere kıyasla yüze daha iyi oturur ve daha yüksek filtrasyon sağlar; bu nedenle hava yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve aerosol üreten işlemler sırasında tercih edilir (Oral & ark., 2020: 121). N95 maskeler ≥ 5 mikron altındaki aerosollere karşı yaklaşık %95 filtrasyon sağlar ve SARS, tüberküloz, influenza ve COVID-19 şüphesinde bakım verenler için önerilir (Yoost & Crawford, 2021: 1486).

Önlük, sağlık personelinin kan, vücut sıvıları, sekresyonlar veya dışkı ile temas ya da sıçrama riski bulunan durumlarda giysilerini ve cildini korumak amacıyla kullanılan kişisel koruyucu ekipmandır. Önlük; boyundan dizlere kadar uzanmalı, kolları tamamen kaplamalı ve sırtı sarmalıdır (CDC, 2014; Taylor & ark., 2023: 945).

Önlük, boyun ve omuzlardan tutularak yalnızca iç yüzeyine temas edilerek çıkarılmalı; dış yüzey içe gelecek biçimde ters

çevrilip katlanmalıdır. Yeniden kullanılabilir kumaş önlükler uygun kirli çamaşır kaplarına, tek kullanımlık önlükler ise tıbbi atık kutusuna atılmalıdır (CDC, 2014; Taylor & ark., 2023: 945).

Koruyucu gözlük veya yüz siperliği, kan ve vücut sıvılarının sıçrama riski bulunan uygulamalarda göz ve yüz mukozasını korumak amacıyla kullanılmalıdır. Koruyucu gözlük gözleri korurken, yüz siperliği göz, ağız, burun ve yüzün tamamı için daha geniş bir bariyer sağlar; yan yüzeylerin korunmasının gerektiği durumlarda yüz siperliği tercih edilir (Henshaw & Rassilyer, 2023: 99).

Kişisel koruyucu ekipmanlar giyilmeden önce ve sonra mutlaka el hijyeni sağlanmalıdır. Kişisel koruyucu ekipmanlar giyilirken öncelikle önlük, ardından maske, koruyucu gözlük/ yüz siperliği ve eldiven giyilmelidir. Bu ekipmanlar çıkarılırken ise; üniforma ve çevre kontamine edilmeden öncelikle eldiven, ardından koruyucu gözlük/ yüz siperliği, önlük ve en son maske çıkarılmalıdır (Berman & ark., 2022: 712; Kozier & ark., 2016: 621; Potter & ark., 2021: 1567; Taylor & ark., 2023: 927; Yoost & Crawford, 2019: 1484; Wilkinson & ark., 2016: 535).

Solunum Hijyeni/ Öksürme Kurallarına Uyulması

Solunum hijyeni ve öksürme kuralları, tanısı henüz konmamış solunum yolu enfeksiyonu belirtileri gösteren bireyler için alınan ve sağlık kuruluşlarında bu semptomları taşıyan herkes için uygulanması gereken temel önlemleri kapsamaktadır (CDC, 2007). Solunum hijyeni/öksürme kuralları, semptomatik bireylerin öksürük ve hapsirme sırasında ağız ile burunu mendille kapatması ve mendili hemen atması, tolere edebilenlerin cerrahi maske takması, solunum salgılarıyla temas sonrası el hijyeninin sağlanması ve bekleme alanlarında gerekli hijyen materyallerinin bulundurulması önerilir. Ayrıca öksüren kişilerin diğerlerinden en az

bir metre uzak oturtulması gereklidir (CDC, 2007; Taylor & ark., 2023: 933; Wilkinson & ark., 2016: 337).

Uygun Hasta Yerleşiminin Yapılması

Hasta yerleşimi planlanırken, çevreye bulaş riski taşıyan ve hijyenini yeterince sürdüremeyen hastaların öncelikle tek kişilik odalara alınması önerilmektedir. Akıntılı ya da açık yarası bulunan, dışkı inkontinansı veya kontrolsüz salgıları olan, kalıcı kateter taşıyan, uzun süreli yatışı bulunan ve günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlı olan hastalar bu kapsamda değerlendirilmelidir. Tek kişilik oda sayısının sınırlı olduğu durumlarda, bu odaların enfeksiyon riski yüksek hastalar için önceliklendirilmesi uygundur. Gastrointestinal sistemi rezervuar olarak kullanan patojenlerle ilişkili şüpheli veya doğrulanmış enfeksiyonlarda ise hastanın tercihen özel banyolu, tek kişilik odaya yerleştirilmesi gerekmektedir (Taylor & ark., 2023: 933; Wilkinson & ark., 2016: 337).

Hasta Bakım Ekipmanı, Aletlerinin/Cihazlarının Uygun Şekilde Kullanılması, Temizlenmesi ve Dezenfekte Edilmesi/Ortaman Uygun Şekilde Temizlenmesi ve Dezenfekte Edilmesi

Hasta bakım ekipmanları ile çevresel yüzeylerin uygun biçimde temizlenmesi, dezenfekte edilmesi ve gerektiğinde sterilize edilmesi enfeksiyon zincirinin kırılmasında temel bir uygulamadır (Karabacak, 2024: 360). Sağlık kurumlarında kullanılan araç-gereçler kritik düzeylerine göre sınıflandırılmakta; tek kullanımlık malzemeler işlem sonrası atılmakta, yeniden kullanılabilir ekipmanlar ise kurum politikalarına uygun şekilde temizlenmekte ve dezenfekte ya da sterilize edilmektedir (Berman & ark., 2022: 708; Taylor & ark., 2023: 927). Kan ve vücut sıvılarıyla kontamine olan ekipmanların güvenli biçimde taşınması, uygun kaplarda işleme gönderilmesi ve temizlik sırasında kişisel koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir (Wilkinson & ark., 2016: 337). Paylaşılan

ekipmanlar hastalar arasında kullanılmadan önce mutlaka arındırılmalı, çevresel yüzeyler ise uygun dezenfektanlarla düzenli olarak temizlenmelidir (WHO, 2022b). Sağlık kurumlarında, kontamine ekipmanların bertaraf edilmesi ile temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon süreçlerinin güvenli şekilde yürütülmesine ilişkin kurumsal politika ve prosedürler bulunmaktadır (Berman & ark., 2022: 708).

Tekstil Ürünleri ve Çamaşırların Dikkatli Şekilde Tutulması

Tekstil ürünleri ve çamaşırların uygun şekilde yönetimi, sağlık kuruluşlarında mikroorganizmaların yayılımını önlemede önemli bir enfeksiyon kontrol uygulamasıdır. Kan, vücut sıvıları, salgılar ve dışkı ile kirlenmiş çamaşırlar; cilt, giysi ve çevreyle temas ettirilmeden, silkelenmeden ve mümkün olan en kısa sürede taşınmalıdır (DeLaune & ark., 2024: 720; Taylor & ark., 2023: 931). Kirli tekstil ürünleri kirli yüzeyler yerden uzak tutularak, kirli yüzeyi içe gelecek şekilde toplanmalı ve kurum politikalarına uygun biçimde kapalı torbalarda çamaşırlaneye gönderilmelidir (Wilkinson & ark., 2016: 392). Görünür kontaminasyon varlığında eldiven kullanılması ve sağlık personelinin üniforma ile önlüklerini günlük olarak değiştirmesi önerilmektedir (Karabacak, 2024: 361).

Güvenli Enjeksiyon Uygulaması

Kesici-delici alet yaralanmaları, sağlık çalışanlarının Hepatit B, Hepatit C ve HIV gibi kan yoluyla bulaşan enfeksiyon etkenlerine maruz kalmasının başlıca nedenidir (Berman & ark., 2022: 873; DeLaune & ark., 2024: 721; Wu & ark., 2020: 2). Özellikle iğneler, intravenöz kanüller, bistüriler ve kırık cam gibi aletlerin kazara batmasıyla oluşan perkütan yaralanmalar enfeksiyonlar için önemli bir giriş kapısı oluşturmaktadır (Wilkinson & ark., 2016: 645). Bu nedenle kesici-delici aletler kullanımdan hemen sonra delinmeye dayanıklı kesici-delici atık kutularına atılmalı, kesinlikle evsel atıklarla birlikte bertaraf edilmemelidir. Atık kutularının tüm bakım

alanlarında erişilebilir olması, sağlık çalışanları ve destek personelinin güvenliğini sağlamada temel bir enfeksiyon kontrol önlemidir (Berman & ark., 2022; Potter & ark., 2021).

Kesici-delici alet yaralanmalarını önlemek için sağlık çalışanlarının, kullanılan iğne ve keskin aletleri kullandıktan hemen sonra, tek el tekniğiyle ve delinmeye dayanıklı kesici-delici atık kutularına atması gerekmektedir. İğneler asla bükülmemeli, kırılmamalı ve rutin olarak tekrar kılıfına takılmamalıdır. Zorunlu durumlarda kılıflama işlemi yalnızca tek el yöntemi ile yapılmalıdır (Astle & Duggleby, 2019; Berman & ark., 2022: 874; Kozier & ark., 2016: 619). Yaralanma riskini azaltmak için aktif veya pasif güvenlik mekanizmasına sahip iğnelerin kullanılması, çalışanlara düzenli eğitim verilmesi ve güvenli cihazların tercih edilmesi önerilmektedir (Berman & ark., 2022: 874; Wilkinson & ark., 2016: 645).

Kesici-delici alet yaralanması sonrası izlenecek adımların bilinmesi kritik öneme sahiptir. Yaralanma durumunda yara bölgesi derhal su ve sabunla yıkanmalı, olay yetkili birime bildirilerek en kısa sürede tıbbi değerlendirme ve gerekli profilaksi sağlanmalıdır. Profilaksi yaklaşımı, maruz kalınan enfeksiyon etkenine göre planlanmalıdır (CDC, 2025a).

Aseptik Tekniğin Kullanılması

Enfeksiyonların önlenmesinde aseptik tekniğin doğru ve tutarlı biçimde uygulanması temel bir gerekliliktir. *Aseptik teknik*; mikroorganizmaların hasta, sağlık çalışanı ve çevreye bulaşmasını önlemeyi amaçlar ve *medikal asepsi* ile *cerrahi asepsi* olmak üzere iki düzeyde ele alınır (Berman & ark., 2022: 694).

Medikal asepsi, enjeksiyonlar, aspirasyon ve rutin yara bakımı gibi uygulamalarda kontaminasyonu azaltmaya yöneliktir (Berman & ark., 2022: 694). *Cerrahi asepsi* ise; ameliyatlar, invaziv girişimler ve steril vücut boşluklarına yönelik işlemlerde mutlak

sterilitenin sağlanmasını hedefler (Berman & ark., 2022: 694; Karabacak, 2024: 365). Aseptik uygulamalarda steril malzeme kullanılması, steril alanın korunması, uygun el hijyeninin sağlanması esastır. Steril malzemelerin g r    alanı dışında bırakılması, ıslanması veya steril olmayan yüzeylerle teması sterilliği bozar. Ayrıca, el hijyeni cildi sterilize etmese de mikroorganizma yükünü azaltarak aseptik işlemlerin güvenliğini artırır (WHO, 2022b).

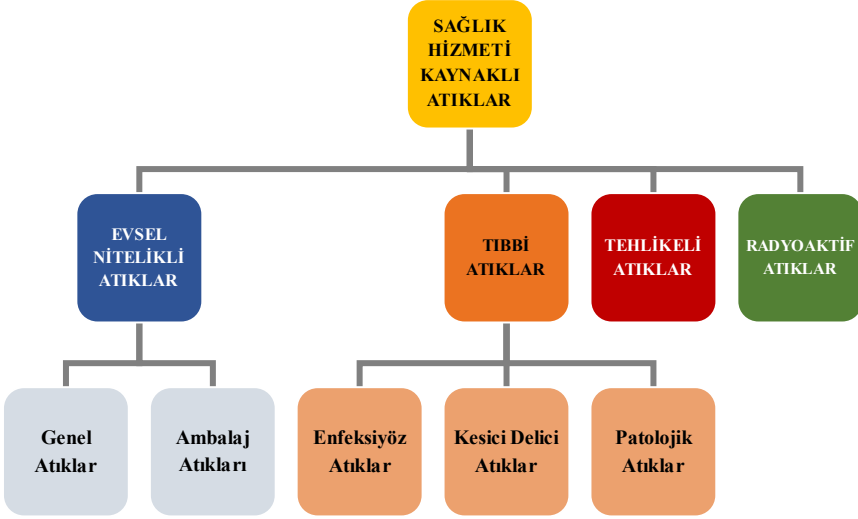
Atık Yönetimi

Sağlık hizmeti kaynaklı atıkların güvenli yönetimi, hasta ve çalışan güvenliğinin yanı sıra  evre ve toplum sağlığı açısından temel bir gerekliliktir. Atıkların uygun şekilde ayrılması ve bertaraf edilmemesi; kesici-delici yaralanmalar, bulaşıcı hastalıkların (HBV, HCV, HIV) yayılımı, toksik kimyasallara maruziyet ve radyolojik risklere yol açabilmektedir (WHO, 2016). Sağlık atıkları; bulaşıcı etkenler, toksik ve tehlikeli kimyasallar, sitotoksik/genotoksik maddeler, radyoaktif bileşenler ve kullanılmış kesici-delici aletler içerebildiğinden risk taşır. Bu risklerden hastalar, sağlık çalışanları, ziyaretçiler ve atıkları taşıyan yardımcı personeller etkilenmektedir (Erdoğan, 2018: 101).

Tıbbi atıklar, sağlık kuruluşları ve evde sağlık hizmetleri dahil olmak üzere tüm sağlık faaliyetleri sonucu oluşan atıkları kapsar ve diğer atıklardan ayrı toplanmalı, ta ınmalı ve imha edilmelidir (WHO, 2016). Türkiye’de bu süreç, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği kapsamında yürütülmekte; sağlık kuruluşlarının atıkların ayrıştırılması, taşınması, depolanması ve acil durum önlemlerini içeren bir atık yönetim planı oluşturması zorunlu tutulmaktadır (T.C.  evre ve  ehircilik Bakanlığı, 2017).

Şekil 2’de sağlık hizmeti kaynaklı atıklar sınıflandırılmıştır.

Şekil 2 Sağlık Hizmeti Kaynaklı Atıklar



Kaynak: Erdoğan, 2018:102

Bulaşa Dayalı Önlemler

Bulaşıcı hastalıklar dünya çapında önemli bir ölüm nedenidir (Holmes & ark., 2017: 5). Bulaşa dayalı önlemler, standart önlemlere ek olarak uygulanmaktadır (Berman & ark., 2022: 710; CDC, 2007). Hastalarda enfeksiyon şüphesi olduğunda ya da yüksek bulaşıcılığa sahip bazı patojenler tanımlandığında, bu patojenlerin yayılmasını engellemek için izolasyon önlemlerinin alınması gerekmektedir. İzolasyon önlemleri, bulaşıcılığı olan mikroorganizmaların sağlık personeline, hasta ve ziyaretçilere yayılmasını önlemek için alınan bir dizi önlemi ifade etmektedir (Berman & ark., 2022: 710). Yani, bulaşıcı hastalığı olan hastaların, diğer hastalardan ayrılmasıdır. Bulaşa yönelik önlemler; tanılanan mikroorganizmanın türüne ve bulaşma yoluna bağlı olarak; hava yolu önlemleri, damlacık önlemleri ve temas önlemleri olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır (Berman & ark., 2022: 709; DeLaune & ark., 2024: 722; Henshaw & Rassilyer, 2023; Kozier & ark., 2016: 619; Taylor & ark., 2022: 933; Yoost & Crawford, 2019: 1477; Wilkinson & ark., 2016: 521).

Mikroorganizmanın birden fazla bulaşma yoluna sahip olduğu durumlarda ise kombine protokoller de uygulanabilir; ancak her zaman standart önlemlere ek olarak kullanılmalıdır. Örneğin; şiddetli akut solunum sendromuna (SARS-CoV) neden olan koronavirüs ile enfekte hastalar için standart önlemler, temas ve hava yoluyla bulaşma önlemlerinin birlikte alınması gerekmektedir (Craven & ark., 2015: 375).

Tablo 1’de bulaşa dayalı önlemlere detaylı olarak yer verilmiştir.

Tablo 1 Bulaş a Dayalı Önlemler

BULAŞ A DAYALI ÖNLEMLER		
	Önlemler	Endikasyonlar
Hava Yoluy la	Yeterli filtrelemeye sahip özel oda (havay la bulaş an enfeksiyonlar için izolasyon odası-AIIR- Airborne Infection Isolation Room) maske, oda dış ına çıkarılan hastanın maske takması	Hava yoluyla geç iş (küçük parçacıklı damlacıklar), kızamık, varicella.
Damlacık Yoluy la	Özel oda veya aynı mikroorganizma ile enfekte olan bir baş ka hastay la oda paylaş ımı, hastanın bir metre yakını nda iş lem yaparken maske takma, hasta odadan çıkarken hastaya maske takma	Hapş ırma, öksürme ve konuş ma ile büyük damlacıkların yayılması, Haemophilus influenza, Neisseria Meningitidis, Difteri, Rubella, Mycoplasma Pnömoni.
Temas Yoluy la	Özel oda veya aynı mikroorganizma ile enfekte olan bir baş ka hasta ile oda paylaş ımı, sürekli eldiven kullanımı (odaya girmeden önce takıp odadan çıkmadan önce çıkararak) ve mikroorganizmaya temas halinde eldiven değ iş tirme, eldivenleri çıkarır çıkarmaz el yıkama; mikroorganizma ile doğ rudan temas durumlarında önlük ve koruyucu bariyer kullanımı; yatak örtülerinin ve hasta bakım aletlerinin günlük temizliğ i; terminal dezenfeksiyonu olan enfeksiyon kapmı ş hastalarda önlemlere gerek kalmadı ğ ı durumda steteskop ve tansiyon aleti gibi gereçlerin hastaya özel kullanımı.	Doğ rudan temas yoluyla kolayca yayılabilen ciddi enfeksiyonlar; birden fazla ilaca dirençli türler; Clostridium difficile, Shigella, impetigo ve diğ erleri.

Kaynak: Craven & ark., 2015:373

Sonuç

Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar, hasta güvenliğini tehdit eden, morbidite, mortalite ve bakım maliyetlerini artıran önemli bir küresel sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. WHO ve CDC, bu enfeksiyonların önlenmesinde standart enfeksiyon önlemlerinin tüm hastalara ayırım gözetmeksizin, sürekli ve doğru biçimde uygulanmasının temel bir gereklilik olduğunu vurgulamaktadır. COVID-19 pandemisi sonrasında artan hasta yoğunluğu ve invaziv girişimler, enfeksiyon kontrol uygulamalarına uyumun kritik önemini daha da belirginleştirmiştir.

Hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve diğer sağlık çalışanları, bakım sürecindeki merkezi rolleri nedeniyle hem enfeksiyon riski açısından hassas bir grupta yer almakta hem de bulaşın önlenmesinde belirleyici sorumluluk üstlenmektedir. Bu bağlamda, standart enfeksiyon önlemlerine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaların güçlendirilmesi; sürekli mesleki eğitimler, kurumsal destek ve kanıta dayalı rehberlerin etkin kullanımıyla sürdürülebilir kılınmalıdır. Ayrıca, yeterli malzeme temini, uygun fiziksel altyapı, güncel politika ve prosedürlerin oluşturulması ile düzenli eğitimlerin sürdürülmesi, uygulamaların etkinliğini artıran temel kurumsal bileşenlerdir.

Sonuç olarak, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi; bireysel uygulamaların ötesinde, kurumsal destek, sürekli eğitim ve disiplinler arası iş birliği gerektiren dinamik bir süreçtir. Bu ilkelerin hemşirelik başta olmak üzere tüm sağlık disiplinlerinde etkin biçimde benimsenmesi, güvenli ve sürdürülebilir bakımın sağlanması açısından vazgeçilmezdir.

Kaynakça

- Al-Faouri, I., Okour, S. H., Alakour, N. A., & Alrabadi, N. (2021). Knowledge and compliance with standard precautions among registered nurses: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 62, 419-424. doi:10.1016/j.amsu.2021.01.058
- Alinejad, N., Bijani, M., Malekhosseini, M., Nasrabadi, M., Harsini, P. A., & Jeihooni, A. K. (2023). Effect of educational intervention based on health belief model on nurses' compliance with standard precautions in preventing needle stick injuries. *BMC Nursing*, 22(1), 180. doi:10.1186/s12912-023-01347-0
- Alshammari, F., Cruz, J. P., Alquwez, N., Almazan, J., Alsolami, F., Tork, H., . . . & Felemban, E.M. (2018). Compliance with standard precautions during clinical training of nursing students in Saudi Arabia: A multi-university study. *Journal of Infection in Developing Countries*, 12(11), 937-945. doi:10.3855/jidc.10821
- Angeloni, N. L. N, Silva, M. H. D. N, Valle, L. A. R, Sousa, Á. F. L, Valim, M. D, Andrade, D. D, . . . & Santos, A.G.D. (2023). Impact of an educational intervention on standard precautions during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), e20220750.
- Astle, B. J, & Duggleby, W. (2019). *Canadian fundamentals of nursing*. (Sixth edit). Toronto: Elsevier.
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2022). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. (Eleventh edit). Harlow: Pearson Education.

- Cardoso, K., Zaro, M. A., Magalhães, A. M. M. D., & Tarouco, L. M. R. (2021). Immersive learning laboratory in health and nursing: Learning biosafety in a virtual world. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6). doi:10.1590/0034-7167-2020-0385
- CDC. (2007). *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. 03/12/2025 tarihinde <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/index.html> adresinden alındı
- CDC. (2014). *Example of safe donning and removal of personal protective equipment (PPE)*. 12/12/2025 tarihinde <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/appendix-a-figure.html> adresinden alındı
- CDC. (2024). *Standard precautions for all patient care*. 11/12/2025 tarihinde <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html> adresinden alındı
- Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Sharon, J. (2015). *Hemşirelik esasları: İnsan sağlığı ve fonksiyonları* (N. Uysal & E. Çakıroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Palme Yayıncılık.
- DeLaune, S. C., Ladner, P. K., McTier, L., & Tollefson, J. (2024). *Fundamentals of nursing*. (Third Edit). Victoria: Cengage Learning Australia.
- Désiron, J. C., Petko, D., Lapairei V., Ullrich, C., & Clark, L. (2023). Using virtual reality to train infection prevention: what predicts performance and behavioral intention? *Virtual Reality*, 27(2), 1013-1023. doi:10.1007/s10055-022-00708-5

- Erdoğan, Ö. (2018). Tıbbi atık yönetimi. A. Başustaoğlu, & A. Z. Avcı içinde, *Hemşirelik uygulamalarında klinik mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları* (s. 99-106). Hipokrat Kitabevi.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). *Healthcare-associated infections*. 08/12/2025 tarihinde <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections> adresinden alındı
- Henshaw, C., & Rassilyer, R. (2023). *Craven & Hirnle's fundamentals of nursing: Concepts and competencies for practice*. (Tenth Edit). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Holmes, K. K., Bertozzi, S, Bloom, B. R, Jha, P, Gelband, H, DeMaria, LM, & Horton, S. (2017). *Major Infectious Diseases: Key Messages from Disease Control Priorities*. The World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0524-0_ch1
- Karabacak, Ü. (2024). Enfeksiyon önleme ve kontrol. T. Aştı, & A. Karadağ içinde, *Hemşirelik esasları: Bilgiden uygulamaya: Kavramlar, ilkeler, beceriler* (s. 360-365). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kaşıkcı, M. K., & Akın, E. (2021). *Temel hemşirelik: Esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Synder, S., Frandsen, G., Buck, M., . . . & Stamler, L. L. (2016). *Fundamentals of Canadian nursing: Concepts, process, and practice*. (Tenth edit). New Jersey: Pearson.
- Lopes, M. D. L., Lima, T. D. S., Oliveria, A. D. D. S., Amorim, F. C. M., Sousa, K. H. J. F., Figueiró, R. F. S., . . . & Damasceno,

- C. K. C. S. (2023). Nursing students' knowledge and compliance with standard precautions. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, 1-9. doi:10.37689/acta-ape/2023AO013711
- Mankan, T., & Kaşıkçı, M. K. (2015). Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri. *Annals of Health Sciences Research*, 4(1), 11-16.
- Nasiri, A., Balouchi, A., Rezaie-Keikhaie, K., Bouya, S., Sheyback, M., & Rawajfah, O. A. (2019). Knowledge, attitude, practice, and clinical recommendation toward infection control and prevention standards among nurses: A systematic review. *Am J Infect Control*, 47(7), 827–833. doi:10.1016/j.ajic.2018.11022
- Oral, B., Sarı, G., Beyan, A. C., & Doğrul, Z. (2020). Pandemi ve N95 filtreli yüz maskelerinin yeniden kullanımı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5, 115-125. doi:10.35232/estudamhsd.762061
- Petrova, A. P., Stoeva, V., & Batselova, H. (2024). Study of hygienic hand disinfection of staff and dental students at the Medical University–Plovdiv. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*, 21(5), 4-7. doi:10.23950/jcmk/15140
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing*. (Tenth edit). St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Putri, I. D., & Yuniati, Y. (2022). Factors influencing nurse compliance with personal protective equipment. *Jurnal Perilaku Kesehatan Terpadu*, 1(1), 84-94. doi:10.61963/jpkt.v1i1.18

- Reddy, S. C., Valderrama, A. L., & Kuhar, D. T. (2019). Improving the use of personal protective equipment: Applying lessons learned. *Clinical Infectious Diseases*, 69(S3), S165–S170. doi:10.1093/cid/ciz619
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). *Türkiye sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonları önleme ve kontrol programı, 2019–2024*. 11/12/2025 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Programlar/Turkiye_Saglik_Hizmeti_Ile_Iliskili_Enfeksiyonlari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf adresinden alındı
- Taylor, C., Lynn, P., & Bartlett, J. (2023). *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care*. (Tenth edit). Mexico: Wolters Kluwer.
- Wahab, P. A., & Adie, F. A. M. (2021). Knowledge and compliance of standard precautions among the undergraduate nursing students. *International Journal of Care Scholars*, 4(2), 15–21. doi:10.31436/ijcs.v4i2.184
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., & Peng, Z. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11), 1061–1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
- WHO. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in healthcare*. 10/11/2025 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906> adresinden alındı
- WHO. (2010). *The burden of health care-associated infection worldwide*. 10/12/2025 tarihinde <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-burden-of-health-care-associated-infection-worldwide> adresinden alındı

- WHO. (2016). *Protecting health through health care waste management* 02/12/2025 tarihinde [https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/hae---regional-forum-\(2016\)/hcwmanagement-factsheet-rfhe.pdf?sfvrsn=6d59d7e_2](https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/hae---regional-forum-(2016)/hcwmanagement-factsheet-rfhe.pdf?sfvrsn=6d59d7e_2). adresinden alındı
- WHO. (2022a). *WHO launches first ever global report on infection prevention and control*. 11/11/2025 tarihinde <https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control?utm> adresinden alındı
- WHO. (2022b). *Standard precautions*. 10/11/2025 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-IHS-IPC-2022.1> adresinden adresinden alındı
- Wilkinson, J. M, Treas, L. S, & Barnett, K. L. (2016). *Fundamentals of nursing-Vol 1: Theory, concepts, and applications*. (Third Edit). Philadelphia: FA Davis Company.
- Wu, S. H., Huang, C. C, Huang, S. S, Yang, Y. Y, Liu, C. W, Shulruf, B, & Chen, C. H. (2020). Effects of virtual reality training on decreasing the rates of needlestick or sharp injury in new-coming medical and nursing interns in Taiwan. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 17 (1), 1-9. doi:10.3352/jeehp.2020.17.1
- Yeon, J. H., & Shin, Y. S. (2020). Effects of education on the use of personal protective equipment for reduction of contamination: A randomized trial. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-10. doi:10.1177/2377960820940621
- Yoost, B. L., & Crawford, L. R. (2021). *Fundamentals of nursing: Active learning for collaborative practice*. (Second edit). St. Louis: Elsevier.

GEÇİCİ KAPAK

*Kapak tasarımı
devam ediyor.*