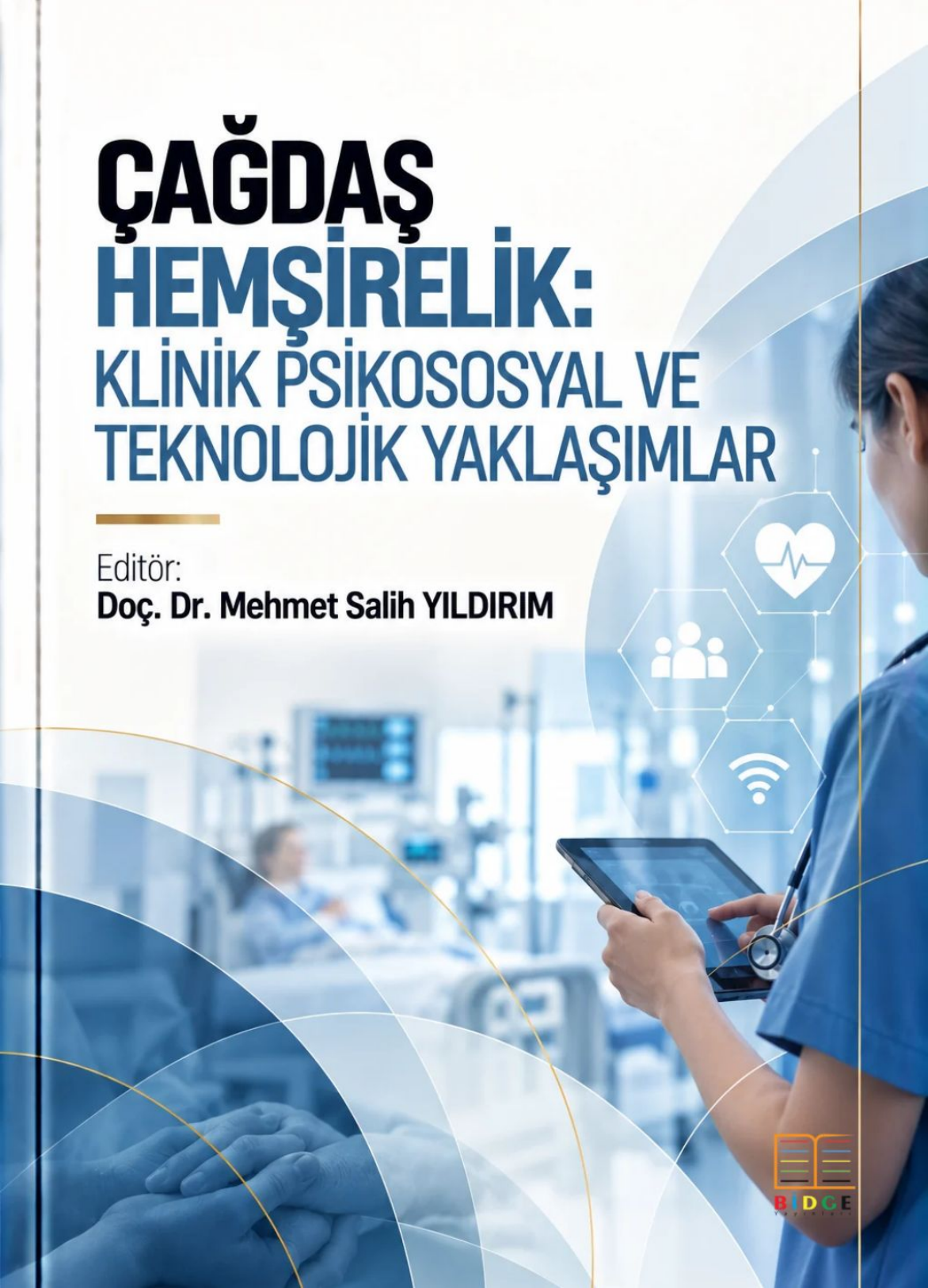
ÇAĞDAŞ HEMŞİRELİK:
KLİNİK PSİKOSOSYAL VE TEKNOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Editör:
Doç. Dr. Mehmet Salih YILDIRIM



BİDGE

BİDGE Yayınları

Çağdaş Hemşirelik: Klinik Psikososyal ve Teknolojik Yaklaşımlar

Editör: Doç. Dr. Mehmet Salih YILDIRIM

ISBN: 978-625-5474-81-0

1. Baskı
Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL
Yayınlama Tarihi: 2026-10-25
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

ÖNSÖZ

Hemşirelik; bilimsel bilgiyi klinik beceri, etik sorumluluk ve insana duyulan saygıyla bir araya getiren bir disiplindir. Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini birlikte değerlendiren bu disiplin, değişen sağlık ihtiyaçları ve gelişen teknolojiler doğrultusunda kendini sürekli yenilemektedir. Çağdaş hemşirelik anlayışı; kanıta dayalı uygulamaları, etkili iletişimi, meslekler arası iş birliğini ve insan odaklı bakımı ortak bir zeminde buluşturmayı gerektirmektedir. Çağdaş Hemşirelik: Klinik, Psikososyal ve Teknolojik Yaklaşımlar adlı bu kitap, hemşireliğin farklı uygulama alanlarında öne çıkan konuları çok yönlü bir bakış açısıyla ele almak amacıyla hazırlanmıştır. Kitapta, çalışma yaşamındaki psikososyal sorunlardan yoğun bakım uygulamalarına, çocuk ve ergen sağlığından kadın sağlığına, cerrahi hemşireliğinde bilişimden sağlıklı yaşlanmaya uzanan bir içerik sunulmaktadır. Bu kapsamıyla eserin; hemşirelerin, akademisyenlerin, öğrencilerin ve ilgili sağlık profesyonellerinin bilgi birikimine ve uygulamalarına katkı sağlaması amaçlanmaktadır. Kitapta ele alınan işyerinde gaslighting konusu, mesleki ilişkilerde güvenin, psikolojik güvenliğin ve sağlıklı çalışma ortamlarının önemine dikkat çekmektedir. Okul çağı çocuklarda ve ergenlerde akran zorbalığı ise sağlık sonuçları ve hemşirelik yaklaşımları çerçevesinde değerlendirilerek koruyucu ve destekleyici bakımın önemini gündeme taşımaktadır. Bu bölümler, hemşireliğin bireyin yaşadığı sosyal çevreyi ve kişiler arası ilişkileri değerlendirme sorumluluğunu görünür kılmaktadır. Yoğun bakımda hasta-hemşire iletişimi ile deliryumun değerlendirilmesi, önlenmesi

ve yönetimine odaklanan bölümler, karmaşık bakım gereksinimleri karşısında sistematik değerlendirmenin ve kanıta dayalı uygulamaların yerini ele almaktadır. Cerrahi hemşireliğinde bilişime ayrılan bölüm ise teknolojik gelişmelerle birlikte değişen mesleki rolleri ve bakım yaklaşımlarını tartışmaya açmaktadır. Bu konuların birlikte değerlendirilmesi, teknik yetkinlik ile insani bakım arasındaki bağın korunmasına yönelik bir düşünme alanı sunmaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde pelvik taban rehabilitasyonunu konu alan bölüm, hemşirelik ve fizyoterapi arasındaki iş birliğini öne çıkarmaktadır. Sağlıklı yaşlanmaya ilişkin bölüm ise yaşlanma sürecinde bireyin işlevselliğini, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini destekleyen bakım anlayışına odaklanmaktadır. Böylece kitap, yaşamın farklı dönemlerindeki bakım gereksinimlerini disiplinler arası bir perspektifle değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Bu eserin hazırlanmasına bilgi, deneyim ve emekleriyle katkı sunan tüm bölüm yazarlarına teşekkür ederim. Kitabın, okuyucularını güncel bakım sorunları üzerine düşünmeye, bilimsel bilgiyi uygulamalarıyla ilişkilendirmeye ve mesleki gelişimlerini sürdürmeye teşvik etmesini dilerim. Hemşirelik eğitimine, araştırmalarına ve bakım uygulamalarına yararlı olması temennisiyle…

Doç. Dr. Mehmet Salih YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

YOĞUN BAKIMDA HASTA-HEMŞİRE İLETİŞİMİ: GÜÇLÜKLER VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI 1
GÖNÜL GÜMÜŞ, EMİNE PINAR KETİ

OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARDA VE ERGENLERDE AKRAN ZORBALIĞI: SAĞLIK SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI 22
EZGİ SARI, TUĞBA YAPAR

21. YÜZYILDA CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ VE BİLİŞİM : DEĞİŞEN ROLLER VE BAKIM YAKLAŞIMLARI 43
GÜLŞAH KAYSERİLİOĞLU

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE DELİRYUM VE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI: KANITA DAYALI DEĞERLENDİRME, ÖNLEME VE YÖNETİM 67
HÜSNİYE KARAGÖZ

GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE PELVİK TABAN REHABİLİTASYONU: MULTİDİSİPLİNER HEMŞİRELİK VE FİZYOTERAPİ YAKLAŞIMLARI 86
GÜL BÜŞRA ALTUNAY DAVRAN, MELİKE BEYZA AKKAŞ

Tıbbi Bakım: Yaşlanmayı Sağlıklı Bir Şekilde Yönetmek 104
NACİYE ESRA KOYUNCU

İŞYERİNDE GASLİGHTİNG: KAVRAMSAL BOYUTLARI VE HEMŞİRELİKTEKİ YANSIMALARI 137
ÖZLEM GÜR, AYŞE ÇİÇEK KORKMAZ

BÖLÜM 1

YOĞUN BAKIMDA HASTA-HEMŞİRE İLETİŞİMİ: GÜÇLÜKLER VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Gönül GÜMÜŞ[1]
Emine Pınar KETİ[2]

Giriş

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ); yaşamı tehdit altında olan, organ yetmezliği riski bulunan veya hayati fonksiyonları dalgalanma gösteren hastaların izlem ve tedavisinin yürütüldüğü, gelişmiş biyomedikal cihazlarla donatılmış özel kliniklerdir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Eroğlu, 2022; Öz & Yıldız, 2020). Bu üniteler, tanı ve tedavi süreçlerinin eş zamanlı yürütüldüğü, hızlı klinik kararların alındığı ve disiplinler arası ekip çalışmasını gerektiren karmaşık bakım ortamlarıdır. Kesintisiz aydınlatma, karmaşık tıbbi cihaz sesleri ve gürültü gibi çevresel faktörler ise hasta açısından süreci zorlaştıran temel stres kaynakları arasında yer almaktadır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Sarı & Özkan, 2019).

[1] Öğr. Gör. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Orcid: 0000-0002-9555-8618
[2] Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Orcid: 0000-0003-0120-4796

İnsan ilişkilerine dayalı bir meslek olan hemşirelikte iletişim, etkili ve nitelikli bakımın temel bileşenlerinden birisidir. Yoğun bakım hemşireleri, hastalara kesintisiz bakım sunmaları ve onlarla yakın etkileşim içerisinde bulunmaları nedeniyle fizyolojik gereksinimlerin yanında psikolojik ve duygusal ihtiyaçların saptanmasında belirleyici bir rol üstlenmektedir (Güler & ark., 2021; Li & ark., 2026). Terapötik iletişim, hasta ile güvene dayalı bir ilişkinin geliştirilmesinde, psikososyal gereksinimlerin karşılanmasında ve hastanın bakım sürecine aktif katılımın gerçekleşmesinde temel bir işleve sahiptir. Bu doğrultuda etkili iletişim, hastanın yalnızca fiziksel gereksinimlerine odaklanmak yerine bireyselliğini, insan onurunu ve özerkliğini gözeten birey merkezli bakım anlayışını içerir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Temür, Çatal & Özdemir, 2022; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024).

Yoğun bakım ortamının karmaşık yapısı ve uygulanan invaziv girişimler, hastaların sözel iletişim kurmasını büyük ölçüde sınırlandırabilmektedir. Özellikle endotrakeal entübasyon ve trakeostomi uygulamaları ses üretimini engellerken, sedasyon, bilinç değişiklikleri, kas güçsüzlüğü, çevresel gürültü, hemşirelerin iş yükü ve zaman kısıtlılığı hasta-hemşire iletişimini güçleştirmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024). Bu durum, yoğun bakım hemşirelerinin hastaların iletişim kapasitelerini duyarlılıkla değerlendirerek sözel olmayan iletişim yaklaşımlarını, alternatif iletişim sistemlerini ve aileyle iş birliğine dayalı uygulamaları bakıma entegre etmelerini zorunlu kılmaktadır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Li & ark., 2026; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024).

Bu doğrultuda, yoğun bakımda hasta-hemşire iletişimini etkileyen faktörlerin ve karşılaşılan güçlüklerin belirlenmesi, hastaların bireysel gereksinimlerine uygun iletişim yaklaşımlarının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Sözel, sözel olmayan,

alternatif ve destekleyici iletişim yöntemlerinin birlikte değerlendirilmesi, hemşirelik bakımında etkili iletişimin ve birey merkezli yaklaşımın desteklenmesine katkı sağlayabilir.

Yoğun Bakımda Hasta-Hemşire İletişiminin Önemi

Yoğun bakım hemşireliği, fizyolojik dengenin yeniden kurulmasını hedeflerken, hastanın psikolojik, duygusal ve sosyal bütünlüğünü korumayı da odak noktasına alır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016). Bu çerçevede iletişim, hastanın sağlık durumunun değerlendirilmesi, bireysel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bütüncül bakımın sürdürülmesi açısından hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır. Etkili iletişim becerileri, hemşirelerin hastayla anlamlı bir ilişki kurmasına ve bakımını bireyin özelliklerine göre şekillendirmesine imkan tanımaktadır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Güler & ark., 2021).

Yoğun bakım hemşireleri, hastalarla sürekli ve yakın etkileşim içerisinde bulunmaları nedeniyle klinik durumdaki değişikliklerin erken fark edilmesine katkı verirler (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016). Ağrı, susuzluk, pozisyon değiştirme isteği veya psikolojik sıkıntılarını belirleyebilmek, fizyolojik göstergelerin izlenmesinin ötesinde bireyin kendisini ifade edebilmesini de gerektirmektedir. Özellikle konuşma yeteneği sınırlanan hastalarda uygun iletişim yollarının kurulması, ihtiyaçların anlaşılmasını ve hastanın mümkün olduğu ölçüde bakımına katılmasını kolaylaştırabilir (Güler & ark., 2021; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Yırtık & ark., 2023). Terapötik iletişim, hastanın değerlendirilmesinden hemşirelik girişimlerinin planlanmasına kadar uzanan süreçte, bireyselleştirilmiş bakımın gerçekleştirilmesine olanak tanır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016).

Kritik bir hastalık nedeniyle yoğun bakıma yatırılmak, bireyin alışık olmadığı bir çevrede sağlık profesyonellerine bağımlı hâle gelmesine, belirsizlik ve kontrol kaybı yaşamasına neden

olabilmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Temür, Çatal & Özdemir, 2022). Böyle bir ortamda hemşirenin empatik, saygılı ve duyarlı yaklaşımı, hastayla güvene dayalı bir ilişkinin kurulmasını kolaylaştırabilir. Hastanın iletişim girişimlerine karşılık verilmesi ve sözel yanıt alınamayan durumlarda dahi etkileşimin sürdürülmesi, bireyin kendisini fark edilmiş ve değer verilmiş hissetmesine neden olur. Özellikle bakım verici dokunma, hastaya güven ve yakınlık hissettiren, hemşirenin yanında olduğunu gösteren bir sözel olmayan iletişim biçimidir. Yoğun bakım hemşireleri de etkili iletişimin hastaların kendilerini güvende ve rahat hissetmelerine katkıda bulunduğu görüşündedir (Sandnes & Uhrenfeldt, 2024; Turan Bayraktar & Kara, 2019).

Hasta-hemşire iletişimi, bireyin bakım ve tedavi süreçlerine katılmasında ve özerkliğinin korunmasında temel bir role sahiptir. Hastaya uygulanacak girişimler, kullanılan tıbbi cihazlar ve tedavi süreci hakkında anlaşılır bilgi verilmesi, belirsizliklerin azaltılmasına ve hastanın kendi durumunu anlamlandırmasına yardımcı olabilir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016). Hastanın tercihlerini ifade etmesine fırsat tanınması ve mümkün olduğunda bakım kararlarına katılması birey merkezli yaklaşımın bir gereğidir. İletişimin yetersiz kaldığı durumlarda ise hastaların kendilerini anlaşılır biçimde ifade edememeleri, hayal kırıklığı ve çaresizlik gibi olumsuz deneyimlere yol açabilmektedir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024).

Teknolojik donanımın ve yaşam destek uygulamalarının yoğun olduğu klinik ortamlarda, bakımın teknik yönüne odaklanılması hastanın bireyselliğinin geri planda kalması riskini beraberinde getirebilmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024). Hasta-hemşire iletişimi, bireyin yalnızca tıbbi müdahalelerin uygulandığı bir kişi olarak değil, duygu, düşünce ve tercihleri bulunan bir insan olarak ele alınmasına yönelik bir bakım yaklaşımıdır. Hastanın kültürel değerlerine,

mahremiyetine ve özerkliğine saygı gösterilmesi, insan onurunu gözeten şefkatli bakımın gereklilikleri arasındadır (Kuyler, Heyns & Johnson, 2024). Sözel iletişim kurma kapasitesi sınırlı olsa bile hastanın tepkilerinin dikkate alınması ve kendisiyle anlamlı bir etkileşimin sürdürülmesi, bireyselliğinin korunmasına ve insani bakım ilişkisinin güçlendirilmesine katkı verebilir (Kuyler, Heyns & Johnson, 2024; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024).

Yoğun Bakımda Hasta-Hemşire İletişimini Etkileyen Faktörler

Yoğun bakımda hasta-hemşire iletişimi, hastanın klinik durumu, hemşirenin mesleki özellikleri ve bakım ortamının koşullarından etkilenen çok boyutlu bir süreçtir. Yaşam destek tedavileri, bilinç düzeyindeki değişiklikler, iş yükü ve çevresel sınırlılıklar, hastanın kendisini ifade etmesini ve mesajlarının anlaşılmasını zorlaştırabilmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024). Bu kapsamda iletişimi etkileyen unsurlar; hastaya, hemşireye ve yoğun bakım ortamına ilişkin faktörler olmak üzere üç başlık altında ele alınmaktadır.

Hastaya İlişkin Faktörler

Hastaların kendilerini ifade edebilme kapasitesi, uygulanan yaşam destek tedavileri ile nörolojik ve fizyolojik durumlarına bağlı olarak değişmektedir. Özellikle mekanik ventilasyon amacıyla uygulanan endotrakeal entübasyon, tüpün ses telleri arasından geçmesi nedeniyle konuşmayı engellemektedir. Trakeostomili hastalarda ise ses çıkarabilme durumu, trakeostomi tüpünün özelliklerine, kaf durumuna ve kullanılan yardımcı ekipmana bağlı olarak değişebilmektedir (Dündar, 2024; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Öz & Yıldız, 2020). Sözel iletişimin sınırlanması, hastaların ihtiyaçlarını, duygularını ve yaşadıkları rahatsızlıkları sağlık profesyonellerine aktarmalarını zorlaştırmaktadır. Bilinci açık olmasına rağmen konuşamayan bireyler, kendilerini ifade

edememeye bağlı olarak hayal kırıklığı, çaresizlik ve kontrol kaybı yaşayabilmektedir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024).

Sedasyon, bilinç düzeyindeki değişiklikler, deliryum ve nörolojik bozukluklar da hastanın çevresindeki uyaranları algılamasını, dikkatini sürdürmesini ve kendisine yöneltilen mesajlara uygun yanıt vermesini etkileyebilmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024). Ağrı, yorgunluk, kas güçsüzlüğü ve hareket kısıtlılığı, hastaların el hareketleriyle veya yazarak kendilerini ifade etmelerini sınırlandırarak sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmalarını güçleştirebilmektedir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Yırtık & ark., 2023). Bu nedenle bilincin açık olması, hastanın kendisini yeterince ifade edebildiği anlamına gelmemektedir.

Hastaya ilişkin diğer sınırlılıklar arasında görme ve işitme kayıpları, dil farklılıkları ve okuryazarlık düzeyi yer almaktadır. Özellikle işitme güçlüğü yaşayan veya sağlık çalışanlarıyla ortak bir dil kullanamayan bireylerde, sözel mesajların anlaşılması ve karşılıklı etkileşimin sürdürülmesi daha fazla çaba gerektirmektedir (Dündar, 2024; Holm & Dreyer, 2023; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024; Yırtık & ark., 2023).

Hemşireye İlişkin Faktörler

Yoğun bakımda iletişimin niteliğini belirleyen unsurlardan biri, hemşirenin mesleki bilgi ve becerileridir. İletişim yeterliliği, empatik yaklaşım, klinik deneyim ve farklı hasta gruplarının özelliklerini tanıyabilme becerisi, hasta ile kurulan etkileşimin sürdürülmesinde etkili olabilmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin iletişim becerilerini değerlendiren araştırmalarda, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların ve iletişim konusunda eğitim alanların beceri puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Güler & ark., 2021).

Hemşirelerin iletişime yönelik tutumları ve hastadan geri bildirim alabilme durumları da bu süreci şekillendirmektedir. Özellikle bilinci kapalı, sedasyon altında veya sözel yanıt veremeyen hastalarda karşılıklı etkileşimin sınırlı olması, hemşirenin iletilen mesajın anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirmesini zorlaştırmaktadır. Hastadan geri bildirim alınamaması, bazı hemşirelerin bakım sırasında belirsizlik yaşamasına neden olurken, hastanın yanıt verememesi iletişim gereksiniminin bulunmadığı anlamına gelmemektedir (Kuyler, Heyns & Johnson, 2024; Turan Bayraktar & Kara, 2019).

Ağır iş yükü, personel yetersizliği, uzun çalışma saatleri ve zaman kısıtlılığı, hemşirelerin hastalarla etkileşime ayırabildikleri süreyi azaltabilmektedir. Özellikle acil girişimlerin, monitörizasyonun ve tedavi uygulamalarının öncelik kazandığı durumlarda iletişimin psikososyal boyutu geri planda kalabilmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları iletişim güçlükleri arasında personel yetersizliği, yorucu çalışma koşulları ve zaman sınırlılığı öne çıkmaktadır (Turan Bayraktar & Kara, 2019; Yırtık & ark., 2023). Kendisini ifade etmekte zorlanan hastalara bakım vermek, hemşirelerde stres ve hayal kırıklığıyla beraber şefkatli ve birey merkezli bir ilişkinin geliştirilmesini de güçleştirmektedir (Kuyler, Heyns & Johnson, 2024).

Yoğun Bakım Ortamına İlişkin Faktörler

Yoğun bakım ünitelerinin fiziksel ve teknolojik özellikleri, hasta-hemşire iletişimini etkileyen çevresel koşulları oluşturmaktadır. Mekanik ventilatörler, hasta başı monitörleri, infüzyon pompaları ve diğer tıbbi cihazlardan kaynaklanan sesler, ünitedeki gürültü düzeyini artırabilmektedir. Sürekli aydınlatma, sık uygulanan girişimler ve yoğun çevresel uyaranlar da hastaların dinlenmesini ve çevrelerine uyumu zorlaştırabilmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Dündar, 2024). Gürültülü ortamlarda

konuşmaların anlaşılması güçleşirken, hastaların düşük sesle ifade ettikleri ihtiyaçlar gözden kaçabilmektedir. Bakım alanlarının fiziksel düzeni ve sık gerçekleştirilen işlemler, mahremiyetin korunmasını ve hasta ile kesintisiz iletişim kurulmasını olumsuz etkileyebilmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016).

Enfeksiyon kontrolü amacıyla uygulanan izolasyon önlemleri ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı da iletişim üzerinde sınırlayıcı etkilere sahiptir. Maske, siperlik ve diğer koruyucu ekipmanlar, sesin anlaşılmasını zorlaştırırken, yüz ifadelerinin görülmesini ve dudak hareketlerinin izlenmesini de engellemektedir. İzolasyon koşullarında fiziksel temasın ve yüz yüze etkileşimin kısıtlanması, hasta ile hemşire arasında kişilerarası mesafe oluştururken özellikle işitme güçlüğü yaşayan veya farklı bir dil konuşan bireylerde daha belirgin hâle gelebilmektedir (Holm & Dreyer, 2023).

Kurumsal düzenlemeler de hasta ile kurulan ilişkinin sürekliliğini belirleyen unsurlardandır. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, bireysel etkileşime ayrılabilecek zamanı sınırlandırabilmektedir (Turan Bayraktar & Kara, 2019). İletişim araçlarının hastaların gereksinimlerine uygun olmaması, özellikle konuşma güçlüğü yaşayan bireylerin kendilerini ifade etmelerini zorlaştırabilmektedir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Yırtık & ark., 2023).

Yoğun Bakımda Etkili Hasta-Hemşire İletişim Yaklaşımları

Yoğun bakımda etkili hasta-hemşire iletişimi, hastanın klinik durumu, bilinç düzeyi ve fiziksel yeterliliklerine uygun yöntemlerin kullanılmasını gerektirmektedir. Özellikle konuşma yeteneği sınırlanan hastalarda karşılıklı etkileşimin sürdürülebilmesi için sözel, sözel olmayan ve alternatif iletişim yaklaşımlarının birlikte değerlendirilmesi faydalı olacaktır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Yırtık & ark., 2023). Bu yöntemlerin

bireysel özelliklere göre uyarlanması, hastanın gereksinimlerinin anlaşılmasını ve bakım sürecine daha etkin katılmasını kolaylaştırabilir (Kuyler, Heyns & Johnson, 2024).

Sözel ve Terapötik İletişim

Sözel iletişim, duygu, düşünce ve bilgilerin kelimeler aracılığıyla aktarılmasını sağlarken terapötik iletişim, hemşirenin hastayı anlamaya ve güvene dayalı bir ilişki geliştirmeye yönelik bilinçli yaklaşımını kapsamaktadır. Yoğun bakım ortamında bu yaklaşımın etkili biçimde uygulanabilmesi, hastanın bilişsel durumu ve iletişim kapasitesi doğrultusunda açık, anlaşılır ve güven verici bir dil kullanılmasını gerektirmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Dündar, 2024).

Aktif dinleme, empati ve yargılayıcı olmayan tutum, terapötik iletişimin bileşenlerindendir. Hemşirenin hastanın ifadelerine dikkatini vermesi, sözünü kesmeden dinlemesi ve duygularını anlamaya çalışması, bireyin kendisini rahatça ifade edebilmesine olanak tanıyabilir. Hastanın korku, kaygı veya rahatsızlıklarını dile getirmesine fırsat verilmesi, psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesini kolaylaştırabilir. Sakin ve saygılı bir ses tonunun kullanılması, hastayla kurulan ilişkinin sürdürülmesi açısından oldukça kıymetlidir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016).

Yoğun bakım hastalarının dikkat ve bilgiyi işleme kapasiteleri farklılık gösterebildiğinden kısa, açık ve somut ifadeler tercih edilmelidir. Tıbbi terimlerin sadeleştirilmesi, yapılacak işlemlerin önceden açıklanması ve hastanın anlayabileceği düzeyde bilgilendirilmesi, bakım uygulamalarını anlamasına yardımcı olabilir. Hemşirenin kendisini tanıtması, hastaya adıyla hitap etmesi ve bakım sırasında iletişimi sürdürmesi, bireyin varlığının ve tercihlerinin dikkate alındığını gösteren yaklaşımlar arasındadır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024).

Soru sorma teknikleri de hastanın yanıt verebilme durumuna göre düzenlenmelidir. Sözel iletişim kurabilen bireylerde duygu ve düşüncelerin açıklanmasını kolaylaştıran açık uçlu sorular kullanılabilirken konuşma yeteneği sınırlanan hastalarda baş hareketi veya göz kırpma gibi işaretlerle yanıtlanabilecek evet/hayır sorularından yararlanılabilir. Hastaya yanıt vermesi için yeterli zaman tanınmalıdır. Mesajın anlaşılmadığı durumlarda ise tahminde bulunmak yerine açıklığa kavuşturmak adına çaba sarf edilmelidir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019).

Sözel Olmayan İletişim

Sözel olmayan iletişim, göz teması, yüz ifadeleri, beden hareketleri, jestler ve dokunma yoluyla mesajların aktarılmasını kapsamaktadır. Özellikle sözel ifade yeteneği sınırlanan yoğun bakım hastalarında bu yöntemler, karşılıklı etkileşimin sürdürülmesi ve hastanın tepkilerinin anlaşılması açısından ele alınmalıdır (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024).

Göz teması ve yüz ifadeleri, hemşirenin hastaya yönelttiği ilgi ve dikkatin gösterilmesinde kullanılabilecek yaklaşımlardır. Hemşirenin mümkün olduğunda hastayla aynı göz seviyesinde bulunması, yüzünü hastaya dönmesi ve sakin bir tutum sergilemesi, iletişimi kolaylaştırabilir. Hastanın yüzünü buruşturması, kaşlarını çatması, gözlerini hareket ettirmesi veya bedeninde gerginlik göstermesi, rahatsızlık yaşadığına ilişkin ipuçlarını gösterebilir. Ancak bu tepkilerin anlamı hastanın klinik durumu ve diğer değerlendirme bulgularıyla birlikte ele alınmalıdır (Dündar, 2024; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Sandnes & Uhrenfeldt, 2022).

Bakım verici dokunma, yoğun bakım hemşireliğinde sözel olmayan iletişim türlerinden biridir. Hastanın elini tutmak veya uygun durumlarda omzuna nazikçe dokunmak, hemşirenin varlığını ve ilgisini ifade etmenin yollarından biridir. Bakım verici dokunma, yalnızca fiziksel temasla sınırlı olmayıp hastayla yakınlık kurma,

güven ilişkisini sürdürme ve insan onurunu gözetme açısından anlam taşıyan bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Dokunmanın hastanın tercihleri, kültürel özellikleri, klinik durumu ve enfeksiyon kontrolü gereklilikleri doğrultusunda uygulanması gerekmektedir (Sandnes & Uhrenfeldt, 2022; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024).

Konuşamayan hastaların baş sallama, göz kırpma, el hareketleri veya yüz ifadeleriyle iletmeye çalıştıkları mesajların dikkate alınması da iletişimin sürdürülmesinde gereklidir. Hemşirenin hastayla birlikte anlaşılır işaretler belirlemesi ve gerektiğinde verilen yanıtları doğrulaması, yanlış anlaşılmaların azaltılmasına yardımcı olabilir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019).

Alternatif ve Destekleyici İletişim Yöntemleri

Alternatif ve destekleyici iletişim sistemleri, sözel iletişim kuramayan veya konuşma becerileri sınırlı olan bireylerin kendilerini ifade etmelerini kolaylaştıran yöntem, araç ve stratejileri kapsamaktadır. Yoğun bakımda bu sistemler, özellikle bilinci açık olmasına rağmen mekanik ventilasyon nedeniyle konuşamayan hastaların ihtiyaçlarını, duygularını ve tercihlerini sağlık profesyonellerine aktarabilmelerine olanak vermektedir (Öz & Yıldız, 2020; Yırtık & ark., 2023).

Düşük teknolojili iletişim yöntemleri, elektronik donanım gerektirmeyen ve klinik ortamda kolaylıkla kullanılabilen araçlardan oluşmaktadır. Kalem ve kâğıt, yazı tahtaları, alfabe kartları, resimli iletişim panoları ve evet/hayır yanıtlarına dayalı işaret sistemleri bu grupta yer almaktadır. El ve parmak hareketlerini kullanabilen hastalar, yazı yazarak veya panolardaki sembolleri işaret ederek kendilerini ifade edebilirken motor becerileri sınırlı olan bireylerde göz hareketleri ve önceden belirlenen işaretlerden yararlanılabilir. Özellikle ağrı, susuzluk, pozisyon değiştirme ve diğer temel ihtiyaçları gösteren görsel materyaller, hastanın iletmek istediği

mesajın anlaşılmasını kolaylaştırabilir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Öz & Yıldız, 2020; Yırtık & ark., 2023).

Yüksek teknolojili iletişim sistemleri ise tabletler, bilgisayarlar, özel yazılımlar ve elektronik iletişim cihazları gibi araçları kapsamaktadır. Bu sistemlerde hastalar, ekrandaki sembolleri veya yazılı ifadeleri seçerek ihtiyaçlarını iletebilmektedir. Bazı uygulamalarda seçilen mesajlar sesli çıktıya dönüştürülebilir. Göz hareketleriyle kontrol edilebilen sistemler de el ve kol hareketleri sınırlı, ancak uygun bilişsel ve görsel yeterliliğe sahip hastalar için alternatif oluşturabilmektedir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Öz & Yıldız, 2020; Yırtık & ark., 2023).

Alternatif iletişim yöntemlerinin seçiminde her hastaya aynı aracın uygulanması yerine bireysel değerlendirme yapılması gerekmektedir. Hasta seçilen yöntemi anlayabilmeli ve fiziksel olarak kullanabilmelidir. Gerektiğinde dil ve konuşma terapistleri ile diğer sağlık profesyonellerinin değerlendirmelerinden yararlanılması, uygun iletişim aracının belirlenmesini kolaylaştırabilir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Yırtık & ark., 2023).

İletişim Güçlüğü Yaşayan Hastalara Özgü Yaklaşımlar

Yoğun bakım hastalarının iletişim yeterlilikleri; bilinç düzeyi, sedasyon durumu, solunum desteği ve nörolojik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle kullanılacak yöntemlerin hastanın mevcut durumuna göre uyarlanması, bireyselleştirilmiş bakıma fayda katacaktır (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019).

Bilinci kapalı veya sedasyon altındaki hastalarda**,** sözel yanıt alınamaması iletişimin sonlandırılması için bir gerekçe oluşturmamalıdır. Hastaya adıyla hitap edilmesi, gerçekleştirilecek işlemlerin açıklanması ve bakım sırasında saygılı bir dil kullanılması, insan onurunu gözeten hemşirelik yaklaşımının bir parçasıdır. Bu hastalarda işitsel algının korunma düzeyi farklılık

gösterebileceğinden, verilen mesajların mutlaka algılandığı varsayılmamalıdır. Hemşire hastanın tepkilerini izlemeli ve iletişim girişimlerini klinik duruma göre düzenlemelidir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Öz & Yıldız, 2020).

Entübe ve mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda, konuşmanın engellenmesi iletişim yöntemlerinin yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir. Bilinci açık olan hastalara konuşma güçlüğünün nedeni anlaşılır biçimde açıklanmalı ve kendilerini ifade edebilmeleri için uygun seçenekler sunulmalıdır. Baş hareketleri, göz kırpma, yazı tahtaları veya iletişim panoları gibi yöntemler, hastanın fiziksel kapasitesine göre kullanılabilir. İletilen mesajın anlaşılmadığı durumlarda sabırlı davranılması, hastaya zaman tanınması ve verilen yanıtların doğrulanması, karşılıklı etkileşimin sürdürülmesini kolaylaştırabilir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019).

Deliryum veya ajitasyon yaşayan hastalarda, dikkat, algılama ve yönelimdeki değişiklikler nedeniyle kısa, açık ve sakin ifadeler kullanılmalıdır. Hemşirenin kendisini tanıtması, hastaya bulunduğu ortamı açıklaması ve gerektiğinde zaman ile yer konusunda yeniden yönlendirme yapması, çevresini anlamlandırmasına yardımcı olabilir (Dündar, 2024; Öz & Yıldız, 2020). Gürültünün azaltılması, uyku düzeninin korunması ve uygun hastalarda gözlük veya işitme cihazı gibi yardımcı araçların kullanılması, deliryuma yönelik çok bileşenli, ilaç dışı bakım yaklaşımları arasında yer almaktadır. Hastanın ajitasyon veya huzursuzluk göstermesi durumunda ise yalnızca davranışa odaklanılmamalıdır. Ağrı, korku ve diğer olası klinik nedenler de değerlendirilmelidir (Devlin & ark., 2018; Dündar, 2024; Öz & Yıldız, 2020).

Etkili Hasta-Hemşire İletişiminin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Yoğun bakım hemşireleri, hastalarla sürekli ve yakın etkileşim içerisinde bulunmaları nedeniyle iletişim gereksinimlerinin belirlenmesinde ve uygun yaklaşımların bakım sürecine dâhil edilmesinde bazı sorumluluklar üstlenmektedir. Bu sorumluluklar, hastanın kendisini ifade edebilme kapasitesinin değerlendirilmesini, bireysel özelliklerine uygun iletişim yöntemlerinin belirlenmesini ve karşılıklı etkileşimin sürdürülmesini kapsamaktadır. Hemşirelerin iletişime yönelik bilgi, beceri ve tutumları, hastanın yalnızca fizyolojik gereksinimlerinin değil, psikososyal ve duygusal ihtiyaçlarının da dikkate alındığı bütüncül bakım anlayışının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Güler & ark., 2021; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024; Li & ark., 2026).

Etkili iletişimin gerçekleştirilmesinde hemşirenin öncelikli sorumluluklarından biri, hastanın iletişim kapasitesini sistematik biçimde değerlendirmektir. Bu değerlendirmede bilinç düzeyi, sedasyon durumu, bilişsel yeterlilik, görme ve işitme işlevleri ile motor beceriler dikkate alınmalıdır. Ayrıca hastanın konuşma yeteneğini sınırlayan tıbbi girişimler, dil farklılıkları ve bireysel tercihleri belirlenerek iletişim kurmasını zorlaştıran durumlar tanımlanmalıdır. Bu özelliklerin değerlendirilmesi, hastanın kullanabileceği iletişim yönteminin seçilmesine yardımcı olabilir (Dündar, 2024; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024; Yırtık & ark., 2023).

Değerlendirme sonucunda elde edilen bilgilerle hemşire, hastanın kullanabileceği iletişim yöntemlerini belirlemeli ve bunları bakım uygulamalarına dâhil etmelidir. Bu süreçte bireyin bilişsel ve fiziksel yeterlilikleri kadar seçilen yöntemi anlayabilmesi ve kullanabilmesi de göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle konuşma yeteneği sınırlanan hastalarda alternatif ve destekleyici iletişim araçlarının uygun biçimde kullanılması, ihtiyaçların ve tercihlerin ifade edilmesini kolaylaştırabilir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Öz

& Yıldız, 2020; Yırtık & ark., 2023). Hastanın klinik durumundaki değişikliklere göre iletişim planının yeniden düzenlenmesi ve gerektiğinde dil ve konuşma terapistleri ile diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapılması, bireyselleştirilmiş bakımın sürdürülmesine destek sağlayabilir (Yırtık & ark., 2023).

Hemşirenin bir diğer sorumluluğu, iletişim yeterliliğini mesleki gelişimin bir parçası olarak sürdürmesidir. Yoğun bakım hemşirelerinin iletişim becerilerini değerlendiren araştırmalarda, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların ve iletişim konusunda eğitim alanların beceri puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Güler & ark., 2021). Bu bulgular ışığında hemşirelerin iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve sürekliliğinin devamı önerilmektedir. Özellikle sözel iletişim kuramayan hastaların gereksinimlerinin anlaşılması, alternatif iletişim araçlarının kullanımı ve terapötik yaklaşımın sürdürülmesi, eğitim programlarında ele alınabilecek konular arasındadır (Güler & ark., 2021; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019).

Yoğun bakımın yoğun iş temposu ve karmaşık bakım gereksinimleri, hemşirelerin hastalarla etkileşime ayırabildikleri zamanı ve duygusal kaynaklarını sınırlandırabilmektedir. İletişim güçlüğü yaşayan hastalara bakım vermenin hemşireler açısından stresli ve zorlayıcı deneyimler oluşturabildiği bildirilmektedir (Adams, Mannix & Harrington, 2017; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024). Bu nedenle hemşirelerin iletişim yeterliliklerinin geliştirilmesi, mesleki ve psikolojik gereksinimlerinin gözetilmesi, ekip içi iş birliğinin güçlendirilmesi ve uygun kurumsal düzenlemelerin yapılması önerilmektedir (Li & ark., 2026).

Hemşireler, teknolojik uygulamaların yoğun olduğu bakım ortamında hastanın bireyselliğinin ve insan onurunun korunmasından görevlidirler. Hastanın duygu, düşünce, kültürel değer ve tercihlerinin dikkate alınması, birey merkezli ve şefkatli bakım anlayışının temel bileşenleri arasındadır (Kuyler, Heyns &

Johnson, 2024; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024). Sözel yanıt alınamayan durumlarda dahi hastaya saygılı biçimde yaklaşılması, gerçekleştirilen işlemler hakkında bilgi verilmesi ve bireyin tepkilerinin önemsenmesi, bakım ilişkisinin insani boyutunu güçlendirebilir. Bu kapsamda bakım verici dokunma gibi sözel olmayan yaklaşımlar da hemşirenin hastaya yönelik ilgisini ve varlığını ifade etmesinin yollarından biri olarak değerlendirilmektedir (Sandnes & Uhrenfeldt, 2024).

Hastanın klinik durumu elverdiği ölçüde tercihlerini ifade etmesine fırsat verilmeli, kendisini ilgilendiren uygulamalar hakkında bilgilendirilmeli ve karar süreçlerine katılımı desteklenmelidir (Dündar, 2024; Kuyler, Heyns & Johnson, 2024). Hemşireler, hasta ve ailesi ile sağlık ekibi arasında bilgi paylaşımının kolaylaştırılmasında kritik bir konumdadır. Aile üyelerinin iletişim gereksinimlerinin belirlenmesi, anlaşılır ve tutarlı bilgilendirme yapılması ve uygun koşullarda bakım sürecine katılımlarına olanak tanınması, yoğun bakım hemşireliğinin iletişime yönelik sorumlulukları arasında yer almaktadır (Adams, Mannix & Harrington, 2017; Li & ark., 2026).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç

YBÜ'de hemşirelik bakımı, hastaların fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik, duygusal ve sosyal gereksinimlerini de kapsayan bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir (Aktaş & Baysan Arabacı, 2016). Hasta-hemşire iletişimi, hastaların gereksinimlerini ifade etmelerini, bakım sürecine katılmalarını ve bireyselliklerinin korunmasını hedefleyen temel bir bakım bileşenidir (Kuyler, Heyns & Johnson, 2024). Ancak entübasyon, trakeostomi, sedasyon, bilinç değişiklikleri ve fiziksel sınırlılıklar hastaların iletişim kurmasını güçleştirmektedir. Özellikle konuşamayan hastalar, kendilerini ifade edememeye bağlı olarak

korku, çaresizlik ve kontrol kaybı yaşayabilmektedir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Öz & Yıldız, 2020). Hemşirelerin yoğun iş yükü ve zaman kısıtlılığı da etkili iletişimin sürdürülmesini olumsuz etkileyebilmektedir (Turan Bayraktar & Kara, 2019).

Bu güçlüklerin azaltılmasında hastaların bireysel özelliklerine uygun iletişim yöntemleri kullanılmalıdır. Terapötik iletişim, sözel olmayan yaklaşımlar ve alternatif ve destekleyici iletişim yöntemleri, hastaların kendilerini ifade etmelerini kolaylaştırabilir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Sandnes & Uhrenfeldt, 2024; Yırtık & ark., 2023). Bu doğrultuda hemşirelerin iletişim gereksinimlerini değerlendirmesi ve uygun yaklaşımları bakım sürecine dâhil etmesi, birey merkezli ve şefkatli hemşirelik bakımının sürdürülmesi açısından önemlidir.

Öneriler

Yoğun bakımda etkili hasta-hemşire iletişiminin geliştirilmesi için hemşirelik eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerde iletişim becerilerine daha fazla yer verilmesi önerilmektedir. Özellikle konuşma yeteneği sınırlanan hastalarla iletişim, terapötik iletişim teknikleri, sözel olmayan yaklaşımlar ve alternatif iletişim araçlarının kullanımı üzerinde durulmalıdır (Güler & ark., 2021; Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019).

Klinik uygulamalarda hastaların iletişim kapasiteleri düzenli olarak değerlendirilmeli ve bireysel gereksinimlerine uygun iletişim yöntemleri belirlenmelidir. Bu amaçla YBÜ'de iletişim panoları, resimli kartlar ve yazı tahtaları gibi araçlar bulundurulmalıdır. Uygun hastalarda teknolojik iletişim sistemlerinden yararlanılması değerlendirilmelidir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Öz & Yıldız, 2020; Yırtık & ark., 2023).

Kurumsal düzeyde hemşirelerin hastalarla iletişime yeterli zaman ayırabilmelerini destekleyen çalışma koşulları oluşturulmalı, iş yükü ve personel yetersizliğinden kaynaklanan güçlüklerin

azaltılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Hasta ve ailelerinin iletişim sürecine katılımı desteklenmeli, hemşireler ile diğer sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği güçlendirilmelidir (Adams, Mannix & Harrington, 2017; Li & ark., 2026; Turan Bayraktar & Kara, 2019).

Gelecekte yapılacak araştırmalarda ise alternatif ve destekleyici iletişim yöntemlerinin hastaların iletişim deneyimleri, psikolojik iyilik hâlleri ve bakım sürecine katılımları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu alanda yürütülecek kontrollü çalışmalar, etkili iletişim yaklaşımlarına ilişkin bilimsel kanıtların güçlendirilmesine katkı sağlayabilir (Karlsen, Ølnes & Heyn, 2019; Yırtık & ark., 2023).

Kaynakça

Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review. *Nursing in Critical Care, 22*(2), 70–80. https://doi.org/10.1111/nicc.12141

Aktaş, Y., & Baysan Arabacı, L. (2016). Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1*(3), 39–43. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/article/595264

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., . . . Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine, 46*(9), e825–e873. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

Dündar, D. (2024). *Acil ve yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. AVESİS. https://avesis.istanbul.edu.tr/yonetilen-tez/deb994cd-4056-4973-9045-dcacf35662eb/acil-ve-yogun-bakim-birimlerinde-calisan-hemsirelerin-iletisim-becerilerinin-degerlendirilmesi

Eroğlu, N. (2022). Yoğun bakım hemşireliğinin tarihçesi ve temel kavramlar. İçinde A. Sezen & G. Temiz (Eds.), *Yoğun bakım hemşireliği* (ss. 1–20). Ema Tıp Kitabevi.

Güler, S., Dirgar, E., Kaplan, B., Avcı, S., & Çiğdem, Z. (2021). Yoğun bakım hemşirelerinin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek*

Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 1014–1026. https://doi.org/10.33715/inonusaglik.849931

Holm, A., & Dreyer, P. (2023). Nurses' experiences of the phenomenon 'isolation communication'. *Nursing in Critical Care, 28*(6), 885–892. https://doi.org/10.1111/nicc.12844

Karlsen, M.-M. W., Ølnes, M. A., & Heyn, L. G. (2019). Communication with patients in intensive care units: A scoping review. *Nursing in Critical Care, 24*(3), 115–131. https://doi.org/10.1111/nicc.12377

Kuyler, A., Heyns, T., & Johnson, E. (2024). Critical care nurses' experiences of communication-vulnerable patients in the intensive care unit and the influence on rendering compassionate care. *Southern African Journal of Critical Care, 40*(1), Article e750. https://doi.org/10.7196/SAJCC.2024.v40i1.750

Li, Z. R., Lu, F. Y., Abshire Saylor, M., Hwang, H., Wei, J. H., Chu, J. Q., Zhang, P., Dong, L., Wang, H. F., & Wenzel, J. (2026). Communication in the intensive care unit: Experiences and perspectives of critical care nurses in China. *Intensive and Critical Care Nursing, 95*, Article 104450. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2026.104450

Öz, H., & Yıldız, İ. (2020). Yoğun bakımda iletişim. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, (55), 60–63. https://sdplatform.com/yogun-bakimda-iletisim/

Sandnes, L., & Uhrenfeldt, L. (2022). Caring touch in intensive care nursing: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 17*(1), Article 2092964. https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2092964

Sandnes, L., & Uhrenfeldt, L. (2024). Caring touch as communication in intensive care nursing: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-*

being, 19(1), Article 2348891. https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2348891

Sarı, T., & Özkan, B. (2019). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iletişim becerileri ile hasta bakımı konusunda zorluk yaşadıkları durumlara ilişkin yaklaşımların belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 23*(2), 64–72. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/article/550264

Temür, B. N., Çatal, E., & Özdemir, C. (2022). Hasta ve hasta yakınları arasındaki duvar: Yoğun bakım ünitelerinde iletişim. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi, 1*(2), 48–54. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ahd/article/1092088

Turan Bayraktar, D., & Kara, G. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin iletişim kurulamayan hastaya yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8*(2), 27–34. https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/article/446135

Yırtık, H. N., Yelek, E. N., Karahan, T., Bozkuş, İ. B., & Kulak Kayıkçı, M. E. (2023). Yoğun bakımda tedavi gören bireyler için yüksek teknolojili alternatif ve destekleyici iletişim sistemi gereksinimlerinin belirlenmesi ve prototip geliştirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 10*(1), 58–84. https://doi.org/10.21020/husbfd.1110709

BÖLÜM 2

OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARDA VE ERGENLERDE AKRAN ZORBALIĞI: SAĞLIK SONUÇLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Ezgi SARI[1]
Tuğba YAPAR[2]

Giriş

Okul yıllarında akranlar arasında yaşanan zorbalık, uzun süre çocukluğun olağan bir parçası gibi görülmüş bir sorundur. Konu Batı edebiyatında 150 yılı aşkın süredir yer almasına karşın, bilimsel araştırmalar ancak 1970'li yıllarda İskandinavya'da başlamıştır (Hymel & Swearer, 2015). Bugün akran zorbalığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Zorbalık, çocukluk ve ergenlik döneminde sağlık, sosyal ilişkiler ve eğitim alanlarında olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Armitage, 2021).

Zorbalığın etkileri yalnızca zorbalığa uğrayan çocukla sınırlı kalmaz. Zorbalık yapan ve hem zorba hem mağdur olan çocuklar da

[1] Arş. Gör. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Orcid: 0000-0002-0776-1318
[2] Arş. Gör. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Orcid: 0000-0003-1880-8297

bu sonuçlardan etkilenir ve etkiler yetişkinliğe kadar uzanabilir (Armitage, 2021; Arseneault, 2018). Buna karşın zorbalık hala sıklıkla "büyümenin bir parçası" olarak görülmekte ve sağlık profesyonellerinin gündeminde yeterince yer almamaktadır (Wolke & Lereya, 2015). Bu bölümde okul çağı çocuklarda ve ergenlerde akran zorbalığının tanımı, türleri, yaygınlığı, risk etkenleri ve sağlık sonuçları ele alınmakta ve okul sağlığı, çocuk sağlığı ve ruh sağlığı hemşirelerinin önleme ve müdahaledeki rolleri tartışılmaktadır.

Akran Zorbalığının Tanımı ve Türleri

Tanım ve Temel Ölçütler

Olweus'un öncü çalışmalarından bu yana zorbalık, saldırgan davranışın özel bir alt türü olarak tanımlanmaktadır. Bir davranışın zorbalık sayılabilmesi için üç ölçüt aranır: davranışın kasıtlı olması, belirli ölçüde yinelenmesi ve taraflar arasında güç dengesizliği bulunması (Olweus, 2013). Bu ölçütler arasında gücün kötüye kullanılması, zorbalığı diğer saldırganlık biçimlerinden ayıran temel özellik olarak görülmektedir. Söz konusu ölçütler ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ile Amerikan Psikoloji Derneği gibi kurumlarca da benimsenmiştir (Hymel & Swearer, 2015).

CDC'nin halk sağlığı amacıyla geliştirdiği ortak tanıma göre zorbalık; kardeş ya da flört ilişkisindeki bir partner olmayan bir genç ya da gençlerden oluşan bir grup tarafından yapılan, istenmeyen saldırgan davranışlardır. Bu davranışlar gözlenen ya da algılanan bir güç dengesizliği içerir ve birden çok kez yinelenir ya da yinelenme olasılığı yüksektir. Zorbalık, hedef alınan gence fiziksel, psikolojik, sosyal ya da eğitsel zarar verebilir (Gladden et al., 2014).

Zorbalık çoğunlukla hedef alınan çocuk tarafından kışkırtılmadan ortaya çıktığı için proaktif saldırganlığın bir biçimi olarak değerlendirilir. Kasıt ölçütü, failin niyeti doğrudan sorularak değil, olayın bağlamından çıkarılır. Zorbalık yapan kişinin

davranışının karşı tarafça rahatsız edici ya da incitici bulunacağını bilmesi, davranışı saldırgan olarak nitelemek için genellikle yeterlidir (Olweus, 2013). Güç dengesizliği ölçütü ise zorbalığı, benzer güçteki iki öğrenci arasındaki kavga ya da anlaşmazlıktan ayırır (Olweus, 2013). Ne var ki çocuklar zorbalığı tarif ederken bu ölçütlere nadiren değinmekte, ölçme araçları da bu ölçütleri her zaman içermemektedir. Bu durum, zorbalığı diğer saldırganlık biçimlerinden ayırmayı zorlaştırmaktadır (Hymel & Swearer, 2015).

Zorbalık Türleri

CDC tanımı zorbalığı iki biçim ve dört tür altında sınıflandırır. Doğrudan zorbalık hedef alınan çocuğun yanında gerçekleşir; dolaylı zorbalık ise ona doğrudan yöneltilmez, örneğin hakkında zarar verici söylentiler yayılır. Türler açısından fiziksel zorbalık vurma, tekmeleme, itme, tükürme ve çelme takma gibi davranışları kapsar. Sözel zorbalık, alay etme, lakap takma, tehdit etme, tehditkar yazılı notlar ya da el hareketleri ile uygunsuz cinsel sözleri içerir. İlişkisel zorbalık, çocuğu akranlarından yalıtmayı, görmezden gelmeyi ya da söylenti ve küçük düşürücü paylaşımlarla itibarını zedelemeyi amaçlar. Eşyaya zarar verme ise çocuğun eşyalarının alınıp geri verilmemesi ya da tahrip edilmesi gibi davranışlardır (Gladden et al., 2014).

Teknoloji kullanımı ergenler arasında giderek yaygınlaşmakta ve risk alma ile yeni deneyim arama eğilimlerinin yüksek olduğu bu dönemde teknoloji bağımlılığı önemli bir sorun olarak öne çıkmaktadır; Türkiye'de yapılan çalışmalarda ergenlerde teknoloji bağımlılığı oranlarının %2,33 ile %14 arasında değiştiği bildirilmektedir (Ektiricioğlu et al., 2020). Teknoloji aracılığıyla gerçekleşen zorbalık, CDC tanımında ayrı bir tür olarak değil, okul ya da mahalle gibi zorbalığın yaşandığı bir bağlam olarak ele alınır (Gladden et al., 2014). Siber zorbalık, tekrar ve güç dengesizliği ölçütlerinin nasıl uygulanacağı konusunda tartışmalara yol açmıştır.

Örneğin utandırıcı bir fotoğrafın internette paylaşılması tek bir eylemdir. Ancak kısa sürede çok sayıda kişiye ulaşabilir (Olweus, 2013). Siber zorbalık araştırmalarını bir araya getiren bir meta-analizde, siber zorbalık yapmayla en güçlü ilişkili etkenlerin saldırganlığı olağan gören inançlar ve ahlaki uzaklaşma olduğu bulunmuştur. Siber mağduriyetle en güçlü ilişkiler ise stres ve intihar düşüncesi için saptanmıştır (Kowalski et al., 2014).

Siber zorbalığın büyük ölçüde geleneksel zorbalıkla iç içe geçtiği görülmektedir. Norveç verilerinde siber zorbalığa karışan öğrencilerle geleneksel zorbalığa karışanlar arasındaki örtüşme %90'ın üzerindedir. Yalnızca elektronik ortamda zorbalığa uğrayan ya da zorbalık yapan öğrencilerin payı yaklaşık %10'dur. Bu bulgular, elektronik ortamın çok az sayıda yeni mağdur ve zorba yarattığını düşündürmektedir (Olweus, 2013). Benzer biçimde, siber zorbalığa uğrayan çocukların çoğunun geleneksel zorbalığa da uğradığı bildirilmektedir (Armitage, 2021).

Zorbalıkta Roller

Zorbalık araştırmalarında çocuklar genellikle üç grupta incelenir: zorbalık yapanlar, zorbalığa uğrayanlar ve hem zorbalık yapıp hem zorbalığa uğrayanlar (zorba-mağdurlar) (Cook et al., 2010). Ancak zorbalık yalnızca iki kişi arasında geçen bir olay değil, bir grup sürecidir. Zorbalık olaylarının çoğunda olaya tanık olan akranlar bulunur. Salmivalli (2010), olayı başlatan elebaşı zorba ve mağdurun yanı sıra dört rol daha tanımlamıştır: zorbaya katılan yardımcılar, gülerek ya da alkışlayarak zorbayı cesaretlendiren pekiştiriciler, olaydan uzak duran dışarıdakiler ve mağdurun yanında yer alan savunucular. Çocuk ve ergen örneklemlerinde elebaşı zorbaların oranı genellikle %5–15 arasındadır. Zorbalığın ardındaki temel güdünün akran grubunda yüksek statü ve baskın bir konum elde etme isteği olduğu düşünülmektedir (Salmivalli, 2010).

Tanıkların mağdura daha sık yardım etmemesinin birkaç nedeni vardır. Olayı çok sayıda kişinin izlemesi sorumluluğun dağılmasına yol açar. Her çocuk bir başkasının müdahale edeceğini düşünebilir. Zorbalığın büyük bölümü sözel ve psikolojik olduğu için "şakaydı" denilerek kolayca geçiştirilebilir. Zorbaların çoğu zaman popüler ve güçlü görülmesi de tanıkların kendi statülerini korumak için mağdurdan uzak durmasına neden olabilir. Bununla birlikte tanıkların çoğu zorbalığı yanlış bulmakta ve mağdura üzülmektedir. Bu nedenle tanıkların var olan tutumlarını davranışa dönüştürmek, zorbanın davranışını yalnızca yetişkin yaptırımlarıyla değiştirmeye çalışmaktan daha gerçekçi bir hedef olarak görülmektedir (Salmivalli, 2010).

Rollerin profilleri de birbirinden farklıdır. Yalnızca zorbalık yapan çocukların güçlü, popüler ve sosyal-duygusal anlayışı iyi çocuklar olabildiği bildirilmektedir. Mağdurlar ise daha içe kapanık, kendini ortaya koymakta güçlük çeken ve kolay üzülen çocuklar olarak tanımlanmaktadır. Zorba-mağdurlar saldırgan ve kolay öfkelenen, akranlarınca daha az sevilen, sık sık kardeşlerinin zorbalığına uğrayan ve daha düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerden gelen çocuklardır (Wolke & Lereya, 2015).

Yaygınlık

Dünyada ve Avrupa'da Yaygınlık

Zorbalığın yaygınlığı ölçme yöntemine, yaşa, cinsiyete ve ülkeye göre büyük farklılık gösterir. Çalışmalarda öğrencilerin %10–33'ü akranlarınca zorbalığa uğradığını, %5–13'ü ise başkalarına zorbalık yaptığını bildirmektedir. Akran zorbalığı okul öncesi dönemde de görülebilmekle birlikte ortaokul yıllarında en yüksek düzeye ulaşır ve lise sonuna doğru bir ölçüde azalır (Hymel & Swearer, 2015).

Düşük, orta ve yüksek gelirli 83 ülkede 12–17 yaş arasındaki 317.869 ergenin verilerini inceleyen bir çalışmada, son 30 gün içinde

en az bir gün zorbalığa uğrama oranı %30,5 bulunmuştur. Oran en yüksek Doğu Akdeniz (%45,1) ve Afrika (%43,5) bölgelerinde, en düşük Avrupa'da (%8,4) saptanmıştır. Erkek olmak, ortalamanın altındaki sosyoekonomik düzey ve daha küçük yaş zorbalığa uğrama riskiyle ilişkili bulunmuştur (Biswas et al., 2020).

Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışları (HBSC) araştırmasının 2021/2022 döneminde Avrupa, Orta Asya ve Kanada'daki 44 ülke ve bölgede 11, 13 ve 15 yaşındaki ergenler değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ergenlerin %11'i son birkaç ayda okulda ayda en az iki-üç kez zorbalığa uğradığını, %6'sı ise başkalarına zorbalık yaptığını bildirmiştir. Siber zorbalığa uğrama oranı %15'tir. Her sekiz ergenden biri başkalarına siber zorbalık yaptığını belirtmiş, bu oran 2018'e göre hafif bir artış göstermiştir (Cosma et al., 2024).

Geleneksel ve siber zorbalığı aynı çalışmalarda karşılaştıran 80 araştırmanın meta-analizinde, geleneksel zorbalığa karışma oranı ortalama %35, siber zorbalığa karışma oranı %15 bulunmuştur. Geleneksel zorbalık siber zorbalığın yaklaşık iki katı yaygındır ve iki biçim birbiriyle güçlü biçimde ilişkilidir (Modecki et al., 2014). ABD'de dört yıl boyunca izlenen geniş örneklemlerde de sözel zorbalığa uğrama oranı ortalama %17,6 iken siber zorbalığa uğrama oranı %4,5 olarak kalmıştır (Olweus, 2013).

Türkiye'de Yaygınlık

Türkiye, HBSC araştırmasının 2021/2022 dönemine katılmamıştır (Cosma et al., 2024). Bu nedenle güncel ve uluslararası karşılaştırmaya olanak veren ulusal veriler sınırlıdır ve mevcut bilgiler büyük ölçüde bölgesel çalışmalara dayanmaktadır. Ankara'da bir ortaokulda 240 öğrenciyle yapılan bir çalışmada zorba olarak belirlenen öğrencilerin oranı %10,8, mağdur olarak belirlenenlerin oranı %13,8, hem zorba hem mağdur olanların oranı ise %4,6 bulunmuştur. Öğrencilerin %80'i ise bu rollerin hiçbirinde

yer almamıştır. Zorbalık puanları cinsiyete ve okulu sevme durumuna, mağduriyet puanları ise sınıf düzeyine göre farklılık göstermiştir (Öztürk et al., 2019).

Trabzon'un Tonya ilçesinde 3., 4. ve 5. sınıflardaki 157 öğrenciyle yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %8,3'ünün ailesinden fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Zorbalık ölçeği puanları cinsiyet, aile gelir düzeyi, öğrenim düzeyi ve evde şiddete maruz kalma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir (Sarı & Demirbağ, 2019).

Risk Etkenleri

Bireysel Etkenler

1970'ten bu yana yapılmış 153 çalışmayı bir araya getiren bir meta-analiz, her rol için hem ortak hem de role özgü risk etkenleri tanımlamıştır. Buna göre zorbalık yapan çocuklarda dışa yönelim gösteren davranış sorunları ve içe yönelim gösteren belirtiler birlikte görülebilir. Bu çocuklar sosyal yeterlik ve akademik başarı açısından güçlük yaşar, başkalarına karşı olumsuz tutumlar taşır ve sorun çözmekte zorlanır. Zorbalığa uğrayan çocuklarda ise içe yönelim gösteren belirtiler, yetersiz sosyal beceriler, kendine ilişkin olumsuz düşünceler ve akranlar tarafından reddedilip yalnız bırakılma öne çıkar. Zorba-mağdurlar her iki tür sorunu birlikte yaşar. Sosyal yeterlikleri ve akademik başarıları düşüktür (Cook et al., 2010).

Cinsiyet açısından erkekler daha fazla zorbalık yaptığını, kızlar ise daha fazla zorbalığa uğradığını bildirmektedir (Hymel & Swearer, 2015). Ancak 83 ülkenin verilerinde erkek olmak zorbalığa uğrama riskiyle de ilişkili bulunmuştur (Biswas et al., 2020). Herhangi bir yönüyle "farklı" algılanan çocuklar daha yüksek risk altındadır ve fiziksel görünüm, zorbalığın en sık tetikleyicisidir (Armitage, 2021). Kilo bu açıdan önemli bir etkendir: toplam 55.231 ve 58.520 çocuğu kapsayan iki meta-analizde hem fazla kilolu hem de obez çocukların normal kilolu akranlarına göre daha sık zorbalığa

uğradığı gösterilmiştir. Bu ilişki kız ve erkeklerde benzerdir (van Geel et al., 2014).

Aile Etkenleri

Çocuğun okul öncesindeki aile deneyimleri, okulda uyum sağlama ve akran ilişkilerini yönetme becerisini biçimlendirir. Ebeveyn davranışlarını inceleyen bir meta-analizde, zorbalığa uğrayan ve zorba-mağdur olan çocukların istismar, ihmal ve uyumsuz ebeveyn tutumlarıyla daha sık karşılaştığı bulunmuştur. Bu ilişki mağdurlar için küçük-orta, zorba-mağdurlar için orta düzeydedir. Ebeveynle iyi iletişim, sıcak ve sevecen bir ilişki, ebeveynin çocuğun yaşamına katılımı, desteği ve denetimi ise zorbalığa uğramaya karşı koruyucudur (Lereya et al., 2013).

Zorbalık yapan çocukların aile ortamı da çatışma ve yetersiz ebeveyn denetimiyle nitelenmektedir (Cook et al., 2010). Küresel verilerde ebeveynin çocuğun sorunlarını anlaması ve çocukla boş zaman geçirmenin önemini bilmesi, zorbalığa uğrama riskini azaltan etkenler arasındadır (Biswas et al., 2020). Türkiye'de ilkokul çağındaki çocuklarla yapılan çalışmada da aile gelir düzeyi ve evde şiddete maruz kalma, zorbalıkla ilişkili bulunmuştur (Sarı & Demirbağ, 2019).

Okul ve Akran Ortamı

Zorbalık bir sosyal bağlam içinde gerçekleşir ve bu bağlam bireysel özellikler kadar belirleyicidir. Zorbalık yapan çocuklar okul atmosferini daha olumsuz algılamakta ve akranlarından olumsuz yönde etkilenmektedir. Mağdurlar ise akranları tarafından belirgin biçimde reddedilmekte ve yalıtılmaktadır (Cook et al., 2010). Akran desteği güçlü bir koruyucu etkendir: akran desteği yüksek ergenlerde zorbalığa uğrama olasılığı yaklaşık yarı yarıya düşüktür (Biswas et al., 2020). Tanıkların zorbayı ödüllendirmesi ve grubun zorbaya yüksek statü tanıması zorbalığın sürmesini kolaylaştırır. Grup bu

ödülü vermediğinde zorbalığın önemli bir kazancı ortadan kalkar (Salmivalli, 2010).

Akran Zorbalığının Sağlık Sonuçları

Fiziksel ve Psikosomatik Sonuçlar

Zorbalığın sonuçları üç başlıkta toplanabilir: çocukluk dönemindeki eğitsel sonuçlar, çocukluk dönemindeki sağlık sonuçları ve yetişkinlikteki sonuçlar. Zorbalığın sıklığı ve yoğunluğu arttıkça sağlık sonuçlarının ağırlığı da artmaktadır; yani doz-yanıt ilişkisi söz konusudur (Armitage, 2021). Zorbalığa uğramayla psikosomatik yakınmalar arasındaki ilişkiyi inceleyen 30 çalışmanın meta-analizinde, zorbalığa uğrayan çocuk ve ergenlerin psikosomatik sorun yaşama riskinin akranlarına göre anlamlı biçimde yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu risk boylamsal çalışmalarda 2,39 kat, kesitsel çalışmalarda 2,17 kat bulunmuştur (Gini & Pozzoli, 2013). Baş ağrısı, karın ağrısı ve uyku sorunları gibi yakınmalar nedeniyle okul revirine sık başvuru, zorbalığın önemli bir işareti olabilir (Arslan & Savaşer, 2009). Birçok çocuk zorbalık ve buna bağlı sağlık sorunları nedeniyle okula gitmekten de kaçınmaktadır (Wolke & Lereya, 2015).

Ruh Sağlığı Sonuçları

Zorbalığa uğramanın sağlık ve psikososyal sonuçlarını inceleyen 165 çalışmanın meta-analizinde, zorbalığa uğrama çok sayıda olumsuz sonuçla ilişkili bulunmuştur. Nedensel ilişki kanıtları en güçlü olarak depresyon, anksiyete, genel sağlığın kötü olması ve intihar düşüncesi ile davranışı için elde edilmiştir. Sigara ve yasa dışı madde kullanımıyla da olası bir nedensel ilişki saptanmıştır (Moore et al., 2017).

İntihar riski yalnızca mağdurlarla sınırlı değildir. 47 çalışmayı kapsayan bir meta-analizde zorbalığa uğramak, zorbalık yapmak ve zorba-mağdur olmak, intihar düşüncesi ve davranışı

riskiyle ayrı ayrı ilişkili bulunmuş ve risk 2,12 ile 4,02 kat arasında değişmiştir (Holt et al., 2015). Ruh sağlığı açısından en ağır sonuçları ise zorba-mağdurların yaşadığı bildirilmektedir (Armitage, 2021).

Siber zorbalık için de benzer bir tablo vardır. 156.384 çocuk ve genci kapsayan sistematik derlemede, siber zorbalığa uğrayanların uğramayanlara göre kendine zarar verme olasılığı 2,35 kat, intihar davranışı olasılığı 2,10 kat, intihar girişimi olasılığı 2,57 kat ve intihar düşüncesi olasılığı 2,15 kat yüksek bulunmuştur. Siber zorbalık yapanlarda da intihar davranışı ve düşüncesi riski daha düşük düzeyde de olsa artmıştır (John et al., 2018). Bununla birlikte, hem geleneksel hem siber zorbalığa uğrayan çocuklarda siber zorbalığın ek etkisinin sınırlı olabileceği, olumsuz etkinin özellikle yalnızca elektronik yolla zorbalığa uğrayan küçük grupta belirginleştiği ileri sürülmüştür (Olweus, 2013).

Uzun Dönem Sonuçlar

Boylamsal çalışmalar zorbalığın etkilerinin okul yıllarıyla sınırlı kalmadığını göstermektedir. 9–16 yaşları arasında dört ila altı kez değerlendirilen 1.420 kişinin genç yetişkinlikte izlendiği bir çalışmada, çocukluktaki psikiyatrik sorunlar ve aile güçlükleri kontrol edildikten sonra bile mağdurlarda agorafobi, yaygın anksiyete ve panik bozukluğu riski yüksek bulunmuştur. Zorba-mağdurlarda ise genç yetişkinlikte depresyon ve panik bozukluğu riski, erkeklerde ayrıca intihar eğilimi riski belirgin biçimde artmıştır (Copeland et al., 2013).

1958 yılında doğan 7.771 kişinin 50 yıl boyunca izlendiği İngiliz doğum kohortunda, çocuklukta zorbalığa uğrayanların 23 ve 50 yaşlarında daha yüksek psikolojik sıkıntı yaşadığı görülmüştür. Sık zorbalığa uğrayanlarda depresyon riski 1,95 kat, anksiyete bozuklukları riski 1,65 kat ve intihar eğilimi riski 2,21 kat yüksektir. Bu etkiler, çocuklukta koruyucu bakım altına alınmanın ve çoklu

olumsuz çocukluk yaşantılarının etkilerine benzer düzeydedir. Çocuklukta zorbalığa uğramak, 50 yaşında sosyal ilişkilerin azlığı, ekonomik güçlük ve düşük yaşam kalitesiyle de ilişkili bulunmuştur (Takizawa et al., 2014).

Bu kanıtlar, zorbalığın ruh sağlığının yanı sıra fiziksel sağlığı ve sosyoekonomik koşulları da orta yaşa kadar etkileyebildiğini göstermektedir. Bu nedenle müdahaleler yalnızca zorbalığı durdurmayı değil, mağdurları desteklemeyi ve dayanıklılıklarını güçlendirmeyi de hedeflemelidir (Arseneault, 2018). Zorbalık, kalıcı ilişkiler kurma, iş yaşamına uyum sağlama ve ekonomik bağımsızlık kazanma gibi yetişkinlik rollerine uyumu da zayıflatabilmektedir (Wolke & Lereya, 2015).

Önleme ve Hemşirelik Yaklaşımları

Okul Temelli Programlar

Okul temelli zorbalık önleme programlarının 100 değerlendirmesini kapsayan güncel bir meta-analiz, bu programların zorbalık yapmayı ve zorbalığa uğramayı anlamlı biçimde azalttığını göstermiştir. Ancak etkiler mütevazı düzeydedir ve programlar arasında belirgin farklılıklar vardır. Programlar zorbalık yapmayı azaltmada, zorbalığa uğramayı azaltmaya göre daha başarılı bulunmuştur (Gaffney et al., 2021). Kanıtları en güçlü yaklaşımın, okulun bütününü kapsayan ve iş birliğine dayalı öğrenmeyi içeren müdahaleler olduğu bildirilmektedir (Armitage, 2021).

Finlandiya'da geliştirilen KiVa programı, zorbalığın grup süreci olduğu anlayışına dayanan örnek bir programdır. Programın 4–6. sınıflara yönelik sürümünde öğretmenler bir öğretim yılı boyunca 20 saatlik ders yürütür. Derslerde grubun zorbalığı sürdürmedeki rolüne dikkat çekilir, mağdura karşı empati geliştirilir ve öğrencilere mağduru destekleme yolları öğretilir. Ortaya çıkan her zorbalık olayı ise okuldaki bir ekip tarafından mağdur ve zorbalarla yapılan bireysel ve küçük grup görüşmeleri ile izlem

toplantıları aracılığıyla ele alınır. Sınıf öğretmeni ayrıca sınıftaki yardımsever ve saygın iki ila dört öğrenciden mağduru desteklemelerini ister (Kärnä et al., 2011). 78 okulda 8.237 öğrenciyle yapılan randomize çalışmada, dokuz aylık uygulamanın ardından program incelenen 11 değişkenin 7'sinde olumlu etki göstermiş, öğrencilerin kendi bildirimine ve akran bildirimine göre zorbalığa uğrama ile öğrencilerin kendi bildirimine göre zorbalık yapma azalmıştır (Kärnä et al., 2011).

Okul Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Okul sağlığı hemşiresi, okuldaki diğer çalışanlara göre öğrencilerle daha yakın bir ilişki kurabilir. Disiplin kurulunda yer almaması da hemşireyi öğrencilerin gözünde daha güvenilir kılar. Zorbalığa uğrayan ya da zorbalık yapan öğrencilerin başvurabileceği ilk yetişkinlerden biri hemşiredir. Yaralanma ya da yakınmalar nedeniyle revire yapılan başvurular, hemşirenin zorbalığın yalnızca açık biçimlerini değil, ilişkisel zorbalık gibi gizli biçimlerini de fark etmesine olanak tanır (Arslan & Savaşer, 2009).

Arslan ve Savaşer (2009), okul hemşiresinin akran zorbalığındaki rollerini şöyle sıralamaktadır: okul çalışanlarına ve öğrencilere zorbalığın nedenleri, sonuçları ve önlenmesi konusunda eğitim vermek; davranışları, aile özellikleri ve fiziksel özellikleri nedeniyle risk altındaki öğrencileri belirlemek, bildirilen ya da şüphelenilen olayları değerlendirmek, mağdurlara psikososyal destek vermek ve fiziksel yaralanmalarını yönetmek. Hemşire ayrıca psikosomatik yakınmalarla sık başvuran öğrencilerin sorunlarının çözümünde yer alır ve mağdurları duygularını aileleriyle paylaşmaları için cesaretlendirir. Spor, sanat ve izcilik gibi kulüplere yönlendirerek mağdurların arkadaşlık ilişkilerini destekler; benlik saygısını, sorun çözme ve kendini ifade etme becerilerini geliştiren programlar hazırlar. Zorbalığa karışmayan öğrencilerle iş birliği

yaparak onların olaylara uygun tepki vermesini sağlar ve güvenli bir okul ortamı için politika geliştirilmesine katkıda bulunur.

Okul hemşireleriyle yapılan nitel bir çalışmada hemşirelerin zorbalık konusunda makul bir bilgiye sahip olduğu ve öğrencilere görüşme yoluyla yardım edebildiği görülmüştür. Bununla birlikte hemşireler daha fazla eğitime, zamana ve personel desteğine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Pigozi & Jones Bartoli, 2016). İngiltere'de okul hemşireleri birinci basamak sağlık hizmetleri ile okul arasında köprü görevi görmekte ve zorbalığa uğrayan çocukları çoğu zaman ilk fark eden kişiler olmaktadır. Bu nedenle okul hemşirelerinin zorbalığın çok disiplinli yönetiminde merkezi bir rol üstlenmesi önerilmektedir (Armitage, 2021).

Türkiye'de ortaokul öğrencilerine yönelik hemşirelik temelli bir program da test edilmiştir. Altı hafta boyunca öğrencileri, aileleri ve okulu kapsayan etkinliklerle uygulanan programın ardından son testte ve altıncı ay izleminde girişim ve kontrol grupları arasında zorba, mağdur ve zorba-mağdur olma açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak girişim grubunda bu rollerin hiçbirinde yer almayan öğrencilerin sayısı artmıştır (Akcan et al., 2025). Türkiye'deki çalışmalar, okul sağlığı hizmetleri kapsamında zorbalığa yönelik stratejiler geliştirilmesini ve öğrencilerin okul sağlığı hemşiresinin de yer aldığı çok disiplinli bir ekip tarafından değerlendirilmesini önermektedir (Öztürk et al., 2019; Sarı & Demirbağ, 2019).

Klinik Ortamda Çocuk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Sağlık profesyonelleri çocuklara akran ilişkilerini nadiren sormaktadır. Bunun bir nedeni, konuyla ilgili yeterli eğitim almamaları ve konuyu açmakta ya da ele almakta güçlük çekmeleridir. Oysa zorbalık önemli bir sağlık riski ve çocuk koruma konusu olarak değerlendirilmelidir. Kendine zarar vermeyi önlemek ile ruhsal ve bedensel sorunları azaltmak için sağlık çalışanlarının

zorbalığı gündemlerine alması gerekmektedir (Wolke & Lereya, 2015).

Zorbalığa uğrayan çocuklarda psikosomatik yakınma riskinin yüksek olması (Gini & Pozzoli, 2013), çocuk sağlığı hemşiresinin klinik değerlendirmede bu olasılığı göz önünde bulundurmasını gerektirir. Yinelenen baş ve karın ağrısı, uyku sorunları ya da okula gitmek istememe gibi yakınmalarla başvuran çocukta akran ilişkilerinin sorgulanması, zorbalığın erken fark edilmesini sağlayabilir. Kardeş zorbalığı ile akran zorbalığı arasındaki ilişki nedeniyle kardeş zorbalığının da rutin olarak sorgulanması önerilmektedir. Öte yandan birinci ve ikinci basamakta zorbalığa uğrayan çocukların yönetimi ve sevkine ilişkin açık bir yol haritası bulunmamaktadır (Armitage, 2021). Bu nedenle kurum içinde çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerine sevk yollarının tanımlanması önem taşır.

Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü ve Aileyle Çalışma

Zorbalığa hangi rolde karışırsa karışsın çocuğun intihar düşüncesi ve davranışı açısından risk altında olması (Holt et al., 2015), ruh sağlığı değerlendirmesinde intihar riskinin sistematik olarak sorgulanmasını gerektirir. Aile ve okulun zorbalığın zararları konusundaki farkındalığının artırılması, mağdurlardaki erken sıkıntı belirtilerinin saptanması için gereklidir. Ruh sağlığı sorunlarının belirtileri ortaya çıktığında ruh sağlığı profesyonellerinin hedefe yönelik müdahaleleri devreye girmelidir. Bu belirtiler zorbalık sona ermiş olsa bile göz ardı edilmemelidir (Arseneault, 2018).

Aile, zorbalığa uğrayan çocukların dayanıklılık geliştirmesinde önemli bir rol oynar (Arseneault, 2018). Olumlu ebeveyn tutumlarının koruyucu etkisi göz önüne alındığında, zorbalığa yönelik müdahalelerin okulun ötesine geçerek aileleri de kapsaması ve çocuk okula başlamadan önce başlaması önerilmektedir (Lereya et al., 2013). Ruh sağlığı hemşiresi bu

doğrultuda ebeveynlere çocukla açık iletişim kurma, sıcak ve destekleyici bir ilişki sürdürme ve uygun denetim konularında rehberlik edebilir. Denetim yalnızca çocuğun gerçek yaşamdaki ilişkileriyle sınırlı kalmamalı, dijital ortamı da kapsamalıdır. Türkiye'de 355 lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %55,8'i internet kullanımlarının ebeveynleri tarafından denetlenmediğini bildirmiş ve ebeveyn denetiminin olmaması internet bağımlılığıyla ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada ailelere ve öğretmenlere bağımlılık konusunda farkındalık eğitimleri düzenlenmesi önerilmiştir (Yüksel et al., 2020). Zorbalık yapan çocuklarda sık görülen davranış sorunları ve sorun çözme güçlükleri (Cook et al., 2010), bu çocuklara yönelik sosyal sorun çözme becerilerini geliştiren girişimlerin de bakım planında yer alması gerektiğini göstermektedir. Zorbalık yapan öğrencilerin de iyileştirme ve rehabilitasyon süreçlerine dahil edilmesi önerilmektedir (Arslan & Savaşer, 2009).

Sonuç ve Öneriler

Akran zorbalığı okul çağı çocuklarda ve ergenlerde yaygın, ancak çoğu zaman göz ardı edilen bir sağlık sorunudur. Zorbalık; psikosomatik yakınmalardan intihar riskine kadar uzanan sonuçlara yol açmakta ve bu sonuçlar yetişkinliğe kadar sürebilmektedir (Arseneault, 2018; Moore et al., 2017). Okul temelli programlar etkili olmakla birlikte etkileri sınırlıdır. Bu nedenle okul, aile ve sağlık hizmetlerinin birlikte çalıştığı yaklaşımlara ihtiyaç vardır (Gaffney et al., 2021; Lereya et al., 2013).

Bu doğrultuda şu öneriler öne çıkmaktadır: hemşirelik eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerde zorbalığın tanınması ve yönetimine yer verilmesi, okul ve klinik sağlık değerlendirmelerinde akran ilişkilerinin rutin olarak sorgulanması, okulun bütününü kapsayan programlarda okul sağlığı hemşirelerine etkin rol verilmesi; ailelerin olumlu ebeveyn tutumları konusunda

desteklenmesi ve zorbalığa karışan çocukların ruh sağlığı hizmetlerine sevk yollarının netleştirilmesi. Türkiye'de ise çocuklara yönelik şiddeti izleyen ulusal sistemlere (Cosma et al., 2024) ve hemşirelik müdahalelerinin etkinliğini güçlü desenlerle sınayan çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Kaynakça

Akcan, A., Akcan, F., & Sarvan, S. (2025). Akranlar arasında saldırgan davranışı önleme programının ortaokul öğrencilerinin zorba davranışlarına etkisi. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi, 3*(3), 99–108. https://doi.org/10.59398/ahd.1565329

Armitage, R. (2021). Bullying in children: Impact on child health. *BMJ Paediatrics Open, 5(1)*, Article e000939. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000939

Arseneault, L. (2018). Annual research review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: Implications for policy and practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(4), 405–421. https://doi.org/10.1111/jcpp.12841

Arslan, S., & Savaşer, S. (2009). Akran zorbalığını önlemede okul hemşiresinin rolü. *Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2*(3), 118–123. https://hdl.handle.net/20.500.12415/13420

Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, M. M., de Vries, T. D., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine, 20*, Article 100276. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276

Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly, 25*(2), 65–83. https://doi.org/10.1037/a0020149

Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by

peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry, 70*(4), 419–426. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.504

Cosma, A., Molcho, M., & Pickett, W. (2024). *A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey* (Vol. 2). WHO Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/376323

Ektiricioğlu, C., Arslantaş, H., & Yüksel, R. (2020). Ergenlerde çağın hastalığı: Teknoloji bağımlılığı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 29(1), 51–64. https://doi.org/10.17827/aktd.498947

Gaffney, H., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2021). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews, 17*(2), Article e1143. https://doi.org/10.1002/cl2.1143

Gini, G., & Pozzoli, T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics, 132*(4), 720–729. https://doi.org/10.1542/peds.2013-0614

Gladden, R. M., Vivolo-Kantor, A. M., Hamburger, M. E., & Lumpkin, C. D. (2014). *Bullying surveillance among youths: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention & U.S. Department of Education. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21596

Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., Wolfe, M., & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics, 135*(2), e496–e509. https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864

Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist, 70*(4), 293–299. https://doi.org/10.1037/a0038928

John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., & Hawton, K. (2018). Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 20*(4), Article e129. https://doi.org/10.2196/jmir.9044

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011). A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program: Grades 4–6. *Child Development, 82*(1), 311–330. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01557.x

Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin, 140*(4), 1073–1137. https://doi.org/10.1037/a0035618

Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect, 37*(12), 1091–1108. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.001

Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health, 55*(5), 602–611. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007

Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-

analysis. *World Journal of Psychiatry, 7*(1), 60–76. https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60

Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 751–780. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516

Öztürk, A., Tezel, A., & Öztürk, F. Ö. (2019). Bir ortaöğretim kurumunda akran zorbalığının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi, 11*(1), 82–88. https://doi.org/10.18521/ktd.392368

Pigozi, P. L., & Jones Bartoli, A. (2016). School nurses' experiences in dealing with bullying situations among students. *The Journal of School Nursing, 32*(3), 177–185. https://doi.org/10.1177/1059840515613140

Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior, 15*(2), 112–120. https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.007

Sarı, C., & Demirbağ, B. C. (2019). İlk ve ortaokul öğrencilerinde akran zorbalığının sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi: İlçe örneği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1*(3), 119–131. https://dergipark.org.tr/tr/pub/jphn/article/642804

Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American Journal of Psychiatry, 171*(7), 777–784. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101401

van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the relation between weight status and bullying. *International Journal of Obesity, 38*(10), 1263–1267. https://doi.org/10.1038/ijo.2014.117

Yüksel, R., Kocairi, C., Arslantaş, H., & Söylemez, B. (2020). Ergenlerde internet bağımlılığını etkileyen faktörler. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(1), 19–28. https://izlik.org/JA78TJ86XE

Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood, 100*(9), 879–885. https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306667

BÖLÜM 3

21. YÜZYILDA CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ VE BİLİŞİM : DEĞİŞEN ROLLER VE BAKIM YAKLAŞIMLARI

GÜLŞAH KAYSERİLİOĞLU[1]

1. Giriş

Cerrahi uygulamalar, insanlık tarihinin en eski sağlık uygulamaları arasında yer almakta; cerrahi tekniklerdeki gelişmelere paralel olarak cerrahi hastasının bakım gereksinimleri de değişmektedir. Cerrahi girişim, organizmada kontrollü bir travma oluşturarak patolojik süreci ortadan kaldırmayı, sınırlandırmayı veya hafifletmeyi amaçlayan bir uygulamadır. Bu nedenle cerrahi hastasının bakımı yalnızca ameliyatın gerçekleştirildiği anla sınırlı olmayıp ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemlerin tamamını kapsayan sistematik bir hemşirelik yaklaşımını gerektirir (Üstün & Yücel, 2011).

[1] Öğr. Gör. Dr., Çankırı Karatekin Üniversitesi, Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü,İlk ve Acil Yardım Prog. Phd: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 0000-0002-9213-4924.

Cerrahi hemşireliği; cerrahi veya diğer invaziv girişimler nedeniyle savunma mekanizmaları ve öz bakım yeterlilikleri etkilenebilen bireylerin gereksinimlerini belirleyen, bakımını planlayan, uygulayan, koordine eden ve sonuçlarını değerlendiren profesyonel bir hemşirelik alanıdır (AORN, Erişim Tarihi:08.10.2018; ANA,2021). Cerrahi hemşiresi bu süreçte yalnızca teknik uygulamaları gerçekleştiren bir sağlık çalışanı değildir. Hasta güvenliğinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, hastanın bilgilendirilmesi, etik sorunların yönetilmesi, ekip içi iletişimin sürdürülmesi ve bireyin cerrahi sonrası yaşamına uyumunun desteklenmesi gibi çok boyutlu sorumlulukları bulunmaktadır (T.C. Resmî Gazete, 2011).

2. Cerrahi Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi

Cerrahinin gelişimi insanın varoluşuyla birlikte başlamıştır. İlk dönemlerde yaralanmaların kontrolü, kanamanın durdurulması ve yaraların örtülmesi için doğal materyallerden yararlanılmış; kırıkların sabitlenmesi ve çeşitli cerrahi girişimler için ilkel yöntemler kullanılmıştır. Hippocrates'in kırıklar, yaralar, ülserler ve göğüs boşluğunda biriken cerahatin boşaltılması gibi konulara ilişkin çalışmaları cerrahi düşüncenin erken örnekleri arasında yer almaktadır. Daha sonraki dönemlerde anatomi ve fizyoloji alanındaki gelişmeler, cerrahinin bilimsel bir temele kavuşmasını desteklemiştir (Aslan 2009; Uslu &Kuğu, 2024).

Cerrahinin gelişiminde özellikle anatomi bilgisinin artması, mikroskobun kullanılması, kan dolaşımının açıklanması, antisepsi ve anestezi uygulamalarının gelişmesi önemli dönüm noktaları olmuştur. 19. yüzyılda antisepsi ve anestezi alanındaki ilerlemeler, cerrahi girişimlerin daha güvenli biçimde uygulanmasına olanak sağlamış ve cerrahinin saygınlığını artırmıştır.

Türk tıp tarihinde Ebû'l-Kâsım Halef bin Abbas ez-Zehrâvî cerrahiye ilişkin ayrıntılı çalışmaları ve koter kullanımını

tanımlamasıyla; Şerafeddin Sabuncuoğlu ise Cerrahiyyetü'l-Hâniyye adlı eserinde ameliyatları ve kullanılan araçları görsellerle ortaya koymasıyla öne çıkmaktadır. Modern cerrahinin ülkemizdeki gelişiminde Dr. Cemil Topuzlu'nun ameliyathane, araç-gereç ve asepsiye ilişkin çalışmaları da önemli bir yere sahiptir (Aslan 2009; Uslu &Kuğu, 2024).

Cerrahi hemşireliğinin gelişimi ise hemşirelik eğitimi ve sağlık hizmetlerindeki profesyonelleşme ile birlikte ilerlemiştir. İlk dönemlerde cerrahi alandaki hemşirelik uygulamaları daha çok ameliyat hazırlığı, bandajlama, hemostaz ve cerrahi araçların hazırlanması gibi uygulamalara odaklanırken, zaman içinde hasta değerlendirmesi, hasta eğitimi, psikolojik hazırlık, bakımın planlanması ve komplikasyonların önlenmesi gibi daha kapsamlı sorumluluklar hemşirelik bakımının parçası hâline gelmiştir.

Florence Nightingale'in Kırım Savaşı sırasında Üsküdar'daki bakım uygulamaları, çevre koşullarının iyileştirilmesi, hijyen, temiz su, yatak ve çevre temizliği, salgınların önlenmesi ve pansumanlarda asepsi ilkelerine uyulması bakımından cerrahi hasta bakımının gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. Bu yaklaşım, hastanın yalnızca hastalığına değil, bakım ortamına ve enfeksiyon riskine de odaklanan bütüncül hemşirelik anlayışının önemini göstermektedir.

Cerrahi hemşireliğinin kavramsallaşması özellikle 19. ve 20. yüzyıllarda belirginleşmiş; Amerika Birleşik Devletleri'nde eğitim programlarında cerrahi hemşireliğine yer verilmesi ve 1949'da Association of Operating Room Nurses'ın (AORN) kurulması alanın kurumsallaşmasına katkı sağlamıştır. Türkiye'de ise hemşirelik eğitiminin kurumsallaşması, üniversite düzeyindeki hemşirelik eğitiminin başlaması ve lisansüstü programların açılması cerrahi hemşireliğinin bilimsel gelişimini desteklemiştir. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği'nin 1997 yılında kurulması da alanın mesleki örgütlenmesi açısından önemli bir adımdır (Aslan ,2009).

3. 21. Yüzyılda Cerrahi Hemşireliği

21. yüzyılda cerrahi hemşireliği, yalnızca ameliyathane içindeki teknik uygulamalarla sınırlandırılamayacak kadar geniş ve çok boyutlu bir uzmanlık alanı niteliğindedir. Sağlık hizmetlerindeki değişim, tıbbi teknolojinin gelişmesi, hemşirelik eğitim düzeyinin yükselmesi ve hemşirelik araştırmalarındaki artış, hemşirenin profesyonel sorumluluklarını da genişletmiştir. Bu değişim; cerrahi hemşiresinin bakım verici, eğitici, araştırıcı, yönetici, karar verici, savunucu, iletişim ve koordinasyon sağlayıcı, rehabilite edici, danışman ve özerk profesyonel rollerinin daha görünür hâle gelmesini sağlamıştır (Gedük 2018; Taylan, Alan ve Kadioğlu 2012; THD, 2009).

Cerrahi ortamın teknolojik açıdan karmaşık olması; hemşirenin dikkatli gözlem yapmasını, hızlı düşünmesini, klinik karar vermesini ve güncel gelişmeleri takip etmesini gerektirir. Cerrahi girişim sırasında hastanın fiziksel ve ruhsal açıdan savunmasız olması, hemşirenin hasta güvenliği ve savunuculuk sorumluluğunu daha da önemli hâle getirmektedir (Ardahan 2003; Karaöz 2000; Taylan vd., 2012; Ay, 2011).

4. Cerrahi Hemşiresinin Temel Profesyonel Rolleri

4.1. Bakım Verici Rol

Bakım verici rol, hemşireliğin temel rollerinden biridir. Cerrahi hemşiresi hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle değerlendirerek bireyselleştirilmiş bakım gereksinimlerini belirler; bakımı planlar, uygular ve sonuçlarını değerlendirir. Cerrahi girişimin organizmada stres yanıtı, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistem ve organ işlevlerinde değişiklik, beden imajında değişim ve yaşam biçiminde farklılaşma gibi sonuçlar oluşturabileceği dikkate alınmalıdır. Bu nedenle bakım, cerrahi sürecin bütün aşamalarını kapsayacak biçimde sürdürülmelidir (Baykara ,2014; Gedük, 2018; Koçak vd., 2014).

4.2. Eğitici Rol

Cerrahi hemşiresi, hastanın ve ailesinin bilgi gereksinimlerini belirleyerek cerrahi girişim, bakım süreci ve öz bakım uygulamalarına ilişkin eğitim verir. Ameliyat öncesinde ölüm, organ veya doku kaybı, ağrı, işlev kaybı ve bedenle ilgili değişikliklere ilişkin korkular hastanın kaygısını artırabilir. Hastaya uygun ve anlaşılır eğitim verilmesi, bu kaygıların azaltılmasına katkı sağlayabilir (Özpulat, 2010; THD, 2009). Eğitici rol yalnızca hastaya yönelik olmayıp öğrenci hemşireler, meslektaşlar ve sağlık ekibinin diğer üyelerine yönelik eğitimleri de kapsar.

4.3. Araştırıcı Rol

Cerrahi hemşiresinin araştırıcı rolü, klinik uygulamaların bilimsel bilgiyle geliştirilmesini destekler. Hemşirelerin klinik ya da akademik ortamda araştırma yapmaları, elde edilen bilimsel bilgiyi bakım süreçlerine yansıtmaları ve uygulamaların etkinliğini değerlendirmeleri mesleğin gelişimine katkı sağlar (Açıkgöz & Baykal, 2026; Demir Karabulut, 2022; Karaöz,2000; Gedük, 2018).

4.4. Yönetici Rol

Yönetici rolü; hasta bakımının düzenlenmesi, ekip çalışmasının ve iletişimin sürdürülmesi, eğitim etkinliklerinin planlanması ve birim kaynaklarının etkili biçimde kullanılması gibi sorumlulukları içerir (Taylan vd., 2012). 21. yüzyıl yönetici hemşireliğinde yenilikçilik, meslekler arası bağlılık ve saygı, enformatik, iç görü ve bütünlük olmak üzere beş odak noktası vurgulanmaktadır (Rick, 2014).

4.5. Karar Verici Rol

Karar verici rol, hemşirenin mesleki özerkliğinin önemli göstergelerinden biridir. Cerrahi hemşiresi, hastanın gereksinimlerini değerlendirerek bakım önceliklerini belirler ve uygulamalarının sonuçlarını izler. Cerrahi ortamda hızlı değişen

koşullar, etik sorunlar ve hasta güvenliğine ilişkin riskler klinik karar verme sorumluluğunu önemli hâle getirmektedir (Açıkgöz & Baykal, 2026; Karaöz,2000; Gedük, 2018).

4.6. Savunucu Rol

Cerrahi hastası, özellikle intraoperatif dönemde fiziksel ve ruhsal travmaya, enfeksiyona ve çeşitli risklere karşı sağlık ekibine yüksek düzeyde bağımlıdır. Cerrahi hemşiresi hastanın haklarını korumak, bilgilendirilmiş onam sürecinde hastanın bilgi gereksinimlerini fark etmek, mahremiyeti korumak ve aseptik uygulamaların sürdürülmesini desteklemekle yükümlüdür. Hasta hakları, bilgilendirilmiş onam, kıt kaynakların kullanımı ve yaşam kalitesi cerrahi ortamda karşılaşılabilecek etik konular arasındadır (Açıkgöz & Baykal, 2026; Gedük, 2018; Karaöz,2000; Tosun, 2024).

4.7. İletişim ve Koordinatörlük Rolü

Cerrahi hemşiresi; hasta, hasta yakını, hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri arasında sürekli iletişim hâlindedir. Hastanın gereksinimlerinin doğru anlaşılması ve bakımın kesintisiz sürdürülmesi için sözlü ve sözsüz iletişim becerileri önem taşır. Koordinatörlük rolü; bilgi verme, hasta bakımının sürdürülmesi, servis ve ekip koordinasyonu, kayıtların düzenlenmesi ve gereksinimlerin belirlenmesi gibi işlevleri kapsar (Dinç & Beji 2001).

4.8. Rehabilite Edici Rol

Cerrahi sonrası ortaya çıkabilen işlev kayıplarının azaltılması, hastanın günlük yaşam etkinliklerine yeniden katılması ve değişen yaşam koşullarına uyum sağlaması rehabilite edici rolün temelini oluşturur. Eğitim ve danışmanlıkla bütünleşen bu rol, hastanın bağımsızlığını ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlar. Stoma sonrası bireyin stoma bakımını bağımsız sürdürebilmesine yönelik

eğitim ve destek bu role örnek olarak verilebilir (Demir Karabulut, 2022; Baykara, 2014).

4.9. Rahatlatıcı ve Tedavi Edici Rol

Cerrahi hemşiresi, hastanın gereksinimlerini değerlendirerek bakım ve tedavi sürecinde konforunu destekler. Solunum egzersizleri, sıcak-soğuk uygulamalar, masaj ve postural drenaj gibi uygulamalar hemşirenin yetkinliği ve mesleki sorumlulukları kapsamında tedavi edici rolünün örnekleri arasında yer almaktadır (Weberg vd., 2013; Gedük, 2018; Uslu &Kuğu, 2024).

4.10. Danışman ve Kariyer Geliştirici Rol

Danışmanlık rolü; hastanın hastalık ve tedavi sürecine ilişkin farkındalığını artırmayı, baş etme kaynaklarını tanıtmayı ve kanıta dayalı bilgiye ulaşmasını desteklemeyi içerir. Kariyer geliştirici rol ise hemşirelik eğitiminin, mesleki gelişimin ve çalışma alanlarının genişlemesiyle hemşireliğin profesyonel statüsünü güçlendirmeye katkı sağlar (Weberg vd., 2013; Gedük, 2018; Uslu & Kuğu, 2024).

5. Cerrahi Hemşireliğinde Bilişim ve Bilgi Teknolojileri

21. yüzyıl cerrahi hemşireliği, klinik bilgi ve becerinin yanı sıra iletişim, etik düşünme, araştırma, bilgi yönetimi, ekip çalışması ve liderlik yeterliliklerini de gerektirmektedir. IOM tarafından sağlık profesyonelleri için tanımlanan yeterlilik yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmeye yönelik bir çerçeve sunmaktadır (IOM, Health Professions Education: A Bridge to Quality Report, 2003). Cerrahi hemşireliği açısından bu yaklaşım; hastanın gereksinimlerini doğru değerlendiren, güvenli bakım sunan, kanıta dayalı uygulamaları izleyen, sağlık ekibiyle etkili iletişim kuran ve kendi mesleki gelişimini sürdüren profesyonel bir hemşirelik anlayışını desteklemektedir.

Cerrahi hemşiresinin profesyonel gelişimi, yalnızca yeni teknolojilerin öğrenilmesiyle sınırlı değildir. Klinik karar verme, etik

sorunları fark etme, hasta haklarını savunma, bireyselleştirilmiş eğitim verme, yara ve stoma bakımını güvenli biçimde yürütme ve bakım sonuçlarını değerlendirme de günümüz cerrahi hemşireliğinin temel bileşenleridir.

5.1. Sağlık ve Hemşirelik Bilişiminin Bakım Sürecindeki Yeri

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişmeler, sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunum biçiminde önemli değişikliklere yol açmıştır. Sağlık kurumlarında bilişim teknolojilerinin kullanımı; hizmet süreçlerinin daha etkin yürütülmesi, sağlık verilerinin sistematik biçimde yönetilmesi, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim ve koordinasyonun güçlendirilmesi ve bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından giderek daha önemli hâle gelmiştir. Bu bağlamda bilişim teknolojileri, yalnızca verilerin elektronik ortamda saklanmasını sağlayan teknik araçlar olarak değil, klinik ve yönetsel karar süreçlerini destekleyen bütünleşik sistemler olarak değerlendirilmektedir (Çetin, 2008; Kök, 2006; SBSGM; 2018).

Sağlık bilişimi, sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi sırasında ortaya çıkan verilerin bilgi teknolojileri aracılığıyla elde edilmesi, işlenmesi, saklanması, paylaşılması ve kullanılmasını kapsayan disiplinler arası bir alandır. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamıyla ilişkili olması, sağlık verilerinin doğru, eksiksiz, zamanında ve erişilebilir biçimde yönetilmesini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle sağlık bilişim sistemleri; hasta bakımının sürdürülmesinin yanı sıra sağlık profesyonellerinin karar verme süreçlerinin desteklenmesi, kaynakların etkili kullanılması, maliyetlerin kontrol edilmesi ve hizmet kalitesinin geliştirilmesi açısından da önem taşımaktadır (SBSGM, 2018; İraz, 2004; Ay, 2009).

Sağlık bilişimindeki gelişmeler hemşirelik uygulamalarını da önemli ölçüde etkilemiştir. Hemşirelik hizmetlerinde bilgisayar

bilimi, bilgi bilimi ve hemşirelik biliminin bütünleşmesiyle ortaya çıkan hemşirelik bilişimi, hasta bakımına ilişkin verilerin anlamlı bilgiye dönüştürülmesini ve bu bilginin bakım sürecinde kullanılmasını sağlayan uzmanlık alanı olarak gelişmiştir. Amerikan Hemşireler Birliği tarafından da hemşirelik bilişimi; hemşirelik bakımını ve uygulamalarını desteklemek amacıyla hemşirelik verilerinin, bilgilerinin ve enformasyonunun yönetiminde bilgisayar, bilgi ve hemşirelik bilimlerinin birlikte kullanıldığı bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005).

Hemşirelerin hasta ile sürekli etkileşim hâlinde bulunmaları, bakım gereksinimlerini belirlemeleri, uygulamaları planlamaları, gerçekleştirmeleri ve sonuçlarını değerlendirmeleri, bilişim sistemleriyle yoğun biçimde çalışmalarını gerekli kılmaktadır. Hastaya ilişkin verilerin toplanması, elektronik sağlık kayıtlarına aktarılması ve bakım sürecindeki değişikliklerin kaydedilmesi hemşirelerin temel sorumlulukları arasındadır. Bu nedenle bilişim sistemlerinin etkin kullanımı, hemşirelik bakımının sürekliliği ve sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi paylaşımı açısından önem taşımaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005).

Cerrahi hemşireliği açısından değerlendirildiğinde bilişim teknolojilerinin önemi daha da belirginleşmektedir. Cerrahi hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrasındaki bakımının kesintisiz biçimde sürdürülmesi; çok sayıda klinik verinin farklı sağlık profesyonelleri arasında doğru ve zamanında paylaşılmasını gerektirmektedir. Hastanın tıbbi öyküsü, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları, kullanılan ilaçlar, alerjiler, cerrahi girişime ilişkin bilgiler, intraoperatif kayıtlar ve ameliyat sonrası izlem bulgularının erişilebilir olması hasta güvenliğinin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Bu yönüyle bilişim sistemleri, cerrahi hemşiresinin yalnızca kayıt tutma işlevini değil; bakımın planlanması,

uygulanması, değerlendirilmesi ve ekip içi koordinasyonunu da destekleyen önemli araçlardır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

5.2. Elektronik Sağlık Kayıtları ve Hemşirelik Bilgi Sistemleri

Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında doğru ve erişilebilir hasta kayıtlarının bulunması temel gerekliliklerden biridir. Geleneksel kâğıt temelli kayıtların okunabilirlik, saklama, erişim, çoğaltma ve farklı birimler arasında paylaşım açısından çeşitli sınırlılıklarının bulunması, elektronik sağlık kayıtlarının geliştirilmesinde etkili olmuştur. Elektronik sağlık kayıtları, bireyin geçmiş ve mevcut sağlık durumuna ilişkin bilgilerin elektronik ortamda elde edilmesini, saklanmasını, işlenmesini ve gerektiğinde yetkili sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmasını mümkün kılmaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005).

Elektronik kayıt sistemlerinin hemşirelik uygulamalarına entegrasyonu, bakım sürecinde üretilen verilerin daha düzenli biçimde kaydedilmesine ve ekip üyeleri arasında paylaşılmasına olanak sağlamaktadır. Böylece hastanın değerlendirilmesinden bakımın planlanmasına, uygulanan girişimlerin kaydedilmesinden sonuçların izlenmesine kadar farklı aşamalarda bilgi sürekliliği desteklenmektedir. Cerrahi bakımda bu özellik, ameliyat öncesi hazırlık ile intraoperatif ve postoperatif bakım arasındaki bilgi akışının korunması açısından önemlidir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005).

Elektronik sistemlerin klinik karar süreçleriyle bütünleştirilmesi, sağlık profesyonellerinin hastaya ilişkin mevcut verilere daha hızlı ulaşmasını ve bakım kararlarının sistematik bilgi temelinde verilmesini desteklemektedir. Bununla birlikte elektronik

kayıtların etkinliği yalnızca teknolojik altyapının varlığına bağlı değildir. Verilerin doğru ve eksiksiz girilmesi, kullanıcıların sistemi etkin kullanabilmesi, mesleki kayıt standartlarının korunması ve hasta bilgilerinin gizliliğinin sağlanması da sistemin başarısı açısından önem taşımaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

5.3. Bilişim Sistemlerinin Cerrahi Bakımdaki İşlevleri

Cerrahi bakım; ameliyat öncesi değerlendirme, cerrahi girişimin gerçekleştirilmesi, ameliyat sonrası izlem ve taburculuk sürecini kapsayan çok aşamalı bir yapıya sahiptir. Bu süreçte hastaya ilişkin çok sayıda klinik veri üretilmekte ve farklı sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaktadır. Bilişim sistemleri, söz konusu verilerin bütüncül biçimde yönetilmesine ve bakımın farklı aşamaları arasındaki bilgi akışının sürdürülmesine katkı sağlamaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

Cerrahi hemşiresi açısından bilişim sistemleri; hastanın değerlendirme bulgularının kaydedilmesi, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, uygulamaların belgelenmesi ve sonuçların izlenmesi bakımından önem taşımaktadır. Bunun yanında elektronik sistemler, hasta güvenliğine ilişkin kritik bilgilerin ekip üyeleri tarafından erişilebilir olmasını sağlayarak bakımın koordinasyonunu desteklemektedir. Böylece bilişim teknolojileri, cerrahi hemşiresinin bakım verici, karar verici, koordinatör ve eğitici rollerinin uygulanmasında destekleyici bir unsur hâline gelmektedir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

6. Cerrahi Bakımda Teknolojik Yenilikler

Teknolojik gelişmeler cerrahi girişimlerin uygulanma biçimini değiştirdiği gibi cerrahi hastasına sunulan hemşirelik bakımını da dönüştürmektedir. Teletıp ve telesağlık uygulamaları, akıllı ilaç ve infüzyon sistemleri, minimal invaziv girişimler, robotik cerrahi, radyocerrahi ve nanoteknolojik uygulamalar bu dönüşümün öne çıkan örnekleridir. Bu teknolojiler cerrahi girişimlerin daha az invaziv yöntemlerle gerçekleştirilmesine, hasta izleminin farklı ortamlarda sürdürülebilmesine ve bakım süreçlerinin daha sistematik yürütülmesine olanak sağlarken, cerrahi hemşirelerinin görev ve sorumluluklarında da değişikliklere neden olmaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

6.1. Teletıp ve Telesağlık

Teletıp ve telesağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerinin fiziksel mesafeden bağımsız biçimde sunulmasını destekleyen teknolojik yaklaşımlardır. Bu uygulamalar basit telefon görüşmelerinden görüntülü konsültasyonlara, hastanın yaşamsal bulgularının uzaktan izlenmesinden sağlık profesyonellerinin elektronik ortamda gerçekleştirdiği vizitlere ve robot destekli uzaktan cerrahi girişimlere kadar geniş bir kullanım alanına sahiptir. Sistemin etkin biçimde kullanılabilmesi için görsel, işitsel ve fizyolojik verileri elde eden, depolayan ve ileten teknolojiler ile bu verilerin karşı tarafta alınmasını, görüntülenmesini ve kaydedilmesini sağlayan altyapının birlikte bulunması gerekmektedir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

Cerrahi bakım açısından teletıp ve telesağlık uygulamaları, özellikle hastanın ameliyat sonrası izlenmesi, eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır. Bu yaklaşım, cerrahi hemşiresinin bakım ve eğitim rolünün hastane sınırlarının ötesine taşınmasına olanak sağlayan bir teknoloji olarak değerlendirilebilir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Specht vd., 2001; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

6.2. Programlanmış Barkodlu İnfüzyon Sistemleri

İlaç uygulamalarında hasta güvenliğinin sağlanması hemşirelik bakımının temel sorumluluklarından biridir. Programlanmış barkodlu infüzyon sistemleri, özellikle intravenöz ilaç uygulamalarında yanlış hasta ve yanlış doz gibi hataların azaltılmasını desteklemek amacıyla geliştirilmiştir. Sistem, bilgisayar destekli infüzyon cihazları aracılığıyla özellikle yüksek riskli ilaçlarda belirlenmiş sınırların kontrol edilmesine ve barkod teknolojisi kullanılarak hasta-ilaç eşleştirmesinin yapılmasına dayanmaktadır.

Cerrahi hastalarında çok sayıda intravenöz ilaç ve sıvının uygulanabilmesi, bu sistemleri perioperatif hasta güvenliği açısından önemli hâle getirmektedir. Bununla birlikte teknolojinin kullanılması hemşirenin ilaç uygulamasındaki mesleki sorumluluğunu ortadan kaldırmamakta; aksine teknolojik uyarıların klinik değerlendirmeyle birlikte ele alınmasını gerektirmektedir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

6.3. Minimal İnvaziv ve Robotik Cerrahi

Minimal invaziv cerrahi tekniklerindeki gelişmeler, cerrahi girişimlerin daha küçük insizyonlarla gerçekleştirilmesine olanak

sağlamış ve buna paralel olarak hemşirelik bakımının önceliklerini de değiştirmiştir. Kaynak metinde bu girişimlerin daha düşük ameliyat sonrası ağrı ve insizyon morbiditesi, daha kısa hastanede kalış süresi, günlük yaşama daha erken dönüş ve kozmetik sonuçlar gibi avantajları üzerinde durulmaktadır. Bu değişim, cerrahi hemşirelerinin erken mobilizasyon, beslenme, rehabilitasyon, hasta eğitimi ve taburculuk planlamasına daha fazla odaklanmasını gerektirmektedir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Tabor , 2007; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007;Westendorf, 2007).

Robotik cerrahi ise cerrahın robotik sistem aracılığıyla cerrahi girişimi gerçekleştirdiği ileri teknoloji uygulamalarından biridir. Robotik sistemlerin farklı cerrahi alanlarda kullanılmaya başlanması, ameliyathane hemşiresinin görev alanına yeni teknik ve güvenlik sorumlulukları eklemiştir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

Robotik cerrahide hemşirenin sorumlulukları perioperatif sürecin tamamını kapsamaktadır. Ameliyat öncesinde sistemin hazırlanması ve kontrol edilmesi, hastaya güvenli pozisyon verilmesi ve ekip güvenliğinin sağlanması önem taşırken; intraoperatif dönemde sterilitenin korunması, robotik sistemin steril ve steril olmayan bölümlerinin yönetilmesi, görüntüleme sistemlerinden elde edilen bilgilerin izlenmesi ve olası teknik sorunlara karşı hazırlıklı olunması gerekmektedir. Ameliyat sonrasında ise hava yolu açıklığının sürdürülmesi, yaşam bulgularının ve kanamanın izlenmesi, komplikasyonların önlenmesi ve taburculuk eğitiminin gerçekleştirilmesi hemşirelik bakımının temel bileşenlerini oluşturmaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

6.4. Gamma Knife Radyocerrahisi ve Nanoteknoloji

Gamma Knife radyocerrahisi, koordinatları belirlenmiş intrakraniyal lezyonların gamma ışınları kullanılarak tedavi edilmesine dayanan bir yöntemdir. Kaynak metinde yöntemin genel anestezi ve klasik cerrahi insizyon gerektirmemesi, buna bağlı olarak kanama ve cerrahi alan enfeksiyonu gibi bazı risklerin bulunmaması ve hastaların günlük yaşama daha kısa sürede dönebilmesi gibi özellikleri vurgulanmaktadır. Hemşirelik bakımında hastanın işlem öncesi hazırlığı, işlemle ilişkili eğitim gereksinimleri ve işlem sonrası izlem konusunda bilgilendirilmesi önem taşımaktadır (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

Nanoteknoloji ise nanometre ölçeğindeki yapı ve sistemlerin tasarlanması, üretilmesi ve uygulanmasını kapsayan bir teknoloji alanıdır. Cerrahi kliniklerde nanoteknoloji temelli ortopedik ve kardiyovasküler implantlar, nöral ve oftalmik sistemler, kateterler, ilaç salım sistemleri, sütür materyalleri ve çeşitli cerrahi ürünlerden yararlanılmaktadır. Bununla birlikte nanopartiküllerin uzun dönem biyolojik ve çevresel etkilerine ilişkin belirsizlikler ile mahremiyet gibi etik sorunların da göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (Ai vd., 2011; DeLaune vd., 2002; Günler, 2015; Ömürberk & Altın, 2009; Ratliff, & Forch, 2005; Ucuzal & Kanan, 2009; Malik vd., 2023; Menceloglu & Kırca, 2008; Zuzelo vd., 2007; Westendorf, 2007).

6.5 Cerrahi Hemşireliğinde Yapay Zekâ

Yapay zekâ; sağlık alanında klinik verilerin analiz edilmesi, örüntülerin belirlenmesi ve karar süreçlerinin desteklenmesi amacıyla giderek daha fazla değerlendirilen bir teknoloji alanıdır (World Health Organization [WHO], 2021). Hemşirelik açısından yapay zekânın kullanım alanları; klinik karar desteği, hasta izlemi,

bakım süreçlerinin yönetimi ve hemşirelik uygulamalarında üretilen verilerin değerlendirilmesi gibi farklı boyutları kapsamaktadır (Buchanan et al., 2020; Ronquillo et al., 2021). Bununla birlikte yapay zekânın hemşirelik uygulamalarına entegrasyonu, yalnızca teknolojik performans açısından değil; mesleki sorumluluk, etik, eğitim ve hasta merkezli bakım açısından da değerlendirilmelidir (Ronquillo et al., 2021; WHO, 2021).

Cerrahi alan, yapay zekânın klinik kullanım potansiyelinin yoğun olarak araştırıldığı alanlardan biridir (Hashimoto et al., 2018). Makine öğrenmesi ve bilgisayarlı görü yöntemleri; cerrahi görüntülerin analizi, cerrahi süreçlerin tanımlanması ve klinik kararların desteklenmesi gibi amaçlarla cerrahi uygulamalarda araştırılmaktadır (Hashimoto et al., 2018). Bu gelişmeler, cerrahi bakım ekibinin teknolojiyle etkileşimini artırmakta ve sağlık profesyonellerinin yapay zekâ tarafından üretilen çıktıları klinik bağlam içerisinde değerlendirebilmesini önemli hâle getirmektedir (Hashimoto et al., 2018; Ronquillo et al., 2021).

Cerrahi hemşireliği açısından yapay zekânın değeri, hemşirenin klinik kararının yerini almasından çok karar verme sürecini destekleme potansiyelinde görülmelidir (Ronquillo et al., 2021). Hemşirelik bakımı yalnızca fizyolojik verilerin değerlendirilmesine dayanmadığından; hastanın bireysel gereksinimleri, tercihleri ve bakım deneyiminin algoritmik çıktılarla birlikte değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Ronquillo et al., 2021). Bu nedenle hemşirelerin yapay zekâ sistemlerinin kullanımına ilişkin bilgi ve yeterlilik geliştirmesi, hemşirelik ve yapay zekâ alanındaki öncelikli konulardan biri olarak tanımlanmaktadır (Ronquillo et al., 2021).

Cerrahi bakımın dijitalleşmesi, ameliyat öncesi değerlendirmeden intraoperatif sürece ve ameliyat sonrası izleme kadar uzanan bakım zincirinde yeni karar destek olanakları ortaya çıkarmaktadır (Hashimoto et al., 2018). Bununla birlikte algoritmik

bir tahminin klinik gerçeklikle eşdeğer kabul edilmemesi gerekir; sağlıkta kullanılan yapay zekâ sistemlerinde güvenlik, şeffaflık, açıklanabilirlik ve hesap verebilirlik temel gereklilikler arasındadır (WHO, 2021). Dolayısıyla yapay zekâ çıktısının hastanın mevcut klinik durumu ve sağlık profesyonelinin değerlendirmesiyle birlikte yorumlanması, insan merkezli kullanım yaklaşımının önemli bir bileşenidir (WHO, 2021).

Yapay zekânın sağlık hizmetlerinde yaygınlaşması aynı zamanda mahremiyet, veri güvenliği, algoritmik yanlılık ve sağlık eşitsizlikleri açısından önemli etik sorunları gündeme getirmektedir (WHO, 2021). Bir yapay zekâ sisteminin eğitildiği verilerin belirli hasta gruplarını yeterince temsil etmemesi, sistemin farklı popülasyonlardaki performansını ve adil kullanımını etkileyebileceğinden kapsayıcılık ve eşitlik sağlıkta yapay zekâ yönetişiminin temel ilkeleri arasında yer almaktadır (WHO, 2021). Bu durum, hastanın haklarını ve güvenliğini koruma sorumluluğu bulunan hemşireler açısından ayrıca önem taşımaktadır (Ronquillo et al., 2021).

Bu çerçevede cerrahi hemşireliğinin geleceği, insan ile teknolojinin birbirinin alternatifi olarak değerlendirilmesinden çok, yapay zekâ destekli bilginin hemşirenin klinik muhakemesiyle bütünleştirilmesi üzerinden ele alınmalıdır (Ronquillo et al., 2021). Hemşirelerin yapay zekâ sistemlerinin olanaklarını bilmesinin yanı sıra bu sistemlerin sınırlılıklarını, etik sonuçlarını ve hasta bakımındaki etkilerini eleştirel biçimde değerlendirebilmesi gerekmektedir (Ronquillo et al., 2021; WHO, 2021). Bu nedenle yapay zekâ okuryazarlığının gelecekte hemşirelik eğitimi, klinik uygulama ve liderlik açısından giderek daha önemli bir yeterlilik alanı oluşturacağı öngörülmektedir (Buchanan et al., 2020; Ronquillo et al., 2021).

7. Sonuç

Cerrahi hemşireliği, tarihsel süreç içerisinde cerrahi girişime yardımcı olmaya odaklanan uygulamalardan; bakımın planlanması, hasta güvenliğinin sağlanması, klinik karar verme, eğitim, koordinasyon, savunuculuk ve etik sorumlulukları bütünleştiren profesyonel bir uzmanlık alanına dönüşmüştür. Günümüzde bu dönüşümün belirleyici unsurlarından biri bilişim ve dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerine giderek daha fazla entegre olmasıdır. Elektronik sağlık kayıtlarından hemşirelik bilgi sistemlerine, telesağlık uygulamalarından robotik cerrahiye ve yapay zekâ destekli sistemlere uzanan teknolojik gelişmeler, cerrahi bakımın yürütülme biçimini değiştirdiği kadar cerrahi hemşiresinden beklenen bilgi, beceri ve yetkinlikleri de yeniden şekillendirmektedir.

Ancak 21. yüzyıl cerrahi hemşireliğini yalnızca kullanılan teknolojilerin gelişmişliği üzerinden tanımlamak yeterli değildir. Teknolojiye erişmek ile teknolojiyi güvenli, etik ve eleştirel biçimde kullanabilmek aynı anlamı taşımamaktadır. Dijital sistemlerden elde edilen verinin klinik bağlam içinde yorumlanması, teknolojik çıktının güvenilirliğinin sorgulanması, hasta mahremiyetinin korunması ve teknolojinin bireyselleştirilmiş bakımın önüne geçmesinin engellenmesi, cerrahi hemşiresinin çağdaş sorumlulukları arasında değerlendirilmelidir. Bu nedenle dijital yetkinlik ve yapay zekâ okuryazarlığı, geleneksel klinik bilgi ve becerilerin alternatifi değil; onları tamamlayan profesyonel yeterlilikler olarak ele alınmalıdır.

Özellikle yapay zekânın sağlık hizmetlerindeki yükselişi, hemşireliğin geleceğine ilişkin tartışmayı “insan mı, teknoloji mi?” ikileminden çıkarmayı gerekli kılmaktadır. Yapay zekâ büyük miktardaki veriyi işleyebilir, örüntüleri belirleyebilir ve karar süreçlerini destekleyebilir; ancak hastanın korkusunu fark etmek, değerlerini ve tercihlerini anlamak, savunmasız olduğu anda

haklarını korumak ve bakım gereksinimini bireysel bağlamı içinde değerlendirmek profesyonel hemşirelik bakımının insani ve etik boyutunu oluşturmaktadır. Dolayısıyla geleceğin cerrahi hemşiresinin gücü, teknolojiyle rekabet etmesinde değil; teknolojinin sunduğu bilgiyi klinik muhakeme, etik sorumluluk ve insan merkezli bakımla bütünleştirebilmesinde yatmaktadır.

Sonuç olarak 21. yüzyılda cerrahi hemşireliği, teknolojiyi kullanan bir meslek olmanın ötesinde, teknolojiyi sorgulayan, yöneten ve hastanın yararına dönüştüren bir profesyonel bakım alanı olarak yeniden şekillenmektedir. Cerrahi bakımın geleceğinde teknoloji ne kadar ileri düzeye ulaşırsa ulaşsın, güvenli ve nitelikli bakımın merkezinde bilimsel bilgiyi klinik deneyimle birleştiren, etik sorumluluğunu koruyan ve hastayı yalnızca verilerden oluşan bir olgu olarak değil, kendine özgü gereksinimleri olan bir birey olarak gören cerrahi hemşiresi yer almaya devam edecektir. Değişen, hemşireliğin özü değil; bu özü gerçekleştirmek için kullandığı araçlar ve sahip olması gereken yetkinliklerdir.

KAYNAKÇA

Açıkgöz, G., & Baykal, Ü. (2023). Hemşirelerin mesleki rolleri ve özerkliğini destekleyen yasal düzenlemeler. İstanbul Kent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 29–34.

Ai, J., Biazar, E., Jafarpour, M., Montazeri, M., Majdi, A., Aminifard, S., Zafari, M., Akbari, H. R., & Rad, H. G. (2011). Nanotoxicology and nanoparticle safety in biomedical designs. International Journal of Nanomedicine, 6, 1117–1127.

American Nurses Association. (2021). Nursing: Scope and standards of practice (4th ed.). https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/

Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 23–27.

Aslan, F. E. (2009). Cerrahi hemşireliğinin tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1).

Ay, F. (2009). Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi. Gülhane Tıp Dergisi, 51(2), 131–136.

Ay, F. A. (2011). Mesleki temel kavramlar. F. A. Ay (Ed.), Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler (2. bs., ss. 1–28) içinde. Nobel Tıp Kitabevleri.

Baykara, Z. G. (2014). Hemşirelik bakım kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(2), 92–99.

Buchanan, C., Howitt, M. L., Wilson, R., Booth, R. G., Risling, T., & Bamford, M. (2020). Predicted influences of artificial intelligence on the domains of nursing: Scoping review. JMIR Nursing, 3(1), e23939. https://doi.org/10.2196/23939

Çetin, İ. (2008). Hemşirelik öğrencileri için yeni bir ders: Hemşirelikte bilgiye ulaşım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 107–124.

DeLaune, A., Jawahar, A., & Nanda, A. (2002). The Gamma Knife nurse: Defining roles and responsibilities. Journal of Neuroscience Nursing, 34(1), 25–29. https://doi.org/10.1097/01376517-200202000-00006

Demir Karabulut, S. (2022). Mesleki değerler ve etik. Y. Yalım & Z. Göçmen Baykara (Eds.), Hemşirelik ve etik (ss. 75–85) içinde. Ankara Nobel Kitabevleri.

Dinç, A., & Beji, N. K. (2001). Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları. N. K. Beji (Ed.), İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı (ss. 75–92) içinde. Emek Matbaacılık.

Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(2), 253–258. https://doi.org/10.17681/hsp.358458

Günler, O. E. (2015). Bilgi toplumunda internetin önemi ve sağlık üzerindeki etkileri. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 17(29), 33–40.

Hashimoto, D. A., Rosman, G., Rus, D., & Meireles, O. R. (2018). Artificial intelligence in surgery: Promises and perils. Annals of Surgery, 268(1), 70–76. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002693

İraz, R. (2004). Organizasyonlarda karar verme ve iletişim sürecinin etkinliği bakımından bilgi teknolojilerinin rolü. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11, 61–71.

Karaöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1), 1–8.

Koçak, C., Albayrak, S. A., & Duman, N. B. (2014). Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11(3), 16–21.

Kök, S. B. (2006). Bilişim teknolojilerinin yönetsel ve örgütsel etkileri. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 2, 123–140. https://izlik.org/JA66UG26PS

Malik, S., Muhammad, K., & Waheed, Y. (2023). Emerging applications of nanotechnology in healthcare and medicine. Molecules, 28(18), 6624. https://doi.org/10.3390/molecules28186624

Menceloğlu, Y. Z., & Kırca, M. B. (2008). Uluslararası rekabet stratejileri: Nanoteknoloji ve Türkiye (Uluslararası Rekabet Stratejileri Dizisi No. 11; Yayın No. TÜSİAD-T/2008-11/474). TÜSİAD/Sabancı Üniversitesi Rekabet Forumu.

Ömürberk, N., & Altın, G. F. (2009). Sağlık bilişim sistemlerinin uygulanmasına ilişkin bir araştırma: İzmir örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19, 211–232.

Özpulat, F. (2010). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı, 293–297.

Perry, A. G. (2009). Fundamentals of nursing: The client and health care environment: Nursing today (7th ed.). Mosby Elsevier.

Ratliff, C. R., & Forch, W. (2005). Telehealth for wound management in long-term care. Ostomy Wound Management, 51, 40–45.

Rick, C. (2014). Competence in executive nursing leadership for the 21st century: The 5 eyes. Nurse Leader, 12(2), 64–66.

Ronquillo, C. E., Peltonen, L.-M., Pruinelli, L., Chu, C. H., Bakken, S., Beduschi, A., Cato, K., Hardiker, N., Junger, A., Michalowski, M., Nyrup, R., Rahimi, S., Reed, D. N., Salakoski, T., Salanterä, S., Walton, N., Weber, P., Wiegand, T., & Topaz, M. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. Journal of Advanced Nursing, 77(9), 3707–3717. https://doi.org/10.1111/jan.14855

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM). (2018). Kuruluşumuz. T.C. Sağlık Bakanlığı. http://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,1276/kurulusumuz.html.Erişim Tarihi:01.07.2026.

Specht, J. K., Wakefield, B., & Flanagan, J. (2001). Evaluating the cost of one telehealth application connecting an acute and long-term care setting. Journal of Gerontological Nursing, 27(1), 34–39. https://doi.org/10.3928/0098-9134-20010101-11

Tabor, W. (2007). On the cutting edge of robotic surgery. Nursing, 37(2), 48–50. https://doi.org/10.1097/00152193-200702000-00037

Taylan, S., Alan, S., & Kadioğlu, N. S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 3, 66–74.

T.C. Resmî Gazete. (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (Sayı: 27910). https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm

Tosun, H. (2024). Hemşirelik etiğinin doğası. N. Turan & A. Aydın (Eds.), Hemşirelik ve etik (ss. 3–20) içinde. İstanbul Üniversitesi Yayınevi. https://doi.org/10.26650/B/CH17CH24.2024.002.01

Türk Hemşireler Derneği. (2009). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/thd/meslegietigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsirebrosur.pdf

Ucuzal, M., & Kanan, N. (2008). Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi ve hemşirelik bakımı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 16, 57–64.

Uslu, Y., & Kuğu, E. (2024). Cerrahi hemşireliğinde etik: Tarihçesi, gelişimi ve önemi. N. Turan & A. Aydın (Eds.), Hemşirelik ve etik (ss. 183–207) içinde. İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Üstün, Y., & Çınar Yücel, Ş. (2011). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1), 29–38.

Weberg, D., Braaten, J., & Gelinas, L. (2013). Enhancing innovation skills: VHA nursing leaders use creative approaches to inspire future thinking. Nurse Leader, 11(2), 32–35.

Westendorf, J. J. (2007). Utilizing the perioperative nursing data set in a surgical setting. Plastic Surgical Nursing, 27, 181–184.

World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200

Zuzelo, P. R., Hansell, A. W., & Thomas, L. (2008). Describing the influence of technologies on registered nurses' work. Clinical Nurse Specialist, 22, 132–140.

BÖLÜM 4

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE DELİRYUM VE HEMŞİRELİK UYGULAMALARI: KANITA DAYALI DEĞERLENDİRME, ÖNLEME VE YÖNETİM

HÜSNİYE KARAGÖZ[1]
SAADET CAN ÇİÇEK[2]

Giriş

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) kritik hastalarda görülen deliryum, günümüz yoğun bakım hemşireliğinin en önemli klinik sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Deliryum; dikkat, bilinç ve farkındalıkta akut bozulma ile karakterize, kısa sürede gelişen ve gün içinde dalgalanma gösteren nöropsikiyatrik bir sendromdur (Wilson et al., 2020). Yoğun bakım koşullarında mekanik ventilasyon, çoklu ilaç kullanımı, ağrı ve çevresel stresörler gibi sayısız tetikleyici faktörün bir arada bulunması, deliryum riskini belirgin ölçüde artırmaktadır.

[1] Uzman Hemşire, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH, Acil Servis, Ankara, Türkiye. Doktora Öğrencisi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Bolu, Türkiye. ORCID: 0000-0002-0421-5688
[2] Doç. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye. ORCID: 0000-0003-3087-983X

Epidemiyolojik veriler deliryumun farklı hasta gruplarında yaygın olarak sık görülen önemli bir klinik sorun olduğunu göstermektedir. Deliryum toplumda %1-2, bakımevinde yaşayan bireylerde %60, hastanede yatan bireylerde %6-56, cerrahi operasyon geçirenlerde %15-53, yoğun bakım hastalarında %56-87 ve terminal dönem hastalarında %83 oranında görülebilmektedir (Aslangül et al., 2022; Talhaoğlu et al., 2025). Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda ise bu oran %60-80 düzeyine ulaşmaktadır (Fernandes et al., 2024). Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde özellikle entübe ve cerrahi geçirmiş çocuklarda prevalansın %80'e kadar çıkabildiği bildirilmektedir (Ercan & Kızıler, 2021).

Deliryumun klinik önemi yalnızca yüksek prevalansıyla sınırlı değildir. Bu tablo; uzamış mekanik ventilasyon süresi, yoğun bakım ve hastanede kalış süresinin uzaması, artmış mortalite ve uzun dönem bilişsel bozuklukla doğrudan ilişkilidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde deliryumun yol açtığı ek sağlık hizmet maliyetinin yılda 182 milyon doların üzerinde olduğu bildirilmekte; yıllık toplam maliyetin ise 38-152 milyar dolar aralığına ulaştığı tahmin edilmektedir (Ormseth et al., 2023; Thomas et al., 2021). Türkiye özelinde yoğun bakım hemşirelerinin yalnızca %20,8'inin deliryum konusunda eğitim aldığı saptanmıştır (Yılmazer Serbes & Pehlivan, 2025). Bu bulgu, deliryumun erken tanılanması ve kanıta dayalı yönetimine yönelik eğitim gereksiniminin devam ettiğini göstermektedir.

Yeni araştırmalar deliryumun biyolojik temelini daha iyi aydınlatmaktadır. Nörogörüntüleme çalışmaları global atrofi, beyaz madde değişiklikleri ve serebral kan akımı bozukluklarını ortaya koyarken; EEG çalışmaları delta aktivitesinde artış ve osilatuar örüntülerde azalan değişkenlik olduğunu göstermektedir. İnterlökin-6, C-reaktif protein ve S100B gibi enflamasyon biyobelirteçleri deliryumla güçlü ilişki sergilemektedir (Smith et al., 2024). Bu bulgular, deliryumun erken tanılanması, önlenmesi ve yönetiminde

hemşirelik bakımının güncel patofizyolojik bilgiler doğrultusunda planlanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Deliryumun Tanımı

Deliryum kavramı, Latince ‘delirare’ (çığırından çıkmak) sözcüğünden türemiş olup tıp literatüründe yüzyıllar öncesine dayanan bir geçmişe sahiptir. Günümüzde tanısal standart olan DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı) kriterlerine göre deliryum tanısının konulabilmesi için aşağıdaki beş temel ölçütün birlikte karşılanması gerekmektedir (Ada Yanar et al., 2025).

Tablo 1. DSM-5’e Göre Deliryum Tanı Kriterleri

Kriter	Açıklama
A	Dikkat bozukluğu (dikkat odaklama, sürdürme ve yönlendirme kapasitesinde azalma) ve farkındalık bozukluğu (çevreye yönelik yöneliş azalması).
B	Bozukluk kısa sürede gelişir (saatler ile günler içinde) ve gün içinde dalgalanma gösterir.
C	Bellek, dil, algı yeteneklerinde ek bilişsel bozukluk.
D	A ve C kriterlerindeki bozukluklar mevcut ya da gelişen bir nörokognitif bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
E	Bozukluk; madde intoksikasyonu/yoksunluğu, ilaç toksisitesi veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik sonucudur.

Kaynak: American Psychiatric Association (2013).

Deliryum, yoğun bakım ortamında geçmişte ‘yoğun bakım psikozu’ ya da ‘yoğun bakım sendromu’ olarak da adlandırılmıştır. Bu terminolojik çeşitlilik, özellikle geçmiş yıllarda durumun tanılanmasındaki güçlükleri yansıtmaktadır (Ercan & Kızıler, 2021). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması’nda (ICD) yer alan tanı ölçütleri de DSM-5 ile büyük ölçüde uyum göstermekte olup, deliryumun tanılanmasında uluslararası düzeyde ortak bir yaklaşımın benimsenmesine katkı sağlamaktadır.

Deliryumun Sınıflandırılması

Deliryum, psikomotor aktivite örüntüsüne göre üç alt tipe ayrılmaktadır. Bu sınıflandırma, klinik tanıma ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması açısından yol gösterici niteliktedir.

Tablo 2. Deliryum Alt Tiplerinin Klinik Özellikleri ve Hemşirelik Öncelikleri

Özellik	Hiperaktif Tip	Hipoaktif Tip	Karma Tip
Prevalans (YBÜ)	%4	%11-17	%7-9
Temel Belirtiler	Ajitasyon, halüsinasyon, saldırganlık	Uyuşukluk, psikomotor gerilik, tepkisizlik	Her iki tip özellikleri, gün içi dalgalanma
Tanı Güçlüğü	Düşük	Yüksek depresyonla karışabilir	Orta düzey
Prognoz	Görece olumlu	Daha olumsuz; bası yarası, pnömoni riski	Değişken
Hemşirelik Önceliği	Güvenliği sağlama, yaralanma önleme	Erken tanılama, mobilizasyon	Sürekli yeniden değerlendirme

Kaynak: Ada Yanar et al. (2025); Flores-Galicia et al. (2024).

Hipoaktif deliryum, YBÜ'de en sık görülen alt tip olmasına rağmen davranışsal belirtilerin yeterince belirgin olmaması nedeniyle sıklıkla depresyon ya da ağrı ile karıştırılmaktadır. Bu durum, tanının gecikmesine, mekanik ventilasyon süresinin uzamasına, aspirasyon pnömonisi gelişimine ve basınç yaralanmasına yol açabilmektedir (Ada Yanar et al., 2025). Hiperaktif deliryumda ise ajitasyona bağlı tıbbi ekipman çıkarılması ve yaralanma riski hemşirelerin en sık bildirdiği güvenlik sorunları arasında yer almaktadır. Yılmazer Serbes ve Pehlivan'ın (2025) çalışmasında hemşirelerin %88'i, ajitasyona bağlı tıbbi ekipman çıkarılmasıyla karşılaştıklarını bildirmiştir. Bu nedenle deliryum alt tiplerinin doğru tanınması, uygun hemşirelik bakımının planlanmasında önem taşımaktadır.

Patofizyoloji

Deliryumun patofizyolojik mekanizmaları henüz tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, nörotransmitter dengesizliği, nöroinflamasyon ve beyin ağlarındaki işlev bozukluğunun temel rol oynadığı kabul edilmektedir. Asetilkolin eksikliği ve dopamin fazlalığı ile GABA (gama-aminobütirik asit) ve serotonin dengesizliğinin bilişsel işlevleri, uyku-uyanıklık döngüsünü ve psikomotor davranışı bozduğu bilinmektedir (Ada Yanar et al., 2025).

Beynin hem kortikal hem de uyku, uyanıklık, dikkat ve algıyı düzenleyen subkortikal merkezlerindeki yaygın işlev bozukluğu, deliryumun çok boyutlu belirtilerini açıklamaktadır. Özellikle kısa süreli bellekteki bozulma, hastaların iyileşme sonrasında deliryum sürecine ilişkin hatırlayamamalarına neden olabilmektedir. Sitokin salınımına bağlı kan-beyin bariyeri geçirgenliğinin artması ve ilaçların doğrudan nörotoksik etkisi de özellikle yaşlı bireylerde deliryum gelişimine katkıda bulunan yüksek prevalansı açıklayan mekanizmalar arasında gösterilmektedir.

Pediatrik popülasyonda ise serebral oksidatif metabolizma bozukluğu ön plana çıkmaktadır. Hipoksi, nörotransmitter dengesizliği, inflamasyon ve toksik-metabolik nedenlerle oluşan bu bozukluk, serebral işlevlerde bozulmaya ve deliryum belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Ercan & Kızıler, 2021).

Risk Faktörleri

Deliryum risk faktörleri, zemin hazırlayan (predispozan) ve tetikleyici (presipitan) olmak üzere iki ana başlık altında incelenmektedir. Ormseth ve arkadaşlarının (2023) 315 çalışmayı, 101.144 hastayı kapsayan sistematik derlemesinde, 33 predispozan ve 112 presipitan faktör tanımlamıştır.

Predispozan Faktörler

Predispozan faktörler hastanın önceden var olan kırılganlığını artıran ve çoğunlukla değiştirilemeyen bireysel özellikleri yansıtmaktadır. Başlıca predispozan faktörler; ileri yaş, önceden var olan bilişsel bozukluk veya demans, erkek cinsiyet, kronik hastalık varlığı, görme ve işitme kaybı, alkol-madde bağımlılığı öyküsü ve psikiyatrik ya da nörolojik hastalıklardır. Nitekim, iki yaş altındaki kritik hastalarda deliryum prevalansının %56'ya kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (Ercan & Kızıler, 2021).

Presipitan Faktörler

Presipitan faktörler akut hastalık, tedavi süreci veya çevresel etkenlerle ve hemşirelik bakımında önlenebilir risk faktörlerini oluşturmaktadır. Klinik uygulamada başlıca tetikleyici faktörler; mekanik ventilasyon, sedasyon ve opioid kullanımı, sepsis, metabolik bozukluklar, sıvı-elektrolit dengesizliği, invaziv kateter ve drenler, ağrının yetersiz kontrolü, uyku yoksunluğu, immobilizasyon ve sosyal izolasyondur.

Çevresel presipitan faktörler arasında YBÜ'nün gürültülü ve sürekli aydınlatılan ortamı, hasta odasında pencere bulunmaması ve sağlık profesyonellerinin tekrarlayan müdahaleleri yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), YBÜ'lerde ses seviyesinin gündüz 35 dB, gece ise 30 dB'nin altında tutulmasını önermektedir. Bununla birlikte araştırmalar, yoğun bakım ünitelerinde bu önerilen sınırların sıklıkla aşıldığını göstermektedir (Ercan & Kızıler, 2021).

Yılmazer Serbes ve Pehlivan'ın (2025) 125 yoğun bakım hemşiresiyle gerçekleştirdiği çalışmada, hemşirelerin deliryum risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin genel olarak iyi olduğu, ancak kardiyak faktörler (sol ventrikül basınç artışı, kardiyomegali ve lidokain kullanımı) konusundaki farkındalıkların daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik Tablo ve Belirtiler

Deliryumun klinik görünümü son derece değişkendir ve gün içinde önemli ölçüde dalgalanma gösterebilir. Bu dalgalı seyir, deliryumu diğer psikiyatrik ve nörokognitif bozukluklardan ayıran karakteristik özelliklerden biridir. Talhaoğlu ve arkadaşlarının (2025) nitel çalışmasında yoğun bakım hemşireleri, deliryumun ilk belirtilerini çoğunlukla ‘anlamsız hareketler’, ‘bilinç bozukluğu’ ve ‘oryantasyon bozukluğu’ olarak tanımlamıştır.

Deliryumun başlıca klinik belirtileri; dil ve iletişimde tutarsızlık, yakın belleğin bozulması, yürütücü işlevlerde güçlük, zaman-mekân-kişi oryantasyon kaybı, illüzyon ve halüsinasyonlar, uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması ile psikomotor aktivite değişiklikleri başlıca klinik bulgular arasındadır.

Hipoaktif deliryumda görülen uyuşukluk ve tepkisizlik, depresyonla sık karıştırılmakta; bu durum tanının gecikmesine ve buna bağlı olarak komplikasyon riskinin artmasına yol açmaktadır. Ayrıca, hemşirelik bakımında bilişsel işlevlere yönelik sistematik değerlendirmenin yeterince yapılmaması, hipoaktif deliryumun gözden kaçmasına ve tanının gecikmesine neden olabilmektedir (Thomas et al., 2021).

Tanılama Araçları

Kanıta dayalı deliryum yönetiminde, geçerliliği ve güvenirliği gösterilmiş standardize değerlendirme araçlarının kullanılması önem taşımaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde deliryumun değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçekler aşağıda özetlenmiştir (Ada Yanar et al., 2025; Kılıç et al., 2022).

Yoğun Bakım Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi (CAM-ICU)

CAM-ICU, mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda da kullanılabilen, sözel iletişim gerektirmeyen hızlı bir tarama aracıdır. Akut mental durum değişikliği veya dalgalı seyir ile dikkatsizlik

bulunması ve bunlara ek olarak bilinç düzeyinde değişiklik veya dezorganize düşüncenin varlığı deliryum lehine değerlendirilmektedir. %80 duyarlılık ve %95,9 özgüllük değerlerine sahip olan CAM-ICU, yoğun bakım ünitelerinde en yaygın kullanılan deliryum değerlendirme araçlarından biri olarak kabul edilmektedir (Flores-Galicia et al., 2024; Ormseth et al., 2023). Literatürde, hemşirelere CAM-ICU eğitimi verilmesi müdahale grubunda deliryum oranını %35'ten %15'e düşürdüğü belirtilmiştir (Aslangül et al., 2022).

Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi (ICDSC)

Sekiz maddeden oluşan ölçek bilinç değişikliği, dikkatsizlik, oryantasyon kaybı, halüsinasyon, psikomotor değişiklikler, uygunsuz duygulanım, uyku-uyanıklık bozukluğu ve belirtilerde dalgalanmayı değerlendirmektedir. Toplam puanın 4 veya üzerinde olması, deliryum açısından pozitif olarak kabul edilmektedir. Subsendromik deliryumun değerlendirilmesine olanak sağlaması, ölçeğin önemli avantajlarından biridir (Kılıç et al., 2022). ICDSC temelli uyku hijyeni kontrol listesinin uygulanmasının bir aylık süreçte deliryum insidansını %9 azalttığı gösterilmiştir (Aslangül et al., 2022).

Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası (Nu-DESC)

Gaudreau ve arkadaşları (2005) tarafından özellikle hemşireler için geliştirilen Nu-DESC, oryantasyon bozukluğu, uygunsuz davranış, uygunsuz iletişim, illüzyon/halüsinasyon, psikomotor yavaşlama olmak üzere beş maddeyi yaklaşık bir dakika içinde değerlendirmekte olup, toplam puanın 2 ve üzeri olması deliryum açısından pozitif olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çınar ve Eti Aslan tarafından yapılmış (Kılıç et al., 2022); %92,3 duyarlılık ve %92,7 özgüllük değerleri elde edilmiştir. Meta-analiz bulguları Nu-

DESC'in yoğun bakımda %65,5-100 duyarlılık ve %81,3-86 özgüllük sergilediğini doğrulamaktadır (Flores-Galicia et al., 2024).

Ölçeğin önemli avantajlarından biri, psikomotor yavaşlama maddesini içermesidir. Bu özellik, gözden kaçma olasılığı yüksek olan hipoaktif deliryumun tanılanmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca ölçek özel bir eğitim gerektirmeden kısa sürede uygulanabilmekte olup Almanca, Çince, Korece, İtalyanca, İsveççe, Portekizce, Fince, Danca ve Türkçe dahil olmak üzere birçok dile uyarlanmış ve psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir.

NEECHAM Konfüzyon Skalası

Neelon ve arkadaşları(1992, as cited in Ada Yanar et al., 2025) tarafından geliştirilen bu üç bileşenli ölçek; zihinsel kapasite, gözlemlenen davranış/fonksiyonel yeterlilik ve fizyolojik belirtileri (vital bulgular, oksijen satürasyonu ve üriner inkontinans) değerlendirmektedir. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen ölçekte 24 puanın altındaki skorlar deliryum riskine işaret eder. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Elibol ve Karaöz tarafından tamamlanmıştır (Ada Yanar et al., 2025).

Pediatrik Deliryum Araçları

Pediatrik popülasyonda deliryum değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan araçlar arasında Yoğun Bakım Ünitesinde Pediatrik Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (pCAM-ICU), Yoğun Bakım Ünitesinde Okul Öncesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (psCAM-ICU), Cornell Pediatrik Deliryum Değerlendirme Ölçeği ve Pediatrik Anestezi Deliryum Skalası yer almaktadır. Bu araçların tamamı sedatize ve sözel iletişim kurulamayan çocuklarda da uygulanabilmektedir (Ercan & Kızıler, 2021). Bununla birlikte, bir çalışmada pediatrik yoğun bakım ünitelerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin yalnızca %7'sinin rutin deliryum taraması yaptığını bildirmesi, bu araçların klinik uygulamada yeterince

kullanılmasını göstermesi açısından dikkat çekicidir (Ercan & Kızıler, 2021).

Deliryum Yönetiminde Hemşirelik Bakımı

Deliryumun önlenmesi ve yönetiminde hemşireler, hastayla en fazla temas hâlinde olan sağlık profesyonelleri olarak kilit rol üstlenmektedir (Fernandes et al., 2024). Deliryumun yönetiminde hemşirelik bakımı, farmakolojik olmayan ve farmakolojik girişimler olmak üzere iki temel yaklaşımı kapsamaktadır. Bu iki yaklaşım birbirini tamamlayıcı nitelikte olup hastanın klinik durumu doğrultusunda bütüncül bir yaklaşımla uygulanmalıdır.

Farmakolojik Olmayan Girişimler

Kanıtlar, farmakolojik olmayan çok bileşenli yaklaşımların deliryum insidansını ve süresini anlamlı biçimde azalttığını göstermektedir (Fernandes et al., 2024). Güncel ABCDEF paketi, deliryumun önlenmesi ve yönetiminde en yaygın kullanılan kanıta dayalı yaklaşımlardan biridir. Paketin uygulanmasının deliryum süresi, mekanik ventilasyon süresi ve mortaliteyi azalttığı; erken mobilizasyonu ve hasta sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmektedir.

Aslangül ve arkadaşlarının (2022) çalışmasına göre farmakolojik olmayan girişimler; eğitim çalışmaları, hasta odaklı girişimler ve bu iki yaklaşımın birlikte uygulandığı çok bileşenli girişimler olmak üzere üç ana grupta değerlendirilmektedir. Eğitim alan hemşirelerin bakım verdiği hastalarda deliryum insidansının %16'dan %14'e, bir diğer çalışmada %8'den %0'a ve Roth'un çalışmasında müdahale grubunda %15'e (kontrol %35) gerilediği bildirilmiştir (Aslangül et al., 2022).

Deliryumun önlenmesi ve yönetimine yönelik kanıta dayalı hemşirelik girişimleri aşağıda yedi başlık altında özetlenmiştir (Ada Yanar et al., 2025; Fernandes et al., 2024; Kılıç et al., 2022):

Birinci Adım: Oryantasyonun Sağlanması

- Her vardiya değişiminde hemşire kendisini hastaya tanıtmalıdır.
- Hastaya kısa ve açık cümlelerle çevre, ekipman ve planlanan girişimler hakkında bilgi verilmelidir.
- Tarih ve saat düzenli aralıklarla hatırlatılmalı; hasta odasına takvim ve saat konulmalıdır.
- Hasta ismiyle hitap edilmeli; evden getirilen tanıdık eşya veya fotoğraflar ortamda bulundurulmalıdır.
- Süreklilik sağlamak amacıyla aynı hemşirenin bakım vermesi tercih edilmelidir.

İkinci Adım: Bilişsel ve Duyusal Stimülasyon

- Gözlük ve işitme cihazının kullanılması sağlanmalıdır.
- Kişisel tercihlere dayalı müzik, televizyon veya radyo kullanımı teşvik edilmelidir.
- Aile ve arkadaş fotoğrafları, yaşlı çocuklar için takvim asılması önerilmektedir.

Üçüncü Adım: Çevresel Kontrolün Sağlanması

- Gece saatlerinde (23:00-07:00) monitör ve infüzyon pompa alarmları en düşük düzeye ayarlanmalıdır.
- Ünite içi gereksiz personel sirkülasyonu ve gürültü kaynakları sınırlandırılmalıdır.
- Gündüzleri yeterli doğal veya yapay ışık sağlanarak sirkadiyen ritim desteklenmelidir.

Dördüncü Adım: Uyku Kalitesinin İyileştirilmesi

- Gece loş aydınlatma uygulanmalı; mümkünse göz maskesi ve kulak tıkacı kullanılmalıdır.
- Bakım uygulamaları mümkün olduğunca toplu yapılarak uyku bölünmesi azaltılmalıdır.
- Gündüz hastanın uyanık kalmasına özen gösterilmelidir.

Gazete okuma, tanıdık ses kayıtlarının dinletilmesi ve göz bandı kullanımını içeren çok bileşenli girişimlerin deliryum insidansını anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmiştir (Ada Yanar et al., 2025). Ayrıca kulak tıkacı ve göz bandının birlikte kullanılmasının deliryum görülme sıklığını %53 oranında azaltabileceği prospektif çalışmalarla gösterilmiştir (Ercan & Kızıler, 2021).

Beşinci Adım: Erken Mobilizasyon

- Her vardiyada en az bir kez olmak üzere günde üç kez aktif/pasif eklem hareket egzersizleri uygulanmalıdır.
- Klinik durum izin verdiğinde oturma, ayakta durma ve yürüme teşvik edilmelidir.
- Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon protokolü hayata geçirilmelidir.

Erken mobilizasyonun etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, sedasyon ve erken mobilizasyon protokolü uygulaması sonrasında pediatrik deliryum prevalansının %19,3'ten %11,8'e gerilediği bildirilmiştir (Ercan & Kızıler, 2021).

Altıncı Adım: Aile Katılımı

- Aile üyelerinin bakım kararlarına katılımı desteklenmeli, hasta başında zaman geçirmeleri sağlanmalıdır.

- Aile üyelerine yeniden oryantasyon tekniklerini uygulama konusunda eğitim verilmelidir.
- Ebeveynler, çocuklarının davranış değişikliklerini erken fark ederek sağlık ekibine bildirmeleri yönünde teşvik edilmelidir.

Yedinci Adım: Temel Bakım Gereksinimlerinin Karşılanması

- Erken enteral beslenme planlanmalı; beslenme desteği gecikmeden başlatılmalıdır.
- Kişisel hijyen, boşaltım, ağrı yönetimi ve cilt bakımı aksatılmadan sürdürülmelidir.
- Kan şekeri ve elektrolit dengesi düzenli aralıklarla izlenmelidir.
- Hastanın kendi bakımına katılımı aktif biçimde desteklenmelidir.

Farmakolojik Girişimler

Güncel PADIS 2018 kılavuzu antipsikotikler, deksmedetomidin, statinler ve ketaminin deliryumun önlenmesi amacıyla rutin profilaktik kullanımını önermemektedir (Fernandes et al., 2024). Farmakolojik tedavi, öncelikle farmakolojik olmayan girişimlerin yetersiz kaldığı ve hiperaktif deliryuma bağlı ciddi ajitasyonun hasta ve yaralanma riskinin kontrolünde gerekli olabilmektedir.

Haloperidol, yoğun bakım ünitelerinde deliryum tedavisinde en sık kullanılan tipik antipsikotiklerden biri olmaya devam etmektedir. Dopamin D_2 reseptör antagonizması yoluyla halüsinasyon, delüzyon ve ajitasyon belirtilerinin kontrolüne katkı sağlamaktadır. Atipik antipsikotikler (olanzapin, risperidon, ketiyapin, ziprasidon) yan etki profili açısından bazı avantajlar sunmakla birlikte, mevcut kanıtlar bu ajanların deliryum süresini

anlamlı düzeyde kısaltmadığını göstermektedir (Fernandes et al., 2024).

Benzodiazepinler; alkol yoksunluğuna bağlı deliryum olguları dışında genel olarak önerilmemektedir; çünkü bu ilaçların deliryum gelişme riskini arttırabileceğine ilişkin güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Deksmedetomidinin ise özellikle mekanik ventilasyondan ayrılmayı güçleştiren hiperaktif deliryum olgularında yararlı olabileceği bildirilmektedir (Ercan & Kızıler, 2021). Talhaoğlu ve arkadaşlarının (2025) çalışmasındaki hemşireler sedasyon ve ilaç tedavisini farmakolojik olmayan girişimlerden sonra başvurulan son seçenek olarak değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Hemşireler farmakolojik tedavi sürecinde; ilaçların hedef sedasyon düzeyine uygunluğunu, etkinliğini ve olası yan etkileri açısından yakından izlemektedir (Ercan & Kızıler, 2021).

Pediatrik Yoğun Bakımda Deliryum: Özel Değerlendirmeler

Pediatrik deliryum, yetişkin deliryumuna kıyasla hem daha az araştırılmış hem de klinik pratikte daha sık gözden kaçan bir tablodur. Çocuklarda deliryum prevalansı genel olarak %10-60 arasında değişmekte; cerrahi ve mekanik ventilasyondaki çocuklarda %80'e kadar ulaşmaktadır. Buna rağmen araştırmalar, pediatrik yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunun (%71) hiç deliryum taraması yapmadığını ortaya koymaktadır (Ercan & Kızıler, 2021).

Pediatrik deliryumun tanılanmasındaki güçlükler; gelişim düzeyine göre değişen belirti profili, ağrı ve stresle örtüşen davranışsal belirtiler, hipoaktif tablonun depresyonla karıştırılması ve Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliği gösterilmiş değerlendirme araçlarının sınırlı olması ile ilişkilidir. Hemşirelerin aile üyeleriyle iş birliği yaparak davranış değişikliklerini erken fark etmeleri, erken tanılama ve uygun bakıma katkı sağlamaktadır.

Hemşirelerin Deneyimleri ve Mesleki Güçlükler

Thomas ve arkadaşlarının (2021) nitel sentez çalışması, on nitel araştırmayı kapsayan kapsamlı bir sistematik değerlendirme olup, hemşirelerin deliryumlu hastalara bakım verirken yaşadıkları deneyimleri dört tema altında incelemiştir.

Birinci tema olan bilgi eksikliği ve kavramsal belirsizlik; hemşirelerin deliryumun doğası ve seyri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarının, deliryumu diğer nörolojik bozukluklardan ayırt etmelerini güçleştirdiğini göstermektedir.

İkinci tema olan artmış iş yükü ve stres; deliryumlu hastalara bakımın hem fiziksel hem de duygusal açıdan yorucu olduğunu, özellikle yetersiz personel koşullarında hemşirelerin ciddi stres ve tükenmişlik yaşadığını vurgulamaktadır.

Üçüncü tema olan güvenlik kaygıları; hiperaktif deliryumlu hastaların fiziksel saldırganlık ve tıbbi ekipmanları çıkarmaya yönelik davranışlarının hem hasta hem de hemşire güvenliğini tehdit ettiğini göstermektedir. Dördüncü tema olan bakım stratejileri ise aile üyelerinin desteğinin hastayı sakinleştirmedeki kritik katkısını, meslektaş dayanışmasının önemini ve fiziksel kısıtlamanın yalnızca son seçenek olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalar da benzer bulgular ortaya koymaktadır. Yılmazer Serbes ve Pehlivan'ın (2025) çalışmasında, hemşirelerin yalnızca %20,8'inin deliryum konusunda eğitim aldığı, %9,1'inin araştırma yaptığı; buna karşın %56,9'unun deliryum yönetiminde kendine güvendiği görülmüştür. Bu durum, klinik deneyimin tek başına yeterli olduğu algısının, kanıta dayalı bilgi ve sürekli eğitimin yerini alamayacağını göstermektedir.

Deliryum Eğitimi ve Kurumsal Düzenlemeler

Kanıta dayalı uygulamaların klinik pratiğe etkin biçimde aktarılabilmesi, sistematik eğitim programları ve kurumsal

düzenlemelerle mümkündür. Kılıç ve arkadaşlarının (2022) gerçekleştirdiği çalışmada, Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli kullanılarak bir vakıf üniversitesinin yoğun bakım ünitelerinde Nu-DESC'in hemşirelik formlarına eklenmesi ve uygulamaya aktarılması planlanmıştır. Bu girişim, kanıta dayalı uygulamaların araştırmadan klinik ortama aktarılmasına yönelik başarılı bir örnek oluşturmaktadır.

Thomas ve arkadaşlarının (2021) sistematik incelemesi, hemşirelerin deliryuma ilişkin teorik bilgiye büyük ölçüde sahip olmalarına rağmen bu bilgiyi klinik uygulamaya aktarma konusunda güçlük yaşadıklarını göstermektedir. Düzenli hizmet içi eğitim programları, vaka temelli öğrenme yaklaşımları ve deliryum tarama protokollerinin rutin iş akışına entegrasyonu, bu süreci destekleyen başlıca stratejiler arasında yer almaktadır.

Fernandes ve arkadaşlarının (2024) derleme bulgularına göre vaka temelli eğitim yaklaşımları, hemşirelerin duyusal stimülasyon protokolleri konusundaki farkındalığını anlamlı biçimde artırmaktadır. Bunun yanı sıra kurumlarda deliryum taramasının standart bakım protokollerine entegre edilmesi, düzenli geri bildirim ve denetim mekanizmalarının oluşturulması ile yönetim politikalarının hemşirelik uygulamalarını destekleyecek şekilde yapılandırılması önerilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerine yönelik düzenli hizmet içi eğitim programlarının planlanması, deliryum tarama araçlarının rutin bakım sürecine entegrasyonu ve kurumsal protokollerin oluşturulması, kanıta dayalı deliryum yönetiminin sürdürülebilirliği açısından temel gerekliliklerdir.

Sonuç ve Öneriler

Deliryum, yoğun bakım ünitelerinde kritik hastaların önemli bir bölümünü etkileyen, yüksek morbidite ve mortaliteyle ilişkili, ancak erken tanılanması ve etkin yönetimiyle önlenebilir ve olumsuz

sonuçları azaltılabilir bir sendromdur. Bu bölümde ele alınan kanıtlar, kapsamlı bir hemşirelik yaklaşımının deliryum insidansını, süresini ve ilişkili komplikasyonları anlamlı ölçüde azaltabileceğini tutarlı biçimde ortaya koymaktadır.

Klinik uygulamada yoğun bakım ünitelerinde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış tarama araçlarının rutin kullanımı ve kanıta dayalı bakım protokollerinin uygulanması deliryum yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Bu kapsamda CAM-ICU, Nu-DESC, ICDSC gibi standart değerlendirme araçlarının günlük bakım sürecine entegre edilmesi, ABCDEF paketinde yer alan farmakolojik olmayan girişimlere öncelik verilmesi ve farmakolojik tedavinin yalnızca uygun klinik endikasyonlarda, hiperaktif deliryuma bağlı ciddi ajitasyonun kontrolü amacıyla, en düşük etkili dozda ve en kısa süreyle uygulanması önerilmektedir.

Multidisipliner işbirliği deliryum yönetiminin vazgeçilmez bileşenlerinden biridir. Hemşireler, hekimler, fizyoterapistler ve aile üyeleri deliryum önleme ve yönetim sürecinde eşgüdümlü biçimde çalışmalıdır. Hemşirelerin bu süreçteki merkezi konumunu pekiştirmek için kurumsal destek, yeterli personel düzeyi ve sistematik eğitim programları hayata geçirilmelidir.

Araştırma öncelikleri açısından ise Türkiye koşullarına özgü çok merkezli randomize kontrollü çalışmalara, pediatrik deliryum yönetimine yönelik protokol geliştirme çalışmalarına ve hemşirelerin deliryum farkındalığını artırmaya yönelik müdahale programlarının etkinliğinin değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır.

Kaynakça

Ada Yanar, N., Kılıç, E., & Yaman Aktaş, Y. (2025). Yoğun bakım hastasında deliryum yönetiminde hemşirelik bakımı: Kanıta dayalı uygulamalar. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*(2), 191–204. https://doi.org/10.59312/ebshealth.1715196

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Aslangül, S., Ayhan, F., & Terzioğlu, C. (2022). Deliryum yönetiminde farmakolojik olmayan hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 15*(2), 273–291.

Ercan, İ., & Kızıler, E. (2021). Pediatri yoğun bakımlarda deliryum yönetiminde hemşirenin sorumlulukları ve rolleri. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4*(1), 67–78.

Fernandes, F., Santos, M., Anacleto, A. M., Jerónimo, C., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2024). Nursing intervention to prevent and manage delirium in critically ill patients: A scoping review. *Healthcare, 12*(11), Article 1134. https://doi.org/10.3390/healthcare12111134

Flores-Galicia, C., Ponce-Gómez, G., & Valencia-Cruz, A. (2024). Delirium assessment scales: A challenge in nursing. *Revista de Enfermería Neurológica, 23*(2), 36–43. https://doi.org/10.24875/RENE.M24000001

Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale. *Journal of Pain and Symptom Management, 29*(4), 368–375. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009

Kılıç, G., Kav, S., & Çevik, B. (2022). Yoğun bakım ünitelerinde deliryumun kanıta dayalı olarak değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 15*(2), 227–232. https://doi.org/10.46483/deuhfed.951777

Ormseth, C. H., LaHue, S. C., Oldham, M. A., Josephson, S. A., Whitaker, E., & Douglas, V. C. (2023). Predisposing and precipitating factors associated with delirium: A systematic review. *JAMA Network Open, 6*(1), Article e2249950. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49950

Smith, C., Hodge, D., Harrison, F. E., & Williams Roberson, S. (2024). The pathophysiology and biomarkers of delirium. *Seminars in Neurology, 44*(5), 375–386.

Talhaoğlu, D., Keşer, E., Alaman, O., & Atik, D. (2025). Deneyimle gelen farkındalık: Yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu erken tanıma ve yönetmedeki rolü. *Hemşirelik Bilimi Dergisi, 8*(3), 339–352.

Thomas, N., Coleman, M., & Terry, D. (2021). Nurses' experience of caring for patients with delirium: Systematic review and qualitative evidence synthesis. *Nursing Reports, 11*(1), 164–174. https://doi.org/10.3390/nursrep11010016

Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLullich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers, 6*(1), Article 90. https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4

Yılmazer Serbes, R. G., & Pehlivan, S. (2025). Investigation of intensive care nurses' awareness about delirium and its management. *Journal of Intensive Care Nursing, 29*(1), 55–66. https://doi.org/10.62111/ybhd.1608776

BÖLÜM 5

GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE PELVİK TABAN REHABİLİTASYONU: MULTİDİSİPLİNER HEMŞİRELİK VE FİZYOTERAPİ YAKLAŞIMLARI

Gül Büşra ALTUNAY DAVRAN[1],
Melike Beyza AKKAŞ[2]

Giriş

Pelvik taban, kadının anatomik ve fonksiyonel bütünlüğünün korunmasında hayati bir rol oynayan, pelvis çıkışını kapatan ve karmaşık kas-fasiyal yapıdan oluşan dinamik bir sistemdir. Temel olarak musculus levator ani (m. pubococcygeus, m. puborectalis, m. iliococcygeus) ve musculus coccygeus kas grupları ile bunlara eşlik eden endopelvik fasya, pelvik organların (mesane, uterus ve rektum) anatomik pozisyonlarında kalmasını destekler (Bo et al., 2017; DeLancey, 2016). Bu kas tabakası, intraabdominal basınç artışlarına karşı koyarak idrar ve gaita kontinansının sağlanmasında, cinsel fonksiyonların sürdürülmesinde ve doğum eyleminin biyomekanik

[1] Öğretim Görevlisi Dr., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Fizyoterapi Pr., ORCID: 0000-0002-6958-074X
[2] Hemşire, Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ORCID: 0000-0003-0395-5497

süreçlerinde primer role sahiptir (DeLancey, 2016). Kadın yaşam döngüsünün en hassas dönemlerinden olan gestasyonel (gebelik) süreç, pelvik taban dokuları üzerinde hem mekanik hem de hormonal açıdan önemli değişiklikleri beraberinde getirir. Gebelik boyunca uterusun büyümesi ve fetüs, plasenta ile amniyotik sıvının toplam ağırlığının artması, pelvik taban kasları üzerine binen kronik mekanik yükü artırır. Bu durum, pelvik tabanın aşağı doğru yer değiştirmesine (desensus) ve kas liflerinin sürekli gerilmesine neden olur (Morkved & Bo, 2014; Sangsawang & Sangsawang, 2013). Mekanik yüklenmenin yanı sıra, gebelik sürecinde plasentadan salgılanan relaksin, progesteron ve östrojen hormonlarının seviyelerindeki artış; kollajen sentezini ve bağ dokusu elastikiyetini değiştirir (Lammers et al., 2012; Daneau et al., 2025). Özellikle relaksin hormonu, pelvis simfizisi ve sakroiliak eklemleri doğuma hazırlamak amacıyla bağlarda laksisiteyi (gevşekliği) sağlarken, pelvik tabanın destekleyici fasya yapısını da zayıflatır (Morkved & Bo, 2014).

Doğum eylemi ise bu mekanik ve hormonal yükün zirveye ulaştığı, pelvik taban bütünlüğünün en çok risk altında olduğu süreçtir. Vajinal doğum sırasında başın pelvik çıkımdan geçişi, levator ani kaslarında kendi orijinal boylarının 3 ila 4 katına kadar gerilmeye neden olur (Krofta et al., 2017). Bu akut mikrotravmalar, kas liflerinde yırtılmalara, endopelvik fasyada ayrışmalara ve nervus pudendus başta olmak üzere pelvik sinirlerde gerilme kaynaklı nörolojik hasarlara yol açabilir (DeLancey et al., 2024). Klinik kanıtlar, sadece vajinal doğumun değil, gebelik sürecinin kendisinin de pelvik taban disfonksiyonları için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (Gartland et al., 2012; Handa et al., 2011; Memon & Handa, 2012). Geleneksel tıp modellerinde pelvik taban sorunları genellikle semptomlar yerleştikten sonra çoğunlukla cerrahi yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılmıştır. Ancak günümüz kanıta dayalı tıp uygulamaları, koruyucu ve rehabilitatif

yaklaşımların önemini vurgulamaktadır (ACOG, 2019; Dumoulin et al., 2018). Bu noktada, kadın sağlığı ve doğum hemşireliği ile fizyoterapi disiplinlerinin multidisipliner bir eksende buluşması kritik bir önem taşır. Hemşirelik mesleği, gebelik sürecindeki kadına bütüncül bakım sağlama, risk faktörlerini erken dönemde tarama ve antenatal eğitimlerle farkındalık yaratma rollerini üstlenirken; fizyoterapi disiplini ise kas-iskelet sistemi disfonksiyonlarının klinik biyomekanik analizi, spesifik egzersiz reçetelendirmesi ve ileri rehabilitasyon tekniklerinin uygulanmasında uzmanlaşmıştır (Dufour et al., 2019 Bo et al., 2017). Bu iki disiplinin sinerjik iş birliği, pelvik taban disfonksiyonlarının insidansını azaltmada, semptomların şiddetini hafifletmede ve perinatal dönemdeki kadının yaşam kalitesini optimize etmede anahtar role sahiptir (Bshawri et al., 2024; Tsai et al., 2026).

Gebelik Döneminde Pelvik Taban Disfonksiyonları ve Epidemiyoloji

Gebelik ve postpartum (doğum sonrası) dönemde pelvik taban yapılarının mekanik ve fonksiyonel olarak yetersiz kalması, klinik literatürde "Pelvik Taban Disfonksiyonları (PTD)" olarak tanımlanan bir dizi patolojiyi tetikler (Bo et al., 2017; DeLancey, 2016). Perinatal dönemde en sık karşılaşılan PTD tabloları; üriner inkontinans, fekal/anal inkontinans, pelvik organ prolapsusu ve cinsel disfonksiyondur (Boyle et al., 2012).

Üriner İnkontinans (Üİ): Gebelik sürecinde kadınların sıklıkla deneyimlediği PTD çeşididir. Genellikle intraabdominal basıncın artmasıyla (öksürme, hapşırma, fiziksel aktivite) tetiklenen Stres Üriner İnkontinans (SÜİ) şeklinde görülür (Morkved & Bo, 2014). Epidemiyolojik çalışmalar, gebelerin yaklaşık %30 ila %60'ının gebelik süresince en az bir kez üriner inkontinans atağı geçirdiğini göstermektedir (Sangsawang & Sangsawang, 2013; Rajavuori et al., 2021). Postpartum dönemde ise bu oran vajinal doğum yapan

kadınlarda, sezaryen ile doğum yapanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek seyretmektedir (Gartland et al., 2012; Handa et al., 2011).

Pelvik Organ Prolapsusu (POP): Uterus, mesane veya rektumun vajinal kanala doğru yer değiştirmesidir. Gebelikteki hormonal laksisite ve doğumdaki mekanik gerilme, fasyal desteklerin bütünlüğünü bozarak Pelvik Organ Prolapsusu'na zemin hazırlayabilir (ACOG, 2019). Klinik olarak asemptomatik olsa bile objektif değerlendirmelerde doğum yapmış kadınların önemli bir kısmında hafif evre prolapsus tespit edilmektedir **(**Memon & Handa, 2012).

Fekal ve Anal İnkontinans: Gaz veya gaita kaçırma durumu, özellikle anal sfinkter yaralanması (III. ve IV. derece perineal yırtıklar) içeren zorlu vajinal doğumlardan sonra %5 ila %15 oranında epidemiyolojik veri sunmaktadır (Quaghebeur et al., 2024).

Cinsel Disfonksiyon: Perinatal dönemde pelvik taban kaslarındaki ağrı, disparoni ve kas tonusu değişikliklerine bağlı olarak kadınların yaşam kalitesini ve psikososyal sağlığını derinden etkileyen bir diğer önemli klinik tablodur (Gartland et al., 2012; Leeman & Rogers, 2012).

Risk Faktörleri

Pelvik taban disfonksiyonlarının gelişiminde rol oynayan risk faktörleri multifaktöriyel olup, maternal, obstetrik ve genetik başlıklar altında incelenmektedir:

Maternal Yaş ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ): İleri maternal yaş (35 yaş ve üstü), doku rejenerasyonunun ve kollajen kalitesinin azalması nedeniyle PTD riskini artırır. Yüksek VKİ veya gebelikte aşırı kilo alımı ise pelvik tabana sürekli binen intraabdominal basıncı kronikleştirerek kasların mekanik direncini kırar (Woodley et al., 2017).

Parite (Doğum Sayısı): Multiparite (birden fazla doğum yapmış olmak), pelvik tabanın tekrarlayan mekanik travmalara maruz kalmasına yol açtığından en güçlü risk faktörlerinden biridir (Handa et al., 2011). Ancak ilk gebeliğini yaşayan nulliparlarda dahi mekanik yükten ötürü SÜİ gelişebilmektedir (Sangsawang & Sangsawang, 2013).

Obstetrik Faktörler: Doğumun ikinci evresinin uzaması (ıkınma süresinin uzaması), makrozomik fetüs (4000 gr ve üstü doğum ağırlığı), müdahaleli doğumlar (forseps veya vakum ekstraksiyonu) ve uygulanan lateral/medyan epizyotomiler, pelvik taban kas ve sinir dokusunda kalıcı hasar riskini katlayarak artırmaktadır (ACOG, 2019; Lemos et al., 2017).

Genetik Yatkınlık ve Yaşam Tarzı: Bireyin kollajen tip oranları (Tip I / Tip III kollajen oranı) bağ dokusunun çekme direncini belirler (Litos et al., 2013). Ailesinde prolapsus veya inkontinans öyküsü olan kadınlar daha yüksek risk altındadır. Ayrıca kronik öksürüğe yol açan solunum yolu hastalıkları, kronik kabızlık (sürekli ıkınma alışkanlığı) ve ağır yük kaldırmayı gerektiren meslekler de PTD gelişimini hızlandıran sekonder faktörlerdir (Bo et al., 2017; Woodley et al., 2017).

3. Perinatal Dönemde Pelvik Taban Hemşireliği Bakımı ve Yönetimi

Kadın sağlığı ve doğum hemşireliği, perinatal dönemde kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyileşme süreçlerini bütüncül bir yaklaşımla ele alan birincil sağlık disiplinidir. Pelvik taban disfonksiyonlarının (PTD) önlenmesi ve yönetilmesinde hemşirelik bakımı; semptomların erken dönemde taranması, risk faktörlerinin belirlenmesi, kanıta dayalı eğitimlerin sunulması ve hasta uyumunun artırılması adımlarını kapsar (Chun et al., 2026).

Semptom Tarama, Erken Tanı ve Bakım Stratejileri

Gebelikte ve postpartum dönemde pelvik taban disfonksiyonlarının sıklıkla yaşandığı bilinmektedir. Yaşanan disfonnksiyonların sıklıkla üriner inkontinans, fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu ve cinsel disfonksiyon olduğu bilinmektedir (Suar & Özerdoğan, 2021). Disfonksiyonların erken dönemde tespit edilmesi ve tedavi ya da rehabilitasyon süreçlerinin erken evrede başlatılması önemlidir. Bu durum doğrultusunda, hemşirelik süreçlerinde rutin ve yapılandırılmış taramaların önemini ön plana çıkarmaktadır.

Rutin Tarama ve Anamnez: Antenatal (doğum öncesi) kontrollerde hemşire, gebenin idrar veya gaita kaçırma, pelvis bölgesinde dolgunluk/ağırlık hissi, disparoni ve kabızlık durumlarını standart sorularla değerlendirmelidir (Kömürcü & Uğur, 2017).

Geçerliği Kanıtlanmış Ölçüm Araçlarının Kullanımı: Klinik hemşirelik değerlendirmesinde International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), Urogenital Distress Inventory (UDI-6) ve Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) gibi uluslararası geçerliliği olan ölçekler kullanılarak semptomların şiddeti ve yaşam kalitesine etkisi objektif olarak verileştirilmelidir (Kuroda et al., 2024; Malik et al., 2025).

Gebelik Okulları ve Antenatal Eğitimde Hemşirenin Rolü

Toplum sağlığı ve koruyucu sağlık perspektifinden bakıldığında hemşireler, gebe okullarında yürüttükleri antenatal eğitim programları aracılığıyla PTD gelişme riskini birincil düzeyde engelleme gücüne sahiptir (Chun et all., 2026).

Anatomi ve Biyomekanik Farkındalığı: Hemşire, gebeye pelvik tabanın nerede olduğunu, gebelikte hormonlar ve fetüs ağırlığı nedeniyle nasıl etkilendiğini görsel maketler ve eğitim materyalleri aracılığıyla anlatır (Morkved & Bo, 2014).

Doğru Ikınma Teknikleri Eğitimleri: Doğum eyleminin ikinci evresinde uygulanan kronik ve uzamış Valsalva manevrası pelvik sinirlerde ve levator ani kaslarında kalıcı hasarlara yol açabilmektedir (Lemos et al., 2017). Hemşire, gebeye açık glottis ıkınma (nefes vererek ıkınma) ve kendiliğinden (spontan) ıkınma tekniklerini öğreterek perineal travma riskini minimize eder (Lemos et al., 2017)

Perineal Masaj Eğitimi: Gebeliğin 34-36. haftalarından itibaren uygulanan antenatal perineal masaj, perineal dokuların elastikiyetini artırarak doğum sırasındaki yırtık oranlarını ve epizyotomi gereksinimini azaltmaktadır (Beckmann & Stock, 2013). Hemşire, gebenin veya eşinin bu masajı doğru teknikle uygulaması için danışmanlık sağlar.

Gebelik ve Postpartum Dönemde Pelvik Taban Fizyoterapisi ve Rehabilitasyonu

Fizyoterapi ve rehabilitasyon disiplini, pelvik tabanın kas-iskelet ve sinir-kas (nöromüsküler) sistemine odaklanarak kas fonksiyonlarını (kuvvet, endurans, koordinasyon, relaksasyon) restore etmeyi hedefler (Dumoulin et al., 2018). Fizyoterapist, gebelik ve doğum sonrası süreçte kadının mekanik gereksinimlerine göre bireyselleştirilmiş kanıta dayalı egzersiz ve rehabilitasyon protokolleri çizer.

Klinik Değerlendirme Yöntemleri

Etkili bir rehabilitasyon programı, kapsamlı bir pelvik taban değerlendirmesi ile başlar:

Dijital Palpasyon ve PERFECT Şeması: Fizyoterapist tarafından vajinal yolla yapılan palpasyonda kas tonusu ve simetrisi incelenir (Ünlü et al., 2021). Laycock ve Jerwood tarafından geliştirilen PERFECT şeması değerlendirmede altın standart kabul edilen parametreleri içerir (Laycock & Jerwood, 2001):

- P (Power): Maksimum kasılma gücü (Modified Oxford Skalası: 0-5 arası).
- E (Endurance): Maksimum kasılmanın sürdürülme süresi (saniye cinsinden, maks 10 sn).
- R (Repetitions): Belirlenen endurans süresi boyunca yapılan tekrar sayısı.
- F (Fast contractions): 1 saniyelik hızlı (çabuk kılan) kasılma sayısı.
- ECT (Every Contraction Timed): Her bir kasılmanın doğru formda zamanlanması.

Perineometri ve Vajinal Manometri: Pelvik taban kasılmasının oluşturduğu basıncı (mmHg veya cmH2O cinsinden) ölçen cihazlardır. Kasın objektif olarak ne kadar kuvvet ürettiğini sayısal veri olarak sunar (Barbosa-Silva et al., 2023).

Elektromyografi (EMG) ve Ultrasonografi: Yüzeyel elektrotlar yardımıyla kasın elektriksel aktivitesi (dinlenme tonusu, kasılma amplitüdü) izlenir. Gerçek zamanlı ultrasonografi (RTUS) ise hastanın kası doğru kasıp kasmadığını ve mesane tabanının yukarı doğru kalkışını (elevation) görselleştirmek için kullanılır (De Alba Alvarez et al., 2026).

Kanıta Dayalı Fizyoterapi Müdahaleleri

Pelvik Taban Kas Eğitimi (PTKE / Kegel Egzersizleri)

International Urogynecological Association (IUGA) ve Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) kılavuzlarına göre PTKE, gebelikte ve postpartum dönemde SÜİ ve prolapsus tedavisinde 1. Basamak (Level 1A) Kanıt değerine sahiptir (Bo et al., 2017; Dumoulin et al., 2018; Woodley et al., 2017).

FITT İlkelerine Göre Reçetelendirme:

- Frekans (Frequency): Günde 3 seans.

- İntensite (Intensity): Maksimum eforun %60-80'i kadar kasılma.
- Tip (Type): Hem Tip I (yavaş kılan, endurans sağlayan) hem de Tip II (hızlı kılan, ani basınç artışlarına karşı koyan) kas liflerini hedefleyen kombine egzersizler (Bo & Sherburn, 2005).
- Zaman (Time): Her seansta 8-12 tekrar; 5-10 saniye kasılma, kasılma süresi kadar gevşeme. Tedavi süresi en az 12 hafta olmalıdır (Dumoulin et al., 2018; Hay-Smith et al., 2008; Morkved & Bo, 2014).

Biofeedback (Biyolojik Geri Bildirim)

Hastaların yönlendirilmesi ve işlem hakkında eğitilmesi önerilmektedir. Hastaların ilk denemelerinde pelvik taban kaslarını kasmak yerine yanlışlıkla karın, uyluk veya kalça kaslarını kasar ya da ıkınarak aşağı doğru itebildiği bilinmektedir (Dar & Saban, 2022). Biofeedback cihazları, vajinal prob veya elektrotlar aracılığıyla kas aktivitesini ekrana grafik veya ses olarak yansıtarak hastaya doğru motor öğrenmeyi (propriyosepsiyon) öğretir (Herderschee et al., 2011).

Elektriksel Stimülasyon ve Manuel Terapi

Aşırı aktif mesane veya pelvik ağrısı olan, kas gücü Oxford skalasına göre Grade 2'nin altında olan kadınlarda nöromüsküler elektriksel stimülasyon (NMES) kasın uyarılmasını sağlar (Bo et al., 2017). Bununla beraber vajinal doğum sürecinde manuel terapi uygulamalarından olan miyofasiyal manipülasyon uygulanması doğum yaralanmaları, kanama miktarı ve yenidoğan durumunu olumlu etkilemektedir (Chen et al., 2023).

Core Stabilizasyonu ile Entegrasyon

Pelvik taban kasları, musculus transversus abdominis, diaphragma ve mm. multifidi ile birlikte gövdenin iç kor (core) silindirini oluşturur (Sapsford et al., 2001). Perinatal süreçte bu

mekanik dengenin korunması, intraabdominal basıncın doğru yönetilmesi ve solunum döngüsüyle senkronize koaktivasyonun sağlanması fonksiyonel iyileşmeyi hızlandırır. Nitekim güncel literatür, pelvik taban ve abdominal kasların bu bütüncül nöromüsküler entegrasyonunun pelvik taban disfonksiyonlarının önlenmesi ve tedavisindeki kritik rolünü vurgulamaktadır (Yakıt Yeşilyurt et al., 2026).

Klinik Pratikte Multidisipliner İş Birliği ve Ortak Bakım Modelleri

Kadın sağlığı ve doğum hemşireliği ile fizyoterapi disiplinlerinin bağımsız çalışması yerine bütüncül bir bakış açısıyla entegre olması, maternal sağlık çıktılarında sinerjik bir artış yaratmaktadır (Bshawri et al., 2024; Tsai et al., 2026). Güncel klinik kılavuzlar (ACOG, ICS, IUGA), pelvik taban sağlığının değerlendirilmesinde ve tedavisinde "Multidisipliner Bakım Modeli"nin uygulanmasını güçlü bir şekilde önermektedir (ACOG, 2019; Bo et al., 2017; Bshawri et al., 2024).

Hemşirelik ve Fizyoterapi Kesişim Noktaları

Klinik pratikte iş birliğinin temeli, her iki disiplinin kendi rol sınırlarını iyi tanımlaması ve zamanında sevk mekanizmalarını işletmesine dayanır (Tsai et al., 2026).

Hemşirelik Rolü: Perinatal bakımın sürekliliğini sağlayan ilk basamak olarak hemşire; antenatal ve postnatal vizitlerde kadınları pelvik taban disfonksiyonları açısından düzenli olarak tarar ve risk faktörlerini erken dönemde tespit eder. Temel pelvik taban kas eğitimi (PTKE) konusunda ilk farkındalığı kazandırarak bireyin sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmesini destekler ve multidisipliner ekiple iş birliği içinde hastanın tedaviye uyumunu yakından izler (El-Shamy & Abd El Fatah, 2017).

Fizyoterapi Rolü: Taramada semptomatik olduğu belirlenen (SÜİ, pelvik organ prolapsusu, şiddetli pelvik ağrı, kas kuvveti Oxford skoru < 3 olan) veya koruyucu amaçlı ileri seviye biyomekanik değerlendirme talep eden kadınları devralır. Bireyselleştirilmiş egzersiz reçeteleri, biofeedback ve manuel terapi protokollerini yürütür (Dumoulin et al., 2018).

Ortak Sevk Protokolü: Hemşire, klinik değerlendirmede patolojik bir bulgu (örneğin evre II ve üzeri prolapsus, vajinismus, ciddi anal sfinkter yaralanması) saptadığında hastayı fizyoterapiste ve ilgili uzman hekime (ürojinekolog/kadın hastalıkları ve doğum uzmanı) yönlendirir (ACOG, 2019; Bshawri et al., 2024). Fizyoterapist ise hastanın medikal ve psikososyal bakım gereksinimlerini hemşireye bildirerek bakımın sürekliliğini sağlar (Tsai et al., 2026).

Sonuç ve Gelecek Prospektifleri

Pelvik taban disfonksiyonları, kadınların yaşam kalitesini, cinsel sağlığını ve psikososyal durumunu derinden etkileyen, ancak erken müdahale ve doğru rehabilitasyon ile büyük oranda önlenebilen ve tedavi edilebilen klinik tablolardır (Dumoulin et al., 2018; Woodley et al., 2017). Gebelik ve doğum süreçlerinin getirdiği biyomekanik ve hormonal yükler, pelvik taban yapılarında harabiyete yol açma potansiyeline sahiptir (Suar & Özerdoğan, 2021)

Kadın sağlığı ve doğum hemşireliği ile fizyoterapi disiplinlerinin ortak yürüteceği kanıta dayalı bakımlar;

- Perinatal dönemdeki inkontinans ve prolapsus oranlarını belirgin şekilde düşürmekte (Hay-Smith et al., 2008; Morkved & Bo, 2014; Woodley et al., 2017),
- Doğum eyleminin daha konforlu ve az travmatik geçmesini sağlamakta (Beckmann & Stock, 2013; Lemos et al., 2017),

- Postpartum dönemde doku iyileşmesini ve kas-iskelet fonksiyonlarının restorasyonunu hızlandırmaktadır (Bshawri et al., 2024).

Gelecek Araştırma ve Uygulama Önerileri

Dijital Sağlık ve Mobil Uygulamalar: Yapay zeka destekli mobil uygulamalar, giyilebilir biofeedback sensörleri ve tele-rehabilitasyon yöntemlerinin hemşirelik ve fizyoterapi takibine entegre edilmesi, hastaların egzersiz uyumunu artırabilir.

Standardize Klinik Protokoller: Ulusal ve uluslararası düzeyde hemşire ve fizyoterapistlerin ortak kullanacağı standart "Perinatal Pelvik Taban Sağlığı Algoritmaları" oluşturulmalıdır (Bshawri et al., 2024; Tsai et al., 2026).

Prospektif Çalışmalar: Literatürde hemşirelik ve fizyoterapi ortak müdahalelerinin uzun dönemli (5-10 yıllık) maternal sonuçlarını inceleyen daha fazla randomize kontrollü çalışmaya (RCT) ihtiyaç duyulmaktadır (Dumoulin et al., 2018; Woodley et al., 2017).

Kaynakça

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). (2019). Pelvic organ prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. Obstetrics & Gynecology, 134(5), e126–e142. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003519

Barbosa-Silva, J., Sato, T. O., Homsi Jorge, C., Armijo-Olivo, S., & Driusso, P. (2023). What are the cut-off points for vaginal manometry to differentiate women with a weak from those with a strong pelvic floor muscle contraction?: Vaginal manometry to classify a pelvic floor muscle contraction. *Brazilian journal of physical therapy*, *27*(6), 100572. https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2023.100572

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013(4), CD005123. **https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3**

Bo, K., & Sherburn, M. (2005). Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. Physical Therapy, 85(3), 269–282. https://doi.org/10.1093/ptj/85.3.269

Bo, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., Bortolini, M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C., & Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 36(2), 221–244. https://doi.org/10.1002/nau.23107

Boyle, R., Hay-Smith, E. J., Cody, J. D., & Mørkved, S. (2012). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. The Cochrane database of systematic reviews, 10, CD007471. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub2

Bshawri, M. A., Alnami, M. A., Jumah, L. A., Alhawaswi, K. M., Almajid, H., Alshammari, S. M., Alghamdi, K. B., Walanshira, J. M., Al-Halil, M. A., Alojayan, G. E., & Mohammed, K. (2024). A multidisciplinary approach to managing pelvic floor disorders: The roles of gynecology, nursing, health education, medical physics, laboratory specialist, and health information systems. Journal of Ecohumanism, 3(1), 102–115.

Chen, Y. Q., Wang, Z. W., Liu, H. C., Wu, J., Qin, J. Z., Li, J. H., Wu, D. Q., & Jiang, H. Y. (2023). Effects of pelvic floor myofascial manipulation intervention on primiparas and neonates during the second stage of vaginal delivery. *Experimental and therapeutic medicine*, *27*(1), 5. https://doi.org/10.3892/etm.2023.12292

Chun, R. P. C., Goh, W. L., Kyaw, I. K. M. N., & Lim, J. S. K. (2026). Empowering women, strengthening support: a quality improvement project to enhance pelvic floor health awareness. *BMJ Open Quality, 15*(1), e003940. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003940

Daneau, C., Nougarou, F., Abboud, J., Ruchat, S. M., & Descarreaux, M. (2025). Changes in pregnancy-related hormones, neuromechanical adaptations and clinical pain status throughout pregnancy: A prospective cohort study. PloS one, 20(2), e0314158. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314158

Dar, G., & Saban, T. S. (2022). The Perception of Pelvic Floor Muscle Function amongst Exercising Women Who Are Repeatedly Instructed to Contract Their Pelvic Floor Muscles. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(9), 1768. https://doi.org/10.3390/healthcare10091768

De Alba Alvarez, I., Simmering, J. A., Manzini, C., Peters, S. H. J. M., van den Noort, F., & Grob, A. T. M. (2026). Multimodal evaluation of pelvic floor muscle function using ultrasound strain imaging and surface electromyography. In B. S. Gimi, & A. Krol (Eds.), *Medical Imaging 2026: Clinical and Biomedical Imaging* Article 139290U (Progress in Biomedical Optics and Imaging - Proceedings of SPIE; Vol. 13929). SPIE. https://doi.org/10.1117/12.3084212

DeLancey, J. O. (2016). What's new in the pathophysiology of pelvic organ prolapse? Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 28(5), 420–429. https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000312

DeLancey, J. O. L., Masteling, M., Pipitone, F., LaCross, J., Mastrovito, S., & Ashton-Miller, J. A. (2024). Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it?. *American journal of obstetrics and gynecology*, *230*(3), 279–294.e2. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.1253

Dufour, S., Hondronicols, A., & Flanigan, K. (2019). Enhancing Pelvic Health: Optimizing the Services Provided by Primary Health Care Teams in Ontario by Integrating Physiotherapists. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, *71*(2), 168–175. https://doi.org/10.3138/ptc.2017-81.pc

Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 10(10), CD005654. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4

El-Shamy, F. F., & Abd El Fatah, E. (2017). Effect of antenatal pelvic floor muscle exercise on mode of delivery: A randomized controlled trial. *Integrative Medicine International*, *4*(3–4), 187–197. https://doi.org/10.1159/000488351

Gartland, D., Donath, S., MacArthur, C., & Brown, S. J. (2012). The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 119(11), 1361–1369. **https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03437.x**

Handa, V. L., Blomquist, J. L., Knoepp, L. R., Hoskey, K. A., McDermott, K. C., & Muñoz, A. (2011). Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. Obstetrics and gynecology, 118(4), 777–784. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182267f2f

Herderschee, R., Hay-Smith, E. J., Herbison, G. P., Roovers, J. P., & Heineman, M. J. (2011). Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (7), CD009252. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009252

Kömürcü, Ö., & Uğur, M. G. (2017). Doğuma bağlı ortaya çıkan pelvik taban değişiklikleri. *İnkontinans Ve Nöroüroloji Bülteni*, *4*, 25-34.

Krofta, L., Havelkova, L., Urbankova, I., Krcmar, M., Hyncik, L., & Feyereisl, J. (2017). Finite element model focused on stress distribution in the levator ani muscle during vaginal delivery. *International Urogynecology Journal, 28*(2), 275–284. https://doi.org/10.1007/s00192-016-3126-1

Kuroda, K., Hamamoto, K., Kawamura, K., Masunaga, A., Kobayashi, H., Horiguchi, A., & Ito, K. (2024). The International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form as a Substitute for 1-Hour Pad Weight Testing in the Evaluation of Urinary Incontinence in Patients With Pelvic Organ Prolapse Undergoing Surgery. International neurourology journal, 28(3), 215–224. https://doi.org/10.5213/inj.2448234.117

Lammers, K., Lince, S. L., Spath, M. A., van Kempen, L. C., Hendriks, J. C., Vierhout, M. E., & Kluivers, K. B. (2012). Pelvic organ prolapse and collagen-

associated disorders. International urogynecology journal, 23(3), 313–319. https://doi.org/10.1007/s00192-011-1532-y

Laycock, J., & Jerwood, D. (2001). Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. Physiotherapy, 87(12), 631–642. https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X

Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: Postpartum sexual dysfunction. Obstetrics & Gynecology, 119(3), 647–655. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611

Lemos, A., Amorim, M. M., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E., & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3(3), CD009124. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3

Malik, A., Kashif, U., Baloch, N., Raza, A., & Chughtai, N. (2025). Cross-cultural adaptation and validation of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) short form in Urdu: a comprehensive linguistic and psychometric analysis. Journal of patient-reported outcomes, 9(1), 114. https://doi.org/10.1186/s41687-025-00932-y

Memon, H., & Handa, V. L. (2012). Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. Current opinion in obstetrics & gynecology, 24(5), 349–354. https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328357628b

Morkved, S., & Bo, K. (2014). Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: A systematic review. British Journal of Sports Medicine, 48(4), 299–310. **https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091758**

Quaghebeur, J., Petros, P., Wyndaele, J. J., & De Wachter, S. (2024). The Integral Theory, Pelvic Floor Biomechanics, and Binary Innervation. *International neurourology journal*, *28*(3), 181–184. https://doi.org/10.5213/inj.2448092.046

Rajavuori, A., Repo, J. P., Häkkinen, A., Palonen, P., Multanen, J., & Aukee, P. (2021). Maternal risk factors of urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A prospective cohort study. European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X, 13, 100138. https://doi.org/10.1016/j.eurox.2021.100138

Sangsawang, B., & Sangsawang, N. (2013). Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. International urogynecology journal, 24(6), 901–912. https://doi.org/10.1007/s00192-013-2061-7

Sapsford, R. (2004). Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. Manual Therapy, 9(1), 3–12. https://doi.org/10.1016/s1356-689x(03)00131-0

Sapsford, R. R., Hodges, P. W., Richardson, C. A., Cooper, D. H., Markwell, S. J., & Jull, G. A. (2001). Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. Neurourology and urodynamics, 20(1), 31–42. https://doi.org/10.1002/1520-6777(2001)20:1<31::aid-nau5>3.0.co;2-p

Suar, G., & Özerdoğan, N. (2022). Postpartum pelvik taban bozuklukları ve annenin psiko-sosyal durumuna etkisi, 24(2), 140-146. https://doi.org/10.24898/tandro.2022.04874.

Tsai, T. Y., Huang, S. H., Liao, C. K., Tsai, K. Y., Hsieh, P. S., Chiang, S. F., & Hiraike, O. (2026). Multidisciplinary team approach to pelvic floor disorders: A systematic review. Biomedical journal, 49(2), 100912. https://doi.org/10.1016/j.bj.2025.100912

Ünlü, İ. E., Özengin, N., Serindağ, S., Bakar, Y., Ankaralı, H., & Topçuoğlu, A. (2021). Asemptomatik kadınlarda pelvik taban kas fonksiyonuna farklı kontraksiyon yöntemlerinin etkisi. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation, 32*(2), 182–190. https://doi.org/10.21653/tjpr.781589

Woodley, S. J., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., & Hay-Smith, E. J. C. (2017). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 12(12), CD007471. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub3

Yakıt Yeşilyurt, S., Şahiner Pıçak, G., Başol Göksülük, M., Balıkoğlu, M., & Özengin, N. (2026). Investigating the Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training, Including Sensor-Based Diaphragm Exercises in Women With Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *107*(3), 373–382. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2025.06.019

Hay-Smith, J., Morkved, S., Fairbrother, K. A., & Herbison, G. P. (2008). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD007471. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471

BÖLÜM 6
TIBBİ BAKIM: YAŞLANMAYI SAĞLIKLI BİR ŞEKİLDE YÖNETMEK

NACİYE ESRA KOYUNCU[1]

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı yaşlanmayı "ileri yaşlarda refahı sağlayan işlevsel yetenekleri geliştirme ve sürdürme süreci" olarak tanımlamaktadır. İşlevsel yetenek, bireyin temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, karar verme, mobilite, ilişki kurma, öğrenme ve gelişme kapasitesi ile ilgilidir. Kısaca sağlıklı yaşlanma hastalıktan yoksun olma durumu değil bireyin bağımsızlığını, fiziksel ve zihinsel iyiliğini ve genel yaşam kalitesini koruma ve geliştirme sürecidir (WHO, 2020b).

Yaşlanma sürecinde genetik ve biyolojik faktörler rol oynasa da, beslenme, düzenli fiziksel aktivite, stres ve kaygı yönetimi,

[1] Dr. Araş. Gör., KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-2879-8873

düzenli uyku, manevi destek mekanizmalarının oluşturulması ve olumlu davranışların benimsenmesi hem yaşam süresini hem de sağlık kalitesini artırmaktadır (Basu et al., 2023). Yaşlanma, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve nörodejeneratif bozukluklar gibi birçok yaşa bağlı hastalıklar için birincil risk faktörüdür (Kroemer et al., 2025). Ancak yaşlı bireylerde tıbbi hizmet aramada gecikme yaygındır ve bu durum hastalıkların ilerlemesine ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır (Xiang et al., 2022).

Sağlıklı yaşlanma perspektifinden bakıldığında, yaşlanma bir kader değil, müdahale edilebilir ve yönetilebilir bir süreç olarak ele alınmalıdır. Tıbbi bakımın amacı, yaşlanmanın getirdiği riskleri öngörmek, sınırlandırmak, yönetmek ve yaşam kalitesini yüksek tutmaktır.

Yaşlanmanın Bağışıklık Sistemi Üzerindeki Etkileri

Yaşlanma, insan vücudunda hemen hemen bütün sistemleri ve organları etkileyen, ilerleyici işlevsel bozukluğa ve homeostaz kaybına yol açan çok faktörlü bir süreçtir. Bağışıklık sisteminin yaşlanması ise immünosenesans olarak adlandırılır ve hem doğuştan gelen hem de adaptif bağışıklık tepkilerinde yaşa bağlı değişikliklerle karakterize edilir (Zhang & Caruso, 2025). Bu değişiklikler lenfoid organların yapısını ve işlevselliğini, bağışıklık hücrelerinin üretimini, sitokinleri ve hücresel işlevleri etkilemektedir. Doğuştan gelen bağışıklık sistemi, patojenlere karşı ilk savunma hattıdır ve anında tepki verirken, adaptif bağışıklık daha

uzun sürede gelişir ve antijenleri tanıyan spesifik bir yanıt oluşturur (Weinberger & Dovjak, 2025).

İmmunosenesans artan morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmektedir. Yaşlanmada en fazla etkilenen sistem olan bağışıklık sistemi, organizma üzerinde önemli etkileri olan biyolojik ve fizyolojik değişiklikler yaratır (Borgoni et al., 2021). Bağışıklık sisteminin temel rolleri arasında organizmanın patojenlere karşı savunulması, ölü hücrelerin temizlenmesi yoluyla homeostazın sağlanması ve iyileşme sürecinin düzenlenmesi yer alır. Dolayısıyla artan yaş ve immünosenesansla birlikte bağışıklık sisteminin ilerleyici bozulması, yaşlı bireylerde bulaşıcı hastalıklara (grip, koronavirüs vb), kardiyovasküler hastalıklara, enfeksiyonlara, kansere ve enflamatuvar hastalıklara yatkınlığı arttırırken, yara iyileşme süreçleri gecikebilmekte ve aşılara antikor oluşturma oranı azalabilmektedir (Barbé-Tuana et al., 2020; Borgoni et al., 2021). Bu nedenle immunsenesansın önlenmesi için hızlı ve çok boyutlu yaklaşımların geliştirilmesi önemlidir (Barbé-Tuana et al., 2020).

Bulaşıcı Hastalıklar

Aşılar bulaşıcı hastalıkları önlemede ve kontrol altına almada en etkili yöntemlerden biridir. Aşılama enfeksiyonu ve bulaşmayı önler, hastalığın şiddetini azaltır. Aşılamanın amacı "immünolojik hafıza" oluşturmaktır. Bu sayede etkene ilk maruziyet hatırlanır ve tekrar maruz kalma durumunda organizma tarafından uygun yanıt verilir. Ancak bağışıklık sisteminin işlev bozukluğuna bağlı olarak ilerlemiş yaşlarda immünolojik hafızanın ve kandaki antikor

titrelerinin azaldığı bilinmekte ve aşılamanın önemi artmaktadır (Falahi et al., 2025).

Bu önleyici girişimlere rağmen ileri yaşlarda kalıcı enflamasyonlar meydana gelmektedir. Ölü hücrelerin uzaklaştırılmasında gelişen fonksiyon kaybı kronik enflamasyonu tetiklemektedir. Dolayısıyla enflamasyon yaşlanma sürecine katkıda bulunmakta ve yaşa bağlı gelişen hastalıkları artırmaktadır. Bu durum kalp ve damarlarda oluşabileceği gibi sistemik olarak da etki gösterebilmektedir (Weinberger & Dovjak, 2025).

Enfeksiyonlara Yatkınlık

Yaşlı yetişkinler enfeksiyonlara karşı daha hassastır. Nedenleri arasında yaşlanan bağışıklık sistemi, yaşa bağlı organlarda gelişen gerilemeler (örn. böbrek fonksiyonlarının azalması, cilt ve mukoza bariyerinin incelmesi, solunum yolu refleksinin azalması vb.), yetersiz beslenme, kronik hastalıkların yanı sıra sağlık faktörleri de (huzurevinde kalma, bakıma erişimin zor olması) yer almaktadır. Artan yaşla birlikte atipik semptomlarda daha sık görülmektedir. Bu durum enfeksiyonun tanımlanmasını zorlaştırmakta ve tedaviyi geciktirmektedir. Akut durumlar haricinde altta yatan nedenlere bağlı olarak kalp krizi, serebrovasküler olay gibi durumlarda gelişebilmektedir (Weinberger & Dovjak, 2025).

Kardiyovasküler Bozukluklar

Yaşlanma, kardiyovasküler hastalıkların en önemli belirleyicisi ve dünya çapında başlıca ölüm nedenleri arasındadır.

Kardiyovasküler risk faktörleri (sigara, alkol, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam, obezite, hipertansiyon, diyabet) her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle yaşa bağlı değişikliklerin ve bunların kardiyovasküler sistem ile olan bağını anlamak önemlidir. Bu bağlamda yaşlılıkta organizmanın yaşlanması, homeostaz kaybı, artmış morbidite gibi nedenler kardiyovasküler hastalıkları tetiklemektedir (Barbé-Tuana et al., 2020).

Kanser

Yaşa bağlı bağışıklık sistemi değişiklikleri, tümör gelişimini, büyümesini ve metastazı etkileyebilmektedir. Normal bir süreçte tümör hücreleri immünolojik sistem tarafından tanınır ve ortadan kaldırılır. İmmünosenesans durumunda T hücreleri ve myeloid baskılayıcı hücreler tümör hücrelerinin bağışıklık yanıtından kaçmasına izin vererek immünosüpresif bir ortam yaratmaktadır. Böylece tümör hücreleri çoğalarak kanser oluşturmaktadır (Weinberger & Dovjak, 2025).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Aşıların Rolü

Sağlıklı bir yaşam tarzı, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve korunmasında önemlidir; bu da bağışıklık yaşlanmasını yavaşlatabilmektedir. Bağışıklığın güçlendirilmesi için ilk ve en önemli adım aşılamadır. Ancak zamanla azalan bağışıklık sistemi yanıt oranları nedeniyle özellikle yaşlı yetişkinlerde güncel ve sık aralıklarla aşılama takvimi uygulanması, bağışıklık sistemini güçlendirmede rol oynamaktadır (Doherty et al., 2025).

Ülkemizde 18 yaş ve üzeri için kullanılan güncel aşılama takvimi Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo1: Ülkemizdeki 18 Yaş Üstü Bireyler İçin Aşı Şeması

Erişkin Dönemi Aşı Uygulamaları	
Sağlıklı Yetişkinlere Önerilen Aşılar	Td: Tetanos Difteri
Risk Grubunda Yer Alan Erişkinlere Önerilen Aşılar	Hepatit B Hepatit A Pnömokok Grip Meningokok Suçiçeği KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
65 Yaş ve Üzeri	Pnömokok Grip

Kaynak: *T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi, 2025.*

Kanser Taramaları

Kanser tarama kılavuzlarında tarama başlangıç yaşı, tarama biçimleri, tarama aralıkları ve taramayı durdurma yaşları kuruluşlara ve ülkelere göre değişiklik göstermektedir (Onega et al., 2024). Türkiye'de DSÖ'nün önerdiği üç kanser türünde (meme, serviks, kolorektal) düzenli tarama yapılmaktadır ve kanser taramaları için kılavuzlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmaktadır. Bu kılavuza göre, meme kanseri için 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi çekilmesi, serviks kanseri için 30-65 yaş arası kadınlarda 5 yılda bir HPV-DNA testinin yapılması, kolorektal kanseri için her iki cinsiyette 50-70 yaş arası 2 yılda bir gaitada gizli kan bakılması ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025b). Tarama kampanyası harici prostat kanseri için 50 yaş ve üzeri Prostat Spesifik Antijen (PSA) bakılması

önerilirken, akciğer kanseri için erken tanı yöntemi olmadığı düşünülmektedir. Ülkemizde kanser taramaları için üst yaş sınırı net olarak bulunmamaktadır, ancak ABD Önleyici Hizmetler Grubu, meme kanseri taramasının 74 yaş ve üzeri, serviks kanseri taramasının 65 yaş ve üzeri, kolorektal kanser taramasının ise 86 yaş ve üzerinde durdurulması gerektiğini tavsiye etmektedir (Onega et al., 2024).

Yaşlılarda Sık Görülen Kronik Hastalıklar ve Yönetimi

Geriatrik yaklaşımda tarama ve tedavi planı oluşturulurken, hastanın yalnızca kronolojik yaşı değil, genel sağlık durumu ve kırılganlık düzeyi de göz önünde bulundurulmalıdır. Kırılganlık; yaşlanmayla birlikte nöromüsküler, metabolik ve bağışıklık sistemlerinde bozulmalar sonucu gelişen bir güçsüzlük durumu olarak tanımlanmaktadır (İlhan & Bakkaloğlu, 2019). 65 yaş üstü bireylerde enfeksiyon hastalıkları, hipertansiyon, KOAH ve diyabet hastalıkları gibi kronik hastalıkların yanı sıra osteoporoz, işitme kayıpları, görme sorunları, ağız ve diş sorunları, demans, idrar kaçırma gibi hastalıklarda görülmektedir (T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019).

Hipertansiyon

Kan basıncı, kanın arter duvarlarına yaptığı basıncı ifade etmektedir. Hipertansiyon ise, kan basıncında klinik olarak anlamlı bir yükselme ile karakterize olup, en az iki ölçümde diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg, sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg olması

ile tanımlanır (Schwartz & Sheps, 1999). Dünya çapında 2024 yılı için 1,4 milyar insanın hipertansiyon hastası olduğu, 630 milyon kişinin hipertansiyon tedavisi gördüğü, ancak hastaların yalnızca %23'ünün hipertansiyonunu kontrol altında tuttuğu bilinmektedir (WHO, 2025b). Ülkemizde ise her 3 kişiden biri (%31,2) hipertansiyon hastasıyken, bu kişilerin yaklaşık %45'i hipertansiyon hastası olduğunu bilmemektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2019). Hipertansiyon tanısı alıp ilaç tedavisi başlanan bireylerin ise %57,7'sinin ilaçlarını hatalı kullandıkları belirlenmiştir (Sayın Kasar & Karadakovan, 2017).

Hipertansiyon felç, kalp krizi, kalp yetmezliği ve son dönem böbrek hastalığı için önemli risk faktörüdür (Schwartz & Sheps, 1999). Hipertansiyonda değiştirilebilir risk faktörleri arasında sağlıksız beslenme (aşırı tuz tüketimi, doymuş yağ ve trans yağ tüketme, düşük sebze ve meyve tüketme vb.), sedanter yaşam, sigara ve alkol tüketme, obezite yer almaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında ise 65 yaşın üzerinde olmak, ailede hipertansiyon öyküsü bulunması, diyabet ve böbrek hastalığı gibi eşlik eden kronik hastalıklar bulunmaktadır. Genellikle belirti vermeyen hipertansiyon, ileri evrelerde baş ağrısı, bulanık görme, göğüs ağrısı gibi belirtiler göstermektedir (WHO, 2025b).

Hipertansiyonu önlemede birincil hedef kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Hipertansiyon tanısı alan bireyde ilk yapılacak müdahale yaşam tarzı değişikliği olmalıdır. İlk

adım, diyetle alınan tuzu azaltmak, varsa sigara ve alkolü bırakmak, yağlı besinlerden kaçınmak, sebze-meyve tüketimini artırmak, fazla kiloları vermek, kısıtlılık yoksa düzenli spor yapmak kan basıncını düşürmede etkili olmaktadır (Huang et al., 1998; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü ve üye kuruluşlar tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere hipertansiyonun yönetilmesi için farklı modüllerden oluşan HEARTS teknik paketi oluşturulmuştur (WHO, 2020a). Ülkemizde ise kronik hastalıkların teşhis, takip ve yönetilmesini kolaylaştırmak için birinci basamak sağlık kurumlarında Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulamasına başlanmış olup, tarama ve takipler yapılmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar listesinde yer alan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), yüksek mortalite ve sakatlığa neden olan, bazen amfizem veya kronik bronşit olarak da adlandırılan önemli bir solunum yolu hastalığıdır. Bu hastalıktan 65 yaş üstü bireyler daha çok etkilenmektedir (Guilleminault et al., 2018). Yapılan kohort çalışması göstermektedir ki 65 yaş üstü KOAH tanısı olan bireylerde ölüm, hastanede yatma, evde bakım hizmeti alma oranları KOAH bulunmayan bireylere göre iki kattır (Roberts et al., 2022). KOAH tedavisinde hava yollarını açıcı bronkodilatatör ilaçlar en etkili ve başlıca tedavi yöntemleridir. KOAH tedavi edilebilir bir hastalık değildir, ancak risk faktörleri

arasında yer alan sigara ve hava kirliliği gibi olumsuz koşullardan uzak durarak yapılan yaşam tarzı değişiklikleri ile semptomlar iyileşebilmektedir. Ayrıca akciğerlerde biriken sekresyonların atılımını kolaylaştırmak için fiziksel aktiviteyi artırmak yine KOAH semptomlarını yönetmede yardımcı olmaktadır. Ancak mevcut KOAH hastalığı esnasında solunum yolu enfeksiyonu geçirmek semptomları artıracağı için, yaşlı bireylerin her yıl grip, zatürre ve COVID-19 aşılarını yaptırmaları önerilmektedir (WHO, 2024a).

Diyabetes Mellitus

Diyabet, pankreasın yeterince insülin salgılamaması veya insülini kullanamaması sonucu görülen yaygın bir kronik hastalıktır. İnsülin kan şekerini düzenleyen bir hormondur ve bu hormonun etkin çalışmaması veya eksikliği sonucu hiperglisemi tablosu ortaya çıkmaktadır. Bu durum zamanla vücudun birçok sisteminde, özellikle kan damarları ve sinirlerde harabiyete yol açmaktadır (WHO, 2024b). Diyabet hastalarının sayısındaki artış, sağlıklı yaşlanmanın önündeki engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Örneğin, diyabetli hastalarda alt ekstremite amputasyonu, kalp krizi geçirme, görme bozukluğu ve böbrek yetmezliği insidansı diğer insanlara göre daha yüksektir. Bu komplikasyonlar ise yaşlı bireylerin güçsüzleşmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine dolayısıyla aileler ve toplum üzerinde yük oluşturmasına neden olmaktadır (Tian et al., 2023).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre ülkemizde toplam nüfusun %15,9'u diyabet hastasıdır (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2021). Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir risk faktörü bulunmayan bireylerin periyodik olarak, BKI 25 kg/m² ve üzeri olan bireylerin ise risk oluşturması nedeniyle yaş şartı aranmaksızın taranması önerilmektedir. Diyabeti önlemek için öneriler ise, obez yetişkin bireylerde başlangıç kilosunun %7 azaltılması ve bu durumun sürdürülmesi, haftada 150 dakikalık orta tempo yürüyüşler yapılması ve şeker ve doymuş yağlardan uzak bir beslenme düzeni sağlanması şeklinde sıralanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Diyabet tedavisinde insülin kalemleri sık kullanılmaktadır. Ancak yaşla birlikte azalan bilişsel düzey nedeniyle yaşlı bireylerde hatalı insülin dozu kullanımına bağlı hipoglisemi endişesi doğmaktadır (Maltese et al., 2024). Yapılan bir araştırmada diyabet hastalarının tamamında en az bir kez reçete dışı doz uyguladıkları görülmüştür (Munshi et al., 2019). Bu gibi doz sapmalarını önlemek amacıyla Bluetooth özellikli insülin kalemleri piyasaya sürülmüştür. Böylece yaşlı bireylere doz saatlerinin hatırlatılması yapılabilmekte, insülin dozunun atlanması veya çift doz uygulaması gibi veriler depolanabilmekte ve uygun önemlerin alınmasının yolu açılmaktadır (Maltese et al., 2024).

Ülkemizde ve ABD Önleyici Hizmetler Grubu tarafından önerilen taramalar özet halinde tablo 2'de verilmektedir.

Tablo2: Yaşlılarda Sık Görülen Hastalıklar ve Tarama Önerileri

Hastalık/ Tarama	Ülkemizde Önerilen	ABD Koruyucu Hizmetler Grubu Önerilen
Kardiyovasküler Hastalık	65-80 yaş arasında günlük 81 mg aspirin kullanımı önerilmektedir	Kombine tedavi (aspirin, diyet, egzersiz vb.) önerilmektedir.
Osteoporoz	65 yaş üstü yılda bir kez biyokimyasal testlerin yapılması, 65 yaş üstü kadınlar ile 70 yaş üstü erkeklerde hayatlarında en az bir kez DEXA yapılması önerilmektedir.	65 yaş üstü kadınlarda DEXA yapılması önerilmektedir.
Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme	65 yaş ve üzerine hayatlarında bir kez yapılması ve bu değerlendirmenin her 5 yılda bir tekrarlanması önerilmektedir.	65 yaş üstü bireyleri değerlendirme için yeterli kanıt bulunmadığını iletmektedir.
Kan Basıncı Takibi	18 yaş üzeri her yetişkinde yılda 1 kez arteriyel kan basıncı ölçümü önerilmektedir.	40 yaş ve üzeri, risk faktörleri bulunan bireyler için yıllık; 18-39 yaş arası yetişkinlerde ortalama 3-5 yılda bir tarama yapılması önerilmektedir.
Diyabetes Mellitus	45 yaş üzeri tüm bireylerde HbA1C bakılması ve 3 yılda bir tekrarlanması önerilmektedir.	Normal kan şekeri düzeyine sahip yetişkinlerde 3 yılda bir tarama yapılması önerilmektedir.
Tiroid Fonksiyon Anomalileri	35 yaş üstü tüm bireylerde 5 yılda bir TSH bakılması önerilmektedir.	Rutin tarama önerilmez. Anormal bulgular mevcutsa 3-6 aylık aralıklarla TSH bakılması önerilmektedir.
Obezite	Yılda 1 kez ağırlık, boy, BKI, bel çevresi ölçümü yapılmalı, ilk yıl ayda bir, daha sonra altı ayda bir takip yapılması önerilmektedir.	Obezite taraması için yeterli kanıt bulunmamakla birlikte BKI ≥30 olan bireyler için davranışsal

		müdahaleler önerilmektedir.
Kemik Sağlığının Korunması	Özellikle 65 yaş ve üzeri düşme ve çarpmalardan korunma yolları hakkında bilgi verilmesi önerilmektedir.	Özellikle menopoz sonrası kadınlarda kemik sağlığını korumak için günlük 400 IU ve 1000 mg'dan düşük kalsiyum alınmaması önerilmektedir.

Kaynak: ABD Koruyucu Hizmetler Grubu; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, 2015

Fonksiyonel Sağlığın Korunması

Yaşlı bireylerde fonksiyonel sağlığın korunması ve sürdürülmesi bağımsızlık kazandırır, yaşam kalitesini yükseltir ve sağlık bakım yüklerini azaltır. Bireylerin yaşlandıkça hem fiziksel hem de bilişsel işlevlerini korumak için çok alanlı müdahaleler (fiziksel aktivite, bilişsel eğitim, sosyal destek) gerekmektedir (Chang et al., 2025).

Fiziksel Aktivite

Yaşlılık döneminde bedensel ve ruhsal kısıtlılıklar yaşlı bireyin fiziksel hareketliliği kısıtlayarak, çevreye uyumunu zorlaştırmakta, düşme ve ev kazası riskini artırmaktadır. Bu nedenle yaşlıların yaşam alanlarına uyum sağlamasından ziyade, yaşam alanlarının onlara uygun şekilde uyarlanması önemlidir. Araştırmalar, yaşlılarda meydana gelen yaralanmaların büyük kısmının ev içinde ve çoğunlukla önlenebilir nedenlerle — bilgisizlik, ihmal veya tedbirsizlik— gerçekleştiğini göstermektedir. Ev düzenlemelerinde yaşlıların hareket kabiliyeti ve güvenliği gözetilmelidir. Kapılar eşiksiz ve kolay açılır olmalı; merdivenlerde

kaymaz yüzeyler ve tutunma barları bulunmalıdır. Mutfakta ocak ve prizlerin güvenliği sağlanmalı, dolap yükseklikleri erişilebilir olmalıdır. Banyo ve tuvalette zeminin kaymaz olması, tutunma barlarının yerleştirilmesi ve oturaklı duş sisteminin kullanılması düşmeleri önler. Bu önlemler, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltirken bağımsızlıklarını sürdürmelerini, güvenli ve konforlu bir ortamda yaşamalarını sağlar. Böylece hem yaşlı birey hem de çevresi için kazalar büyük ölçüde önlenebilir (T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019).

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ise, yaşlı bireylerde, ağrı, hassasiyet, hareket kısıtlılığı, düşme, yaralanma durumlarına yol açmakta dolayısıyla günlük işlevleri yerine getirme yeteneğini olumsuz etkilemektedir (Minetto et al., 2020). Kas iskelet sisteminin fizyolojik yaşlanması ile sarkopeni, kemik kaybı, osteoporoz ve osteoartrit sorunları ortaya çıkmaktadır (Greco et al., 2019). Tıpkı her yaş gruplarında olduğu gibi, ileri yaşta da kas gücünün korunması ve kronik hastalıkların önlenmesi için orta yoğunlukta bedensel etkinlik önemlidir. Yaşlı bireyler için dayanıklılık egzersizleri (*bahçe işleri, yüzme, yürüme vb.)* ve kuvvet egzersizleri (*sandalyeden oturup kalkma egzersizleri, kol egzersizleri vb.*) kas iskelet sağlığının korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi için önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bilişsel Eğitim

Bilişsel zayıflık; yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş durumlarını etkilemektedir. Fiziksel aktivitenin yaşam tarzı değişiklikleri ve bilişsel eğitimle birleştirilmesi ise hafızayı ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Kim et al., 2024; Lee et al., 2022). Bilişsel zayıflığı önlemek için günümüzde standart bir tedavi veya müdahale bulunmamaktadır. Farmakolojik tedaviler için yeterli kanıt olamaması, nonfarmakolojik müdahalelere yöneltmektedir. Bu bağlamda aerobik, güçlendirme ve denge egzersizlerinin bilişsel gücü arttırdığı belirtilmektedir (Chan et al., 2025). Ayrıca sosyal aktivitelere katılımın arttırılmasının yaşlı bireylerde bilişsel gerileme riskini azaltabileceği bilinmektedir (Lydon et al., 2022).

Sosyal Destek

Sağlıklı yaşlanma çok boyutlu bir olgudur ve birçok faktörden (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal çevre vb) etkilenebilmektedir (Rivadeneira et al., 2021). Sosyal izolasyon ve yalnızlığın yaşlı bireylerde bilişsel işlevlerde azalmaya sebep olduğu kanıtlanmıştır (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Bu durum bireylerin çok boyutlu desteklenmesi gerekliliğini doğurmaktadır. Ülke politikalarının sosyal desteği destekler nitelikte yapılandırılması gerekmektedir (Rivadeneira et al., 2021).

Zihinsel ve Ruhsal Sağlığın Desteklenmesi

İlerlemiş yaş, beyin bozuklukları için en önemli risk faktörleri arasındadır. Mikroglial hücrelerin yaşla birlikte yaşlanması sonucu işlev bozuklukları başlar. Yaşlı beyinlerdeki bu

mikroglia disfonksiyonu myelin kalıntılarının birikmesine ve bu durum da bilişsel bozukluklara yol açar (Li et al., 2023). Dolayısıyla yaşam süresi arttıkça dünya çapında demansla yaşayan insan sayısı da artmaktadır. Bu durum demansın önlenmesinin önemini arttırmaktadır (Livingston et al., 2024). Demans, yaşla birlikte ortaya çıkan hafızayı, düşünmeyi ve günlük işlevleri yerine getirme yeteneğini büyük ölçüde etkileyen çeşitli hastalıklar için kullanılan yaygın bir terimdir (Orgeta et al., 2019). En sık görülen demans türü Alzheimer olup, vakaların %60-70'inden sorumludur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 yılı verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 57 milyon kişi demans tanısı ile yaşamaktadır ve her yıl yaklaşık 10 milyon yeni vaka bildirilmektedir (Jin et al., 2025; WHO, 2025a). 65 yaş üstünde olmanın, hipertansiyon, diyabet ve obezite varlığının, sigara ve alkol kullanımının, sedanter yaşam, sosyal izolasyon ve depresyon varlığının demansa yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir. Demansın bilinen erken belirtileri şunlardır:

- Yakın hafızada bozulma,
- Eşyaları kaybetme veya yanlış yere koyma,
- Adresleri şaşırma/unutma,
- Konuşmaları takip etmekte ve kelime bulmakta zorlanma,
- Nesnelerle olan mesafeleri yanlış hesaplama.

Yaygın ruhsal belirtiler ise; hafıza kaybı nedeniyle öfkeli, endişeli, üzgün hissetmek, kişilik değişiklikleri, işten ve sosyal aktivitelerden geri çekilme şeklinde karşımıza çıkabilir. Demansın bilinen kesin bir tedavisi olmamakla birlikte hem bu hastalıkla

yaşayanlar hem de bakım verenleri için, fiziksel aktiviteyi ve beyni uyaran günlük işlevleri arttırmak, sosyal etkileşimlere katılmaya teşvik etmek önemli girişimlerdir (WHO, 2025a). Ayrıca Uluslararası Lancet Demans Komisyonu 2024 yılı raporuna göre, demansın önlenmesi için erken yaşta eğitimi arttırmak, fiziksel aktiviteyi ve sosyal etkileşimi arttırmak, sigarayı azaltmak, hipertansiyon, diyabet ve işitme kaybını tedavi etmek demanı önlemede atılacak önemli adımlardır (Livingston et al., 2024). Rapor iyi bir demans bakımının kişiye özel olduğunu vurgulamaktadır. Bu da demans hastaları ve ailelerinin tıbbi, sosyal ve destekleyici bakım gereksinimlerinin, bireyin kültürel durumuna göre uyarlanması ile mümkün olmaktadır.

Yaşlılıkta ruhsal sağlığın korunması açısından yaşlılık depresyonu da bir diğer önemli husustur. Yaşlılık depresyonu, 65 yaş ve üzeri bireylerde depresyonun görülmesi durumudur (Jin et al., 2025). Dünya genelinde oldukça yaygındır. Nüfusa dayalı Avrupa örneğinde bu oran %29 (Horackova et al., 2019), ülkemizde ise majör depresyon oranı %2-4, anlamlı düzeyde depresif belirtilerin görülme sıklığı ise %10-15 oranlarına sahiptir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2025). Yaşlılık depresyonu sosyal ve bilişsel işlevleri bozarak, kronik hastalık, güçsüzlük, intihar ve ölüm riskini arttırarak bireylerin refahını olumsuz etkilemekte ve aile ve toplum üzerinde önemli bakım yükü oluşturmaktadır (Jin et al., 2025). Gençlerden farklı olarak yaşlı yetişkinlerde depresyon sosyal etkileşim sıklığı, medeni durum, çocuklarla ve torunlarla olan temastan

etkilenmektedir. Ayrıca kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve bilişsel bozukluklar ile pozitif ilişkisi olduğu bilinmektedir (Horackova et al., 2019). Çoğunlukla göz ardı edilen yaşlı yetişkinlerin ruh sağlığını korumak için birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlılar için ruh sağlığı danışmanlığının uygulanması önerilmektedir (Habbash et al., 2024).

Vaka Örneği: Alzheimer, Demans ve Yaşlılık Depresyonu ile Yaşayan Bir Birey

Ayşe Hanım, 78 yaşında, üç yıldır Alzheimer hastalığı tanısı almış ve son altı aydır demans belirtileri belirginleşmiş bir hastadır. Eşinin vefatının ardından uyku bozukluğu, isteksizlik ve sosyal izolasyon şikayetleri gelişmiş; yapılan değerlendirmede yaşlılık depresyonu tanısı konulmuştur. Ayşe Hanım'ın tedavi ve bakımında çok disiplinli bir yaklaşım benimsenmiştir. Düzenli ilaç tedavisinin yanı sıra bilişsel stimülasyon terapisi uygulanmış; hafızayı güçlendiren oyunlar, hatırlama kartları ve müzik eşliğinde egzersizlerle bilişsel işlevlerin korunması hedeflenmiştir. Günlük yaşamın yapılandırılması ve tekrar eden rutinlerin oluşturulması, yönelimini güçlendirmiş ve kaygı düzeyini azaltmıştır.

Aile bireyleri, bakım ekibinin rehberliğinde empati temelli iletişim ve kişiselleştirilmiş bakım ilkelerini benimsemiştir. Her sabah birlikte kahvaltı hazırlamak, kısa yürüyüşlere çıkmak ve geçmişe dair fotoğraf albümlerini incelemek Ayşe Hanım'ın duygusal bağlarını güçlendirmiştir. Haftada bir kez katıldığı yaşlı destek grubu, sosyal izolasyonu azaltarak depresif belirtilerin hafiflemesine katkı sağlamıştır. Ayşe Hanım'ın yaşamında yapılan küçük ama anlamlı değişiklikler — düzenli sosyal etkileşim, aile desteği ve yapılandırılmış bilişsel aktiviteler — hem duygusal iyilik halini hem de bilişsel işlevlerin korunmasını desteklemiştir. Bu vaka, demans ve depresyonun birlikte seyrettiği yaşlı bireylerde psikososyal müdahalelerin tıbbi tedaviyi tamamlayıcı etkisini açık biçimde göstermektedir.

Sağlıklı Yaşlanmaya Yönelik Teknolojik Gelişmeler

Hastane ziyaretleri, hemşire ve doktorlarla yüz yüze görüşmeler ve yıllık laboratuvar testleri maliyetlidir ve bazen sonuçların gecikmesi gibi nedenlerle tanı sürecini geciktirmektedir. Dolayısıyla bu tarz geleneksel bir yaklaşım, hastaların sürekli ve uzun vadede değerlendirilmesini sağlayamaz. Özellikle hastaneye erişimleri zorlaşan hızla artan yaşlı nüfus için sağlık hizmeti talepleri karşılanamaz. Bu nedenle dijital teknolojilerin kullanılması ve yaygınlaştırılması geriatrik bakımı güçlendirme konusunda büyük öneme sahiptir (Chen et al., 2023). Yaşlı bireylerde görülen işitme ve görme kayıpları teknolojiden yararlanma oranlarını düşürmektedir. Bu nedenle özellikle giyilebilir dijital teknolojilerin kullanılması sağlık profesyonellerinin yaşlı bireylerin sağlık durumlarına sürekli erişim sağlaması ve uzaktan etkili bakım için fırsatlar sunabilmektedir (Al-khafajiy et al., 2019).

Giyilebilir sensörler, ter, gözyaşı, tükürük ve interstisyel sıvı gibi biyo-sıvılardaki biyokimyasal belirteçleri kullanarak kullanıcının sağlığını ve davranışını gerçek zamanlı olarak izlemeyi sağlamaktadır (Kim et al., 2019). Giyilebilir fiziksel sensörler vücudun fiziksel sinyallerini ölçen sensörlerdir. Bunlar arasında yaşamsal bulgular olan, kalp atış hızı, solunum sayısı, vücut ısısı ve kan basıncı gibi sürekli ölçümler bulunur. Yaşamsal bulguların sürekli ve uzaktan izlenmesi, yaşlı yetişkinlerde kardiyolojik, nörolojik ve pulmoner hastalıkların erken teşhisinde yararlı olabilecektir (Chen et al., 2023). Giyilebilir kimyasal sensörler ise,

fiziksel belirtiler dışında kalan bulguları vücut sıvılarından toplamaktadır. İnvaziv işlem gerektirmemesi nedeniyle kullanım kolaylığı sağlayan bu sensörler, diyabetli hastalarda değişken glikoz seviyelerini, kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda kan potasyum düzeyini veya stres hormonu olan kortizol düzeyini ölçmek için kullanılabilmektedir (Kim et al., 2019). Son zamanlarda gelişen hibrit teknoloji ürünü olan giyilebilir sensör ve yamalar ise, şimdiye kadar yalnızca bir parametrenin ölçümüne odaklanan cihazlar yerine birden fazla ölçüm (örneğin kan basıncı ve kalp hızını aynı anda ölçmek) yapabilmektedir (Imani et al., 2016; Sempionatto et al., 2021). Böylece sağlığa erişimi zor olan yaşlı yetişkinlerin risk değerlendirmesi sağlık profesyonelleri ve aile bireyleri tarafından kolaylıkla yapılabilmektedir.

Palyatif Bakım ve İleri Sağlık Planlaması

Ölüm, kaçınılmaz doğal bir insan deneyimi olmasına rağmen, gizemli, korkutucu ve büyük bir acı deneyimi olarak tasavvur edilmektedir. 20. Yüzyılın başında insanların yetişkinliğe ulaşacak kadar hayatta kalması önemli iken, 20.yüzyılın sonlarına doğru ölüme meydan okuma, ölümü inkâr etme zihniyeti yaratılmıştır. Bu durum ölmekte olan yaşlı bireylerin bakımını aile üyelerinden uzaklaştırarak sağlık kurumlarına kaydırılmasına yol açmıştır (Matzo & Sherman, 2001). Palyatif bakım ciddi kronik veya ölümcül hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan disiplinlerarası bir yaklaşımdır. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığın teşhis anından itibaren, düzenleyici veya

iyileştirici tedavilerle beraber sunulmalıdır (Ackermann & Ellis, 2018). Ülkemizde bu amaca hizmet etmek için 437 palyatif bakım merkezi bulunmakta ve bu merkezlerde 2023 yılı ilk altı ayı içinde 90.648 hastaya palyatif hizmet sunulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Palyatif Bakımın Önemi

Yaşlı bireylerde görülen sorunlar genellikle kas iskelet sistemi zayıflığı, düşme, idrar kaçırma, ev işlerini yönetme gibi işlevsel sorunlardır. Yaşam sonu semptomlar kanser belirtileri ile örtüşmektedir ancak farklılıklar mevcuttur. Özellikle yorgunluk, iştahsızlık, yutma sorunları, unutkanlık, anksiyete, depresyon, nefes darlığı ve ağrı görülebilmektedir. Ancak bu sorunların hiçbiri yalnızca semptomatik veya farmakolojik yaklaşımlarla çözülemez (Ahmed et al., 2021).

Palyatif bakım psikolojik ve duygusal bakımı birleştirmektedir. Palyatif bakımda önemli olan;

- Kişi merkezli yaklaşım
- Saygılı bir tutum,
- Bakımı bireyselleştirme,
- Sorunları anlamak ve çözmek için empati,
- Kişiye rahatlık, kendi bakımına ve kararlara dahil olma özelliklerini gerektirmektedir (Harwood, 2012).

Palyatif bakımda amaç mümkün olduğunca yaşlı bireylerin semptomsuz ve sağlıklı olmaları, yapılan tıbbi tedavi ve yan etkilerin yükünü azaltmaktır (Ahmed et al., 2021).

İleri Sağlık Planlaması

İleri sağlık planlamasının temel amacı, bütüncül değerlendirme, uygun klinik tedavi ve kişisel değerlere dayalı bireye özgü bakım hedeflerini ortak bir şekilde belirlemektir. Yaşlı bireylerde ileri sağlık planlaması, hastanın isteklerinin bilinmesini ve yerine getirilmesini mümkün kılmaktadır. Böylece yaşam sonu bakımı, hasta ve aile üyelerinin memnuniyetini iyileştirmektedir (Pal & Manning, 2014).

Ortak karar verme, yaşlıların tercihlerini ifade etmelerini, sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapmalarını ve özerkliklerini korumalarını sağlamaktadır. Ancak, günümüzde sağlık hizmetlerinde ortak karar sistemi henüz rutin bir uygulama değildir. Bu durum iletişim, hastaların isteklerine saygı ve bakım verenlerin desteği ile sağlanabileceği gibi yaşlı bireylerdeki güçlü bir benlik algısı ve girişkenlik, katılımı daha da arttıracaktır (Martínez-Angulo et al., 2023; Pel-Littel et al., 2021) Ortak karar sürecine dahil edilen hastaların yaşam sonu süreçlerini daha barışçıl geçirdiği ve hastanın kaybı sonrası aile bireyleri arasında daha az stres, anksiyete ve depresyon görüldüğü bilinmektedir (Detering et al., 2010). Bu doğrultuda hastaların iler yaşamı ve sağlığını sağlık profesyonelleri

ve aile üyeleri ile birlikte planlaması hem hastanın hem bakım vericilerin yükünü azaltacaktır.

Sonuç ve Gelecek Perspektifi

Bireye özgü fiziksel aktivite, beslenme, bilişsel sağlık ve sosyal katılımı içeren önleyici, bütüncül ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlar yalnızca yaşam süresini değil, sağlıklı hayata devam etmeyi de desteklemektedir. Böylece kronik hastalık riski azalır, işlevsel bağımsızlık korunur ve yaşlı bireylerin ihtiyaçları karşılanır (Izquierdo et al., 2025). Tıbbi bakımın sağlanması ve sürekliliği, özellikle önleme ve sürekliliğe odaklandığında, yalnızca yaşlılığı uzatmak yerine fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı artırarak yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Bu tür bakım hastaneye yatışı azaltmakta ve evde bakımı desteklemektedir (Albarqi Nasser, 2024; H. M. Chen et al., 2017; Franse et al., 2018). Ancak yaşlanan dünya nüfusunda asıl hedef yalnızca yaşam süresini uzatmak değil, işlevsel bağımsızlığı ve yaşam memnuniyetini artırmak olmalıdır.

Kaynaklar

ABD Koruyucu Hizmetler Grubu. *United States Preventive Services Taskforce*. Retrieved October 20, 2025, from https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/search_results?searchterm=screening

Ackermann, R. J., & Ellis, R. (2018). Palliative Care of the Older Adult. *Physician Assistant Clinics*, *3*(4), 505–520. https://doi.org/10.1016/J.CPHA.2018.05.005

Ahmed, N., Ahmedzai, S. H., & Harwood, R. H. (2021). The geriatrician's role in end-of-life care. *Age and Ageing*, *50*(2), 366–369. https://doi.org/10.1093/AGEING/AFAA266

Albarqi Nasser, M. (2024). Continuity and sustainability of care in family medicine: Assessing its association with quality of life and health outcomes in older populations—A systematic review. *PLOS ONE*, *19*(12), e0299283. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0299283

Al-khafajiy, M., Baker, T., Chalmers, C., Asim, M., Kolivand, H., Fahim, M., & Waraich, A. (2019). Remote health monitoring of elderly through wearable sensors. *Multimedia Tools and Applications*, *78*(17), 24681–24706. https://doi.org/10.1007/S11042-018-7134-7

Barbé-Tuana, F., Funchal, G., Schmitz, C. R. R., Maurmann, R. M., & Bauer, M. E. (2020). The interplay between immunosenescence and age-related diseases. *Seminars in Immunopathology*, *42*(5), 545–557. https://doi.org/10.1007/S00281-020-00806-Z

Basu, T., Sehar, U., Malhotra, K., Culberson, J., Khan, H., Morton, H., Orlov, E., Brownell, M., & Reddy, P. H. (2023). Healthy brain aging and delayed dementia in Texas rural elderly. *Ageing Research Reviews*, *91*, 102047. https://doi.org/10.1016/J.ARR.2023.102047

Borgoni, S., Kudryashova, K. S., Burka, K., & de Magalhães, J. P. (2021). Targeting immune dysfunction in aging. *Ageing Research Reviews*, *70*, 101410. https://doi.org/10.1016/J.ARR.2021.101410

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Older adults reporting social isolation or loneliness show poorer cognitive function 4 years later. *Evidence-Based Nursing*, *17*(2), 59–60. https://doi.org/10.1136/EB-2013-101379

Chan, R. C.-F., Zhou, J. H.-S., Cao, Y., Lo, K., Ng, P. H.-F., Shum, D. H.-K., & Wong, A. Y.-L. (2025). Nonpharmacological Multimodal Interventions for Cognitive Functions in Older Adults With Mild Cognitive Impairment: Scoping Review. *JMIR Aging*, *8*(1), e70291. https://doi.org/10.2196/70291

Chang, J.-Y., Chou, K.-R., Chang, Y.-L., Lin, W.-Y., Chiu, H.-L., Liao, Y.-C., & Yang, C.-T. (2025). Enhancing Cognitive Function and Well-being in Older Adults With Cognitive and Physical Decline: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials Examining Physical Activity Interventions. *Journal of Physical Activity and Health*, *22*(11), 1345–1356. https://doi.org/10.1123/JPAH.2025-0401

Chen, C., Ding, S., & Wang, J. (2023). Digital health for aging populations. *Nature Medicine*, *29*(7), 1623–1630. https://doi.org/10.1038/S41591-023-02391-8

Chen, H. M., Tu, Y. H., & Chen, C. M. (2017). Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *Clinical Nursing Research*, *26*(3), 266–284. https://doi.org/10.1177/1054773815625467

Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *340*(7751), 847. https://doi.org/10.1136/BMJ.C1345

Doherty, T. M., Weinberger, B., Didierlaurent, A., & Lambert, P. H. (2025). Age-related changes in the immune system and challenges for the development of age-specific vaccines. *Annals of Medicine*, *57*(1), 2477300. https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2477300

Falahi, S., Abdoli, A., & Kenarkoohi, A. (2025). Immune Aging, Immunosenescence, and Inflammaging: Implications for Vaccine

Response in Older Adults. *Health Science Reports*, *8*(7), e71119. https://doi.org/10.1002/HSR2.71119

Franse, C. B., van Grieken, A., Alhambra-Borrás, T., Valía-Cotanda, E., van Staveren, R., Rentoumis, T., Markaki, A., Bilajac, L., Marchesi, V. V., Rukavina, T., Verma, A., Williams, G., Koppelaar, E., Martijn, R., Voorham, A. J. J., Mattace Raso, F., Garcés-Ferrer, J., & Raat, H. (2018). The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UHCE) among older persons in five European cities: A pre-post controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *88*, 153–162. https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2018.09.006

Greco, E. A., Pietschmann, P., & Migliaccio, S. (2019). Osteoporosis and Sarcopenia Increase Frailty Syndrome in the Elderly. *Frontiers in Endocrinology*, *10*(APR). https://doi.org/10.3389/FENDO.2019.00255

Guilleminault, L., Rolland, Y., & Didier, A. (2018). Characteristics of non-pharmacological interventions in the elderly with COPD. Smoking cessation, pulmonary rehabilitation, nutritional management and patient education. *Revue Des Maladies Respiratoires*, *35*(6), 626–641. https://doi.org/10.1016/J.RMR.2017.12.004

Habbash, F., Khamis, Z., Alasfoor, Z., Mahdi, A., Alsharkhat, M., Hasan, N., Al Qari, A., Chlif, S., Almarabheh, A., & Ben Salah, A. (2024). Primary care physicians' attitudes, practices, and perceived barriers toward depression screening in older people in the Kingdom of Bahrain. *Frontiers in Medicine*, *11*, 1403469. https://doi.org/10.3389/FMED.2024.1403469

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). *Hastalık Yönetim Platformu Uygulaması*. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platformu.html

Harwood, R. H. (2012). Dementia for hospital physicians. *Clinical Medicine*, *12*(1), 35–39. https://doi.org/10.7861/CLINMEDICINE.12-1-35

Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, *57*, 19–25. https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2018.12.002

Huang, Z., Willett, W. C., Manson, J. A. E., Rosner, B., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., & Colditz, G. A. (1998). Body weight, weight change, and risk for hypertension in women. *Annals of Internal Medicine*, *128*(2), 81–88. https://doi.org/10.7326/0003-4819-128-2-199801150-00001

İlhan, B., & Bakkaloğlu, O. K. (2019). Yaşlılarda Kırılganlık ve Kanser Taranma Oranları. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, *82*(1), 24–28. https://doi.org/10.26650/IUITFD.2018.0030

Imani, S., Bandodkar, A. J., Mohan, A. M. V., Kumar, R., Yu, S., Wang, J., & Mercier, P. P. (2016). A wearable chemical-electrophysiological hybrid biosensing system for real-time health and fitness monitoring. *Nature Communications*, *7*(1), 1–7. https://doi.org/10.1038/NCOMMS11650

Izquierdo, M., de Souto Barreto, P., Arai, H., Bischoff-Ferrari, H. A., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L. K., Coen, P. M., Courneya, K. S., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., Kritchevsky, S., Landi, F., Lazarus, N., … Fiatarone Singh, M. A. (2025). Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, *29*(1), 100401. https://doi.org/10.1016/J.JNHA.2024.100401

Jin, J., Li, B. J., & Theng, Y. L. (2025). Why people hesitate about dementia screening: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *382*, 118360. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2025.118360

Jin, R. R., Wong, N. M. L., Ma, J., Fang, J. T., Lin, C. M., Toh, C. H., Wu, K. Y., Hsu, J. L., Huang, C. M., Lee, S. H., & Lee, T. M. C.

(2025). A psychoneuroimmunological underpinnings of the relationship between childhood trauma, loneliness, and depression in older adults. *Translational Psychiatry*, *15*(1), 1–9. https://doi.org/10.1038/S41398-025-03547-5

Kim, J., Campbell, A. S., de Ávila, B. E. F., & Wang, J. (2019). Wearable biosensors for healthcare monitoring. *Nature Biotechnology*, *37*(4), 389–406. https://doi.org/10.1038/S41587-019-0045-Y

Kim, Y., Kim, J., Lee, J., Ory, M. G., & Ko, M. J. (2024). The efficacy of a mobile-based multidomain program on cognitive functioning of residents in assisted living facilities. *Public Health in Practice*, *8*, 100528. https://doi.org/10.1016/J.PUHIP.2024.100528

Kroemer, G., Maier, A. B., Cuervo, A. M., Gladyshev, V. N., Ferrucci, L., Gorbunova, V., Kennedy, B. K., Rando, T. A., Seluanov, A., Sierra, F., Verdin, E., & López-Otín, C. (2025). From geroscience to precision geromedicine: Understanding and managing aging. *Cell*, *188*(8), 2043–2062. https://doi.org/10.1016/J.CELL.2025.03.011

Lee, W. J., Peng, L. N., Lin, M. H., Lin, C. H., & Chen, L. K. (2022). Clinical Efficacy of Multidomain Interventions among Multimorbid Older People Stratified by the Status of Physio-Cognitive Declines: A Secondary Analysis from the Randomized Controlled Trial for Healthy Aging. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, *26*(10), 909–917. https://doi.org/10.1007/S12603-022-1843-3

Li, X., Li, Y., Jin, Y., Zhang, Y., Wu, J., Xu, Z., Huang, Y., Cai, L., Gao, S., Liu, T., Zeng, F., Wang, Y., Wang, W., Yuan, T. F., Tian, H., Shu, Y., Guo, F., Lu, W., Mao, Y., … Peng, B. (2023). Transcriptional and epigenetic decoding of the microglial aging process. *Nature Aging 2023 3:10*, *3*(10), 1288–1311. https://doi.org/10.1038/s43587-023-00479-x

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., … Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet

standing Commission. *The Lancet*, *404*(10452), 572–628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0

Lydon, E. A., Nguyen, L. T., Nie, Q., Rogers, W. A., & Mudar, R. A. (2022). An Integrative Framework to Guide Social Engagement Interventions and Technology Design for Persons With Mild Cognitive Impairment. *Frontiers in Public Health*, *9*, 750340–750340. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2021.750340

Maltese, G., McAuley, S. A., Trawley, S., & Sinclair, A. J. (2024). Ageing well with diabetes: the role of technology. *Diabetologia*, *67*(10), 2085–2102. https://doi.org/10.1007/S00125-024-06240-2

Martínez-Angulo, P., Rich-Ruiz, M., Ventura-Puertos, P. E., & López-Quero, S. (2023). Integrating shared decision-making, expressing preferences and active participation of older adults in primary care nursing: a systematic review of qualitative studies and qualitative meta-synthesis. *BMJ Open*, *13*(6). https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2022-071549

Matzo, M. L., & Sherman, D. W. (2001). Palliative care nursing: Ensuring competent care at the end of life. *Geriatric Nursing*, *22*(6), 288–293. https://doi.org/10.1067/MGN.2001.120992

Minetto, M. A., Giannini, A., McConnell, R., Busso, C., Torre, G., & Massazza, G. (2020). Common Musculoskeletal Disorders in the Elderly: The Star Triad. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(4), 1216. https://doi.org/10.3390/JCM9041216

Munshi, M. N., Slyne, C., Greenberg, J. M., Greaves, T., Lee, A., Carl, S., Atakov-Castillo, A., & Toschi, E. (2019). Nonadherence to Insulin Therapy Detected by Bluetooth-Enabled Pen Cap Is Associated With Poor Glycemic Control. *Diabetes Care*, *42*(6), 1129–1131. https://doi.org/10.2337/DC18-1631

Onega, T., Garcia, M., Beaber, E. F., Haas, J. S., Breslau, E. S., Tosteson, A. N. A., Halm, E., Chao, C. R., & Barlow, W. E. (2024). Screening Beyond the Evidence: Patterns of Age and Comorbidity for Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening. *Journal of General*

Internal Medicine, *39*(8), 1324–1331. https://doi.org/10.1007/S11606-023-08562-0

Orgeta, V., Mukadam, N., Sommerlad, A., & Livingston, G. (2019). The Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care: a call for action. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *36*(2), 85–88. https://doi.org/10.1017/IPM.2018.4

Pal, L. M., & Manning, L. (2014). Palliative care for frail older people. *Clinical Medicine*, *14*(3), 292–295. https://doi.org/10.7861/CLINMEDICINE.14-3-292

Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., van Etten-Jamaludin, F. S., van Weert, J. C. M., Minkman, M. M., & Scholte op Reimer, W. J. M. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC Geriatrics*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/S12877-021-02050-Y

Rivadeneira, M. F., Mendieta, M. J., Villavicencio, J., Caicedo-Gallardo, J., & Buendía, P. (2021). A multidimensional model of healthy ageing: proposal and evaluation of determinants based on a population survey in Ecuador. *BMC Geriatrics 2021 21:1*, *21*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/S12877-021-02548-5

Roberts, M. H., Mapel, D. W., Ganvir, N., & Dodd, M. A. (2022). Frailty Among Older Individuals with and without COPD: A Cohort Study of Prevalence and Association with Adverse Outcomes. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *17*, 701–717. https://doi.org/10.2147/COPD.S348714

Sayın Kasar, K., & Karadakovan, A. (2017). Elderly Individuals Investigation of Antihypertensive Drugs Use Error. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *8*(15), 20–27. https://doi.org/10.5543/KHD.2017.39200

Schwartz, G. L., & Sheps, S. (1999). A review of the Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation,

and Treatment of High Blood Pressure. *Current Opinion in Cardiology*, *14*(2), 161. https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000864

Sempionatto, J. R., Lin, M., Yin, L., De la paz, E., Pei, K., Sonsa-ard, T., de Loyola Silva, A. N., Khorshed, A. A., Zhang, F., Tostado, N., Xu, S., & Wang, J. (2021). An epidermal patch for the simultaneous monitoring of haemodynamic and metabolic biomarkers. *Nature Biomedical Engineering*, *5*(7), 737–748. https://doi.org/10.1038/S41551-021-00685-1

T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). *Yaşlı Sağlığı*. https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/tasima-teknikleri/350-saglikli-hayat2/ya%C5%9Fl%C4%B1-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Yaşlı Sağlığı Modülleri. *T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Yasli_Sagligi_Modulleri-Egitimciler_Icin_Egitim_Rehberi.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Türkiye Diyabet Programı 2023-2027*. https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Turkiye-Diyabet-Programi.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025a). *Dünya Palyatif Bakım Günü*. https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025b). *Kanser Taramaları*. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari

Tian, Y., Li, C., Shilko, T. A., Sosunovsky, V. S., & Zhang, Y. (2023). The relationship between physical activity and diabetes in

middle-aged and elderly people. *Medicine (United States)*, *102*(6), E32796. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032796

Türk Kardiyoloji Derneği. (2019). *Türk Kardiyoloji Derneği: "20 Milyon Hipertansiyon Hastası!"* . https://tkd.org.tr/duyuru/3583/turk-kardiyoloji-dernegi-20-milyon-hipertansiyon-hastasi

Türkiye Psikiyatri Derneği. (2025). *Türkiye'de Yaşlıların Ruhsal Durumu: Depresyon ve Demans Yaşlıların kaderi mi, yoksa önlenebilir bir durum mu? - Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD)*. https://psikiyatri.org.tr/basin/268/turkiye-de-yaslilarin-ruhsal-durumu-depresyon-ve-demans-yaslilarin-kaderi-mi-y

Uluslararası Diyabet Federasyonu. (2021). *Türkiye - IDF Avrupa Sitesi*. https://idf.org/europe/our-network/our-members/turkiye/

Weinberger, B., & Dovjak, P. (2025). Age-associated changes of the immune system: immunosenescence and effects on vaccinations. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, *58*(6), 517–527. https://doi.org/10.1007/S00391-025-02496-4

WHO. (2020a). *HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: Risk-based CVD management*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240001367

WHO. (2020b). *World Health Organization. Healthy ageing and functional ability*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability?

WHO. (2024a). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

WHO. (2024b). *Diabetes*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

WHO. (2025a). *Dementia*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

WHO. (2025b). *Hypertension*. 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Xiang, Y., Jiang, H., Zhao, L., Liu, Q., & Lin, H. (2022). Delays in Seeking Medical Services in Elderly Patients With Senile Cataract. *Frontiers in Psychology*, *13*, 930726. https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.930726

Zhang, X., & Caruso, C. (2025). Editorial: Immunity in aging and age-related diseases and dysfunctions. *Frontiers in Immunology*, *16*, 1673414. https://doi.org/10.3389/FIMMU.2025.1673414

İŞYERİNDE GASLİGHTİNG: KAVRAMSAL BOYUTLARI VE HEMŞİRELİKTEKİ YANSIMALARI

BÖLÜM 7

ÖZLEM GÜR[1]
AYŞE ÇİÇEK KORKMAZ[2]

GİRİŞ

Gaslighting, bireyin kendi algılarının, anılarının, yargılarının ve yaşantılarının güvenilirliğinden kuşku duymasına yol açan bir psikolojik manipülasyon ve istismar biçimidir (Stark, 2019; Sweet, 2019). Kavram; manipülasyon, kontrol, psikolojik şiddet ve duygusal istismar gibi olgularla ilişkili olmakla birlikte, bireyin kendi gerçeklik değerlendirmesine duyduğu güvenin sistematik biçimde aşındırılması yönüyle bu kavramlardan ayrılmaktadır (Çabuk ve Kumova, 2024; Popat ve Pandey, 2026). Bu nedenle her kişilerarası çatışma, eleştiri, inkâr veya olumsuz davranış gaslighting olarak değerlendirilmemeli; kavramın ayırt edici özellikleri ve sınırları dikkate alınmalıdır.

Gaslighting uzun süre ağırlıklı olarak yakın ve kişilerarası ilişkiler bağlamında ele alınmış olsa da son yıllarda iş yaşamındaki güç ilişkileri ve örgütsel dinamikler çerçevesinde de incelenmeye başlanmıştır (Kukreja ve Pandey, 2023; Popat ve Pandey, 2026). İşyerlerinde hiyerarşik konum, statü, karar verme yetkisi ve bilgiye erişim gibi unsurlar taraflar arasında güç asimetrileri oluşturabilmektedir. Bu güç farklılıkları tek başına gaslighting

[1] Doktora Öğrencisi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye, Orcid: 0000-0002-9856-3498
[2] Doç. Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye, Orcid: 0000-0001-8184-1490

anlamına gelmemekle birlikte, gücün çalışanın deneyimlerini geçersiz kılmak, mesleki değerlendirmelerini değersizleştirmek veya kendi algılarından kuşku duymasına yol açmak amacıyla kullanıldığı durumlarda gaslighting için elverişli bir zemin oluşturabilmektedir (Sweet, 2019; Popat ve Pandey, 2026). Üstelik işyerinde gaslighting çoğu zaman açık saldırganlıktan ziyade inkâr, küçümseme, çelişkili bilgi verme, sorumluluğu karşı tarafa yükleme ve deneyimleri geçersiz kılma gibi daha örtük davranışlarla ortaya çıktığından, diğer olumsuz işyeri davranışlarından ayırt edilmesi güç olabilmektedir (Popat ve Pandey, 2026).

Sağlık hizmetleri, farklı meslek gruplarının birlikte çalıştığı, hiyerarşik ilişkilerin ve mesleki otoritenin belirgin olduğu karmaşık örgütsel yapılardır. Bu özellikler nedeniyle gaslighting'in sağlık profesyonelleri arasındaki çalışma ilişkileri açısından da değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Özellikle hemşirelerin yöneticiler, diğer hemşireler ve farklı sağlık profesyonelleriyle sürekli etkileşim içerisinde çalışmaları, mesleki bilgi ve klinik değerlendirmelerinin çalışma ilişkileri içinde önemli bir yer tutmasına neden olmaktadır. Hemşirenin gözlemlerinin, klinik değerlendirmelerinin veya mesleki kaygılarının sistematik biçimde geçersiz kılınması, kendi mesleki bilgi ve yargısına duyduğu güveni zayıflatabilecek bir süreç oluşturabilmektedir (Christensen ve Evans-Murray, 2021; Gheshlagh vd., 2025; Gougjehyaran ve ark., 2026). Bu nedenle işyerinde gaslighting'in hemşirelik bağlamında incelenmesi, yalnızca çalışanların psikolojik iyi oluşları açısından değil; mesleki ilişkiler, klinik karar verme ve hemşirelik uygulamaları açısından da önem taşımaktadır.

Bu bölümün amacı, gaslighting'in kavramsal ve kuramsal temellerini, tarihsel gelişimini, türlerini, boyutlarını ve temel taktiklerini açıklamak; işyerinde gaslighting'in ortaya çıkmasını kolaylaştıran etmenleri, görünüm biçimlerini, olası aşamalarını ve sonuçlarını değerlendirmektir. Ayrıca sağlık hizmetleri bağlamında gaslighting kısaca ele alınarak, olgunun özellikle hemşirelerin

çalışma yaşamındaki görünümleri ile hemşireler ve hemşirelik uygulamaları üzerindeki yansımalarının incelenmesi ve gaslighting'in önlenmesi ve yönetiminde yönetici hemşirelerin rolünün ortaya konulması amaçlanmaktadır.

GASLİGHTİNG KAVRAMI

Gaslighting'in Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi

Gaslighting, bireyin kendi algılarının, anılarının, yargılarının ve yaşantılarının güvenilirliğinden kuşku duymasına yol açan bir psikolojik manipülasyon biçimi olarak ele alınmaktadır (Abramson, 2014; Stark, 2019; Sweet, 2019). Kavramın ayırt edici yönü, yalnızca bireyin davranışlarını kontrol etmeye yönelik olması değil, aynı zamanda onun kendi gerçeklik değerlendirmesine duyduğu güveni aşındırmasıdır (Abramson, 2014; Spear, 2023). Bu nedenle gaslighting, genel manipülasyon veya kişilerarası çatışmanın ötesinde, bireyin kendi deneyimlerini yorumlama ve değerlendirme kapasitesini hedef alan özgün bir etkileşim örüntüsü olarak değerlendirilmektedir (Darke vd., 2025).

Alan yazında gaslighting kavramına ilişkin farklı tanımlamalar bulunmakla birlikte, bu tanımların ortak noktasını hedef alınan bireyin kendi bilişsel ve algısal değerlendirmelerine duyduğu güvenin zayıflatılması oluşturmaktadır (Darke vd., 2025; Kincaid ve Stalion, 2026). Süreçte olayların inkâr edilmesi, bilgilerin çarpıtılması, mağdurun deneyimlerinin geçersiz kılınması, çelişkili açıklamaların kullanılması ve kişinin hafıza ya da yargılama kapasitesinin sorgulanması gibi çeşitli manipülatif davranışlardan yararlanılabilmektedir (Abramson, 2014; Stark, 2019). Bu davranışların tekrarlayıcı ve sistematik bir örüntü hâline gelmesi, bireyin zaman içerisinde kendi algılarına, anılarına ve değerlendirmelerine duyduğu güvenin azalmasına yol açabilmektedir (Stark, 2019; Spear, 2023).

Gaslighting'in anlaşılmasında önemli noktalardan biri de kavramın yalnızca bireysel psikolojik süreçlerle sınırlandırılamamasıdır. Sweet (2019), gaslighting'i toplumsal ilişkiler ve güç eşitsizlikleri içerisinde şekillenen sosyal bir olgu olarak kavramsallaştırmaktadır. Bu yaklaşıma göre gaslighting'in etkisi, fail ile mağdur arasındaki kişilerarası ilişkinin ötesine geçebilmekte; cinsiyet, statü ve diğer toplumsal eşitsizliklerle kesişerek mevcut güç asimetrileri tarafından güçlendirilebilmektedir (Sweet, 2019). Özellikle toplumsal ve kurumsal yapılar failin anlatısını desteklediğinde, mağdurun yaşantılarının geçersiz kılınması daha geniş bir güç ve tahakküm ilişkisinin parçası hâline gelebilmektedir (Sweet, 2019; Stark, 2019).

Bu çerçevede güç asimetrisi, gaslighting'in kavramsallaştırılmasında merkezi unsurlardan biri olarak öne çıkmaktadır (Stark, 2019; Sweet, 2019). Güç yalnızca biçimsel otorite veya hiyerarşik konumdan kaynaklanmamakta; toplumsal statü, ilişkisel avantajlar ve kurumsal yapıların sağladığı olanaklar aracılığıyla da ortaya çıkabilmektedir (Sweet, 2019). Failin sahip olduğu bu avantajlar, kendi anlatısının daha güvenilir veya geçerli kabul edilmesine; mağdurun deneyimlerinin ise sorgulanmasına ya da değersizleştirilmesine zemin hazırlayabilmektedir. Bu süreç, mağdurun yalnızca belirli olaylara ilişkin değerlendirmesini değil, zaman içerisinde kendi bilgi ve yargılarının güvenilirliğine ilişkin inancını da etkileyebilmektedir (Spear, 2023).

Gaslighting'i diğer olumsuz kişilerarası davranışlardan ayırmak kavramsal açıdan önemlidir. Her eleştiri, anlaşmazlık, inkâr, yanıltıcı bilgi veya kişilerarası çatışma gaslighting olarak değerlendirilmemelidir. Gaslighting'in ayırt edici özelliği, bireyin kendi algı ve yargılarının güvenilirliğini sorgulamasına yol açan bir etkileşim örüntüsünün ortaya çıkmasıdır (Abramson, 2014; Darke ve ark., 2025). Bu nedenle kavram; psikolojik şiddet, duygusal istismar, zorbalık ve genel manipülasyon gibi ilişkili olgularla ortak özellikler taşısa da, bireyin kendi gerçekliğine ilişkin güveninin aşındırılması

yönüyle bu kavramlardan ayrılmaktadır (Darke vd., 2025; Popat ve Pandey, 2026).

Tarihsel Gelişimi ve Kökeni

Gaslighting kavramının kökeni, İngiliz oyun yazarı Patrick Hamilton'ın 1938 yılında yayımlanan *Gas Light* adlı tiyatro oyununa dayanmaktadır. Eser, daha sonra sinemaya uyarlanmış; özellikle George Cukor tarafından yönetilen 1944 tarihli *Gaslight* filmi kavramın geniş kitleler tarafından tanınmasında etkili olmuştur (Cukor, 1944; Poore, 2024). Eserde ve film uyarlamalarında, bir erkeğin eşinin çevresindeki gerçekliği sistematik biçimde değiştirmesi, yaşanan olayları inkâr etmesi ve onun kendi belleğinden ve algılarından şüphe etmesini sağlaması konu edilmektedir. Anlatıda gaz lambalarının ışığındaki değişimin inkâr edilmesi, bireyin kendi duyusal deneyiminin güvenilirliğinin sistematik biçimde sorgulatılmasının sembolik bir göstergesi hâline gelmiştir (Poore, 2024). Zaman içerisinde *gaslight* sözcüğü, bir kişinin başka bir bireyin kendi algılarına ve gerçeklik değerlendirmesine duyduğu güveni sistematik biçimde zayıflatmasını tanımlayan bir kavrama dönüşmüştür.

Kavramın popüler kültürdeki kullanımından klinik ve akademik yazına geçişi özellikle 1960'lı ve 1970'li yıllarda belirginleşmiştir. Barton ve Whitehead (1969), *The Lancet*'ta yayımlanan "The Gas-Light Phenomenon" başlıklı çalışmalarında kavramı psikiyatrik bağlamda ele alan erken dönem araştırmacılar arasında yer almıştır. İzleyen yıllarda filmde betimlenen manipülasyon örüntülerine benzeyen kişilerarası deneyimler psikiyatri literatüründe "gaslight fenomeni" veya "gaslight sendromu" kapsamında tartışılmaya başlanmıştır (Smith ve Sinanan, 1972; Lund ve Gardiner, 1977; Cawthra vd., 1987; akt. Poore, 2024). Bu çalışmalar, gaslighting'in popüler kültürden akademik terminolojiye geçişinde önemli bir aşama oluşturmuş ve kavramın

psikolojik ve kişilerarası boyutlarının tartışılmasına zemin hazırlamıştır.

Gaslighting kavramının anlam alanı 1970'li ve 1980'li yıllarda feminist düşüncenin etkisiyle genişlemiştir. Bu dönemde kavram, yalnızca bireysel bir manipülasyon biçimi olarak değil, kadınların deneyimlerinin ve anlatılarının toplumsal ve ataerkil yapılar içerisinde geçersiz kılınmasını açıklamak amacıyla da kullanılmaya başlanmıştır (Poore, 2024). Feminist literatürde kadınların kendi deneyimlerine ilişkin bilgilerinin değersizleştirilmesi, duygusal tepkilerinin irrasyonel olarak nitelendirilmesi ve kendi yargılarının güvenilirliğinden şüphe etmeye yöneltilmeleri daha geniş toplumsal güç ilişkileri içerisinde ele alınmıştır. Adrienne Rich'in kadınların deneyimlerinin ataerkil kültür içerisinde sistematik biçimde değersizleştirilmesine ilişkin değerlendirmeleri ile Gilbert ve Gubar'ın kadınlık, ataerkillik, izolasyon ve ruhsal sıkıntı arasındaki ilişkileri ele alan çalışmaları, gaslighting'in toplumsal cinsiyet ve yapısal güç ilişkileri çerçevesinde yorumlanmasına katkı sağlayan düşünsel zeminin parçaları olarak değerlendirilmiştir (Rich, 1980; akt. Poore, 2024; Poore, 2024).

Kavramın kullanım alanı sonraki dönemlerde kişilerarası ve romantik ilişkilerin ötesine genişlemiş; toplumsal, kurumsal ve kamusal ilişkilerde gerçekliğin geçersiz kılınması ve bilgi üzerinde güç kurulmasıyla ilişkili süreçlerin açıklanmasında da kullanılmaya başlanmıştır (Sweet, 2019; Poore, 2024). Bu gelişim, gaslighting'in yalnızca bireysel düzeyde gerçekleşen psikolojik bir manipülasyon olarak değil, mevcut güç eşitsizlikleri ve sosyal yapılar tarafından desteklenebilen daha geniş bir olgu olarak değerlendirilmesine katkıda bulunmuştur (Sweet, 2019).

Özellikle 2010'lu yılların sonlarından itibaren gaslighting'e yönelik akademik ilgi belirgin biçimde artmış ve kavram psikoloji, sosyoloji, felsefe, sağlık bilimleri ve örgütsel davranış gibi farklı disiplinlerde ele alınmaya başlanmıştır (Sweet, 2019; Darke ve ark.,

2025; Kincaid ve Stalion, 2026). Güncel çalışmalar, gaslighting'in kişilerarası bir manipülasyon biçimi olmasının yanı sıra epistemik, toplumsal ve örgütsel boyutları bulunan çok katmanlı bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır (Stark, 2019; Spear, 2023; Darke ve ark., 2025).

Gaslighting'in örgütsel davranış alanında incelenmesi ise kavramın çalışma yaşamındaki güç ve hiyerarşi ilişkileriyle birlikte değerlendirilmesini gündeme getirmiştir. Önceki çalışmalarda ağırlıklı olarak yakın ve kişilerarası ilişkiler çerçevesinde ele alınan gaslighting, son yıllarda işyeri kötü muamelesi, liderlik, örgütsel güç ve çalışanların psikolojik iyi oluşu bağlamlarında da araştırılmaktadır (Kukreja ve Pandey, 2023; Popat ve Pandey, 2026). Bu yaklaşım, kavramın örgütsel ortamlarda yalnızca iki çalışan arasındaki sorunlu bir ilişkiyle sınırlandırılamayacağını; hiyerarşik yapılar, statü farklılıkları ve örgütsel uygulamalar tarafından da şekillendirilebileceğini göstermektedir (Popat ve Pandey, 2026). Bununla birlikte, işyerinde gaslighting alanındaki ampirik araştırmaların henüz gelişmekte olduğu ve kavramın sınırları, tanımı ve diğer işyeri kötü muamele biçimlerinden ayrıştırılması konusunda tartışmaların devam ettiği belirtilmektedir (Kincaid ve Stalion, 2026; Popat ve Pandey, 20)

Gaslighting'e İlişkin Yaklaşımlar, Türleri ve Boyutları

Kuramsal Yaklaşımlar

Gaslighting, farklı disiplinlerde ve kuramsal geleneklerde farklı düzeylerde kavramsallaştırılmış çok boyutlu bir olgudur. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, kavramın genel olarak üç farklı yaklaşım çerçevesinde ele alındığı görülmektedir. İlk yaklaşım, gaslighting'i failin hedef aldığı bireyin gerçeklik algısını etkilemek, onun kendi yargılarına duyduğu güveni zayıflatmak veya davranışları üzerinde kontrol oluşturmak amacıyla gerçekleştirdiği manipülatif bir eylem olarak değerlendirmektedir. İkinci yaklaşım,

gaslighting'i tekil bir davranış veya taktikten çok, zaman içinde tekrarlanan etkileşimler sonucunda gelişen ilişkisel bir süreç olarak ele almaktadır. Üçüncü yaklaşım ise kavramı kişilerarası etkileşimlerin ötesine taşıyarak örgütler, meslekler, bürokratik yapılar, medya sistemleri ve diğer kurumsal yapıların hangi bilgi ve deneyimlerin geçerli, güvenilir veya meşru kabul edileceğini belirlediği yapısal süreçlerle ilişkilendirmektedir (Kincaid ve Stalion, 2026).

Bu yaklaşımların ortak noktası, gaslighting'in yalnızca davranışsal kontrol sağlamaya yönelik bir baskı biçimi olmamasıdır. Kavramın ayırt edici özelliği, bireyin kendi algılarına, deneyimlerine ve yargılarına duyduğu güvenin zayıflatılmasıdır (Abramson, 2014; Spear, 2023). Bu nedenle gaslighting'in etkisi yalnızca bireyin belirli bir durumda boyun eğmesiyle sınırlı değildir. Süreç, kişinin kendi deneyimlerini yorumlama ve bilgi üretme kapasitesine yönelik güvenini aşındırarak failin anlatısını daha güvenilir veya geçerli kabul etmesine yol açabilmektedir (Spear, 2023). Bununla birlikte bu durum, mağdurun kendi gerçeklik algısını "tamamen" kaybetmesi veya failin görüşlerini mutlak biçimde benimsemesi şeklinde kategorik bir sonuç olarak değerlendirilmemelidir. Gaslighting'in etkisinin niteliği ve düzeyi, ilişkinin özelliklerine ve içinde bulunduğu sosyal ve kurumsal bağlama göre değişebilmektedir.

Gaslighting'in Epistemik Boyutları

Gaslighting'in önemli özelliklerinden biri, bireyin yalnızca duygu ve davranışlarını değil, kendi bilgisinin ve yargılarının güvenilirliğine ilişkin değerlendirmelerini de hedef alabilmesidir. Spear (2023), gaslighting'i öz güven, epistemik otorite ve epistemik adaletsizlik kavramları üzerinden incelemekte ve sürecin epistemik yapısını çeşitli bileşenlerle açıklamaktadır.

Kanıtların manipülasyonu, failin mağdurun olaylara ilişkin değerlendirmelerini zayıflatmak amacıyla mevcut kanıtları

çarpıtması, yanlış bilgiler sunması veya belirli bilgileri geçersiz kılmasıyla ilişkilidir. Bu süreçte mağdurun kendi deneyimini destekleyen bilgi ve kanıtların güvenilirliği sorgulanır (Spear, 2023).

Epistemik otorite iddiası, failin olayları doğru değerlendirme ve yorumlama konusunda kendisini mağdurdan daha güvenilir bir konuma yerleştirmesini ifade eder. Fail, mağdurun algısının, belleğinin veya muhakemesinin güvenilir olmadığını ileri sürerken kendi değerlendirmesini daha geçerli ve güvenilir bir bilgi kaynağı olarak sunabilir (Spear, 2023).

Epistemik asimetri, taraflar arasında kimin bilgisinin ve değerlendirmesinin daha güvenilir kabul edildiğine ilişkin eşitsizliği ifade etmektedir. Bu durumda mağdur, kendi değerlendirmelerine güvenmek ile failin sunduğu anlatıyı kabul etmek arasında belirsizlik yaşayabilir. Bu eşitsizlik, özellikle failin sosyal, ilişkisel veya kurumsal olarak daha güçlü bir konumda bulunduğu durumlarda belirginleşebilmektedir (Spear, 2023).

Epistemik öz güvenin zedelenmesi ise bireyin kendi algı, bellek ve muhakeme kapasitesine duyduğu güvenin aşınmasıyla ilişkilidir. Spear'a (2023) göre bireyin kendi bilgi üretme ve değerlendirme kapasitesine duyduğu güven, rasyonel karar verme ve özerk eylem açısından önem taşımaktadır. Gaslighting sürecinde bu güvenin sistematik biçimde zayıflatılması, bireyin kendi deneyimlerini değerlendirme ve savunma kapasitesini sınırlandırabilmektedir.

Bu epistemik yaklaşım, gaslighting'in neden yalnızca kişilerarası bir manipülasyon veya psikolojik baskı biçimi olarak değerlendirilmemesi gerektiğini göstermektedir. Gaslighting aynı zamanda kimin deneyiminin güvenilir, kimin bilgisinin geçerli ve kimin anlatısının meşru kabul edileceğini etkileyen bir güç ilişkisi olarak da ele alınabilir (Spear, 2023).

Gaslighting Türleri

Gaslighting'in farklı görünümlerini açıklamaya yönelik yaklaşımlardan biri Stark (2019) tarafından ortaya konulmuştur. Stark (2019), gaslighting'i epistemik adaletsizlik, psikolojik manipülasyon ve toplumsal cinsiyete dayalı güç ilişkileriyle bağlantılı biçimde ele almakta; epistemik, manipülatif ve mizojinist gaslighting arasında kavramsal ayrımlar yapmaktadır. Bu ayrımın literatürde evrensel olarak kabul edilmiş standart bir sınıflandırmadan ziyade, gaslighting'in farklı işleyiş biçimlerini açıklayan kuramsal bir yaklaşım olarak değerlendirilmesi daha uygundur.

Epistemik gaslighting, bireyin deneyimlerinin veya tanıklığının, yeterli ve rasyonel gerekçeler bulunmaksızın güvenilmez kabul edilmesiyle ilişkili bir süreçtir. Bu durumda mağdurun belirli bir zarar veya haksızlığa ilişkin beyanı yalnızca reddedilmemekte, aynı zamanda onun güvenilir bir bilgi öznesi olarak konumu da zayıflatılmaktadır. Özellikle sosyal kimliğe dayalı önyargılar ve mevcut güç eşitsizlikleri, mağdurun anlatısının değersizleştirilmesini kolaylaştırabilmektedir. Böylece gaslighting, kişinin yalnızca yaşadığı deneyimin değil, bu deneyimi bilme, yorumlama ve başkalarına aktarma kapasitesinin de sorgulandığı bir epistemik adaletsizlik biçimine dönüşebilmektedir (Stark, 2019).

Manipülatif gaslighting, bireyin kendi algılarından, anılarından veya değerlendirmelerinden şüphe duymasına yol açan psikolojik manipülasyon süreçlerini ifade etmektedir. Bu süreçte fail, mağdurun belirli bir olay veya deneyime ilişkin değerlendirmesini sistematik biçimde reddedebilir, çarpıtabilir veya geçersiz kılabilir. Bunun sonucunda mağdurun kendi yargılarına duyduğu güven zaman içinde zayıflayabilir (Stark, 2019). Manipülatif gaslighting'in ortaya çıkışında ilişkisel güç farklılıkları önemli bir rol oynayabilmekle birlikte, bu güç farklılığının mutlaka belirli bir sosyal kimlikten kaynaklanması gerekmez. İlişki

içerisindeki bağımlılık, otorite, statü veya diğer avantajlar da manipülatif sürecin sürdürülmesini kolaylaştırabilir (Stark, 2019).

Mizojinist gaslighting ise gaslighting'in toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve kadın düşmanlığıyla kesişen biçimini ifade etmektedir. Bu süreçte kadınların yaşadıkları zararları dile getirmeleri, kendi deneyimlerini tanımlamaları veya mevcut güç ilişkilerini sorgulamaları çeşitli yollarla geçersiz kılınabilmektedir. Kadınların değerlendirmelerinin "aşırı duygusal", "irrasyonel" veya güvenilmez olarak sunulması, onların kendi deneyimlerinden ve yargılarından şüphe duymalarına yol açabileceği gibi mevcut toplumsal cinsiyet hiyerarşilerinin sürdürülmesine de katkıda bulunabilir (Stark, 2019). Bu nedenle mizojinist gaslighting yalnızca bireysel bir manipülasyon biçimi olarak değil, toplumsal cinsiyete dayalı güç ilişkilerinin yeniden üretilebildiği daha geniş bir sosyal süreç olarak değerlendirilmektedir (Stark, 2019).

Gaslighting'e ilişkin bu farklı yaklaşımlar birlikte değerlendirildiğinde, kavramın yalnızca bireysel bir psikolojik manipülasyon davranışından ibaret olmadığı görülmektedir. Gaslighting, kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkabileceği gibi epistemik otorite, sosyal kimlik, güç asimetrileri ve kurumsal yapılarla da ilişkili olabilmektedir (Stark, 2019; Spear, 2023; Kincaid ve Stalion, 2026). Bu çok katmanlı yapı, özellikle örgütsel ve profesyonel ortamlarda gaslighting'in anlaşılması açısından önem taşımaktadır; çünkü işyerlerinde hiyerarşik konum, mesleki statü ve kurumsal otorite, hangi bilginin ve kimin değerlendirmesinin güvenilir kabul edileceğini doğrudan etkileyebilmektedir.

Gaslighting Taktikleri

Gaslighting, farklı disiplinlerde farklı kuramsal çerçeveler içerisinde ele alınmış olmakla birlikte, bireyin kendi algılarına, anılarına ve yargılarına duyduğu güveni zayıflatmaya yönelik bazı

davranış örüntülerinin literatürde tekrarlandığı görülmektedir. Bununla birlikte, gaslighting davranışlarını bütünüyle açıklayan ve üzerinde uzlaşılmış kapsamlı bir kuramsal model henüz bulunmamaktadır. Darke, Paterson ve Van Golde'nin disiplinlerarası derlemesinde, literatürde bildirilen taktiklerin genel olarak gerçekliğin manipülasyonu, inkâr ve geçersizleştirme, davranışsal tutarsızlık, izolasyon, üçüncü kişilerin manipülasyona dahil edilmesi ve diğer istismar davranışlarının gaslighting ile kullanılması gibi gruplar etrafında toplandığı belirtilmektedir (Darke vd., 2025).

Gerçekliğin Manipülasyonu: Gerçekliğin manipülasyonu, gaslighting'in en temel davranışsal özelliklerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte fail, yalan söyleme, olayları farklı biçimde aktarma, mağdurun algılarını veya anılarını sorgulama ve çevresel koşulları değiştirerek kafa karışıklığı yaratma gibi çeşitli yöntemlere başvurabilmektedir. Bu davranışların ortak amacı, mağdurun yaşadığı olayları doğru değerlendirip değerlendirmediği konusunda kuşku duymasına yol açmak ve kendi algısal süreçlerine duyduğu güveni zayıflatmaktır (Darke vd., 2025).

İnkâr ve Geçersizleştirme: İnkâr, gaslighting davranışları içerisinde en sık tanımlanan taktiklerden biridir. Fail, yaşanmış bir olayı veya mevcut bir gerçeği açık biçimde reddedebilir; mağdurun anlatısını küçümseyebilir veya onun verdiği tepkiyi aşırı, irrasyonel ya da anlamsız olarak nitelendirebilir. Bu davranışlar yalnızca belirli bir olayın inkâr edilmesiyle sınırlı değildir; aynı zamanda mağdurun kendi değerlendirmelerine duyduğu güvenin zayıflatılmasına da hizmet edebilir (Abramson, 2014; Sarkis, 2018; Darke vd., 2025). Darke ve arkadaşları (2025), inkârın yanı sıra küçümseme, minimize etme ve kasıtlı belirsizlik yaratma gibi davranışların da mağdurun kendi yargılarını sorgulamasına yol açabildiğini belirtmektedir.

Davranışsal Tutarsızlık: Gaslighting sürecinde görülebilen bir diğer taktik, failin davranış ve söylemlerinde tutarsızlık yaratmasıdır. Gerçek ile yanlış bilginin, destekleyici davranışlarla küçümseyici veya manipülatif davranışların dönüşümlü biçimde

kullanılması, mağdurun failin davranışlarını öngörmesini zorlaştırabilir. Bu tutarsızlık, bireyin yaşadığı olayları anlamlandırmasını güçleştirebilir ve zaman içerisinde belirsizlik ve kafa karışıklığını artırabilir (Darke vd., 2025).

İzolasyon: Gaslighting, mağdurun kendi yaşantısını başkalarının değerlendirmeleriyle karşılaştırmasını veya dış kaynaklardan doğrulamasını güçleştiren izolasyon davranışlarıyla birlikte görülebilmektedir. Sosyal destek kaynaklarından uzaklaştırılan bireyin yaşadığı olayları alternatif bakış açılarıyla değerlendirme olanağı azalabilir ve failin anlatısına bağımlılığı artabilir. Bu nedenle izolasyon, gaslighting'in etkisini güçlendiren önemli davranışsal ve ilişkisel mekanizmalardan biri olarak değerlendirilmektedir (Darke vd., 2025).

Üçüncü Kişilerin Sürece Dahil Edilmesi: Gaslighting her zaman yalnızca fail ve mağdur arasındaki ikili ilişkiyle sınırlı kalmamaktadır. Fail, üçüncü kişileri kendi anlatısını desteklemek veya mağdurun güvenilirliğini zayıflatmak amacıyla sürece dahil edebilir. Diğer kişilerin mağdurun algılarını, anılarını veya değerlendirmelerini sorgulamaya yönlendirilmesi, failin anlatısının sosyal olarak güçlenmesine ve mağdurun kendi deneyimlerinden daha fazla şüphe duymasına neden olabilir. Bu durum özellikle işyeri ve diğer örgütsel ortamlarda önem taşımaktadır; çünkü hiyerarşik veya sosyal güç farklılıkları üçüncü kişilerin de failin anlatısını benimsemesini kolaylaştırabilir (Darke vd., 2025).

Diğer İstismar Davranışlarıyla Birlikte Kullanım: Gaslighting davranışları çoğu zaman tek başına ortaya çıkmamakta; küçümseme, suçlama, tehdit, sosyal izolasyon ve diğer psikolojik istismar biçimleriyle birlikte kullanılabilmektedir. Bununla birlikte, bu davranışların her biri tek başına gaslighting olarak değerlendirilmemelidir. Gaslighting açısından belirleyici olan, söz konusu davranışların mağdurun kendi algılarına, anılarına veya yargılarına duyduğu güveni zayıflatan bir örüntünün parçası olmasıdır (Darke vd., 2025).

Bu taktikler birlikte değerlendirildiğinde, gaslighting'in tek bir davranıştan çok, farklı manipülatif yöntemlerin zaman içerisinde bir araya gelebildiği bir süreç olduğu görülmektedir. Bu nedenle gaslighting'in belirlenmesinde yalnızca tekil davranışlara değil, davranışların tekrarlayıcı niteliğine, içinde gerçekleştiği güç ilişkilerine ve mağdurun kendi gerçeklik değerlendirmesine duyduğu güven üzerindeki etkilerine odaklanılması önem taşımaktadır (Abramson, 2014; Darke vd., 2025).

İşyerinde Gaslighting

İşyerinde Gaslighting'in Tanımı ve Kapsamı

İşyerinde gaslighting, çalışanların kendi algılarına, deneyimlerine, anılarına ve mesleki yargılarına duydukları güvenin sistematik biçimde zayıflatılmasına yol açan psikolojik manipülasyon örüntülerini ifade etmektedir (Kukreja ve Pandey, 2023; Popat ve Pandey, 2026). Bu süreçte çalışanın yaşadığı olaylar inkâr edilebilir, deneyimleri geçersiz kılınabilir, değerlendirmeleri güvenilmez olarak sunulabilir veya yaşanan olumsuzlukların sorumluluğu sistematik biçimde çalışanın kendisine yüklenebilir. Bu tür davranışların süreklilik kazanması, çalışanın kendi değerlendirmelerinden kuşku duymasına ve mesleki öz güveninin zedelenmesine yol açabilmektedir (Ogunfowora ve Bourdage, 2026).

İşyerinde gaslighting yalnızca yönetici–ast ilişkileriyle sınırlı değildir. Örgütsel hiyerarşi ve statü farklılıkları gaslighting açısından elverişli bir güç asimetrisi oluşturabilmekle birlikte, bu tür manipülatif davranışlar yöneticiler, çalışma arkadaşları ve örgüt içerisinde farklı konumlarda bulunan çalışanlar arasında da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle işyerinde gaslighting, yalnızca kişilerarası bir sorun olarak değil, örgütsel güç ilişkileri içerisinde şekillenebilen bir kötü muamele biçimi olarak değerlendirilmelidir (Sweet, 2019; Popat ve Pandey, 2026).

Sweet (2019), gaslighting'i bireysel psikolojik manipülasyonun ötesinde, mevcut sosyal ve kurumsal güç ilişkilerinden beslenebilen bir süreç olarak ele almaktadır. Bu perspektif işyeri açısından özellikle önemlidir; çünkü örgütsel hiyerarşi, mesleki statü, bilgiye erişim ve karar verme yetkisi gibi unsurlar, hangi anlatının daha güvenilir kabul edileceğini etkileyebilmektedir. Bu durum, güç sahibi bireylerin kendi değerlendirmelerini meşru ve güvenilir olarak sunarken daha düşük güç konumundaki çalışanların deneyimlerini sorgulanabilir hâle getirmelerine zemin hazırlayabilmektedir (Sweet, 2019; Popat ve Pandey, 2026).

İşyerinde gaslighting'i diğer olumsuz işyeri davranışlarından ayıran temel özellik, hedef alınan çalışanın yalnızca rahatsız edilmesi, eleştirilmesi veya dışlanması değil, kendi algı ve yargılarının güvenilirliğinden şüphe duymasına yol açan bir etkileşim örüntüsünün oluşmasıdır (Popat ve Pandey, 2026). Bu nedenle kavramın işyeri zorbalığı, mobbing, kötüye kullanılan liderlik, kişilerarası çatışma ve genel psikolojik kötü muamele gibi ilişkili kavramlardan ayrıştırılması önem taşımaktadır.

İşyerinde Gaslightingi Kolaylaştıran Etmenler

İşyerinde gaslighting'in ortaya çıkışı tek bir nedene bağlanamaz. Bireysel, ilişkisel ve örgütsel özelliklerin birbirleriyle etkileşimi, gaslighting davranışlarının ortaya çıkmasını veya sürdürülmesini kolaylaştırabilmektedir. Özellikle belirgin güç ve statü farklılıklarının bulunduğu, çalışanların karar süreçlerine katılımının sınırlı olduğu ve itiraz etmenin güçleştiği örgütsel ortamlar manipülatif davranışlar açısından elverişli koşullar oluşturabilmektedir (Sweet, 2019; Popat ve Pandey, 2026).

Örgütsel hiyerarşi bu açıdan önemli bir değişkendir. Yöneticilerin karar verme, performansı değerlendirme, görev dağılımını belirleme ve kurumsal kaynaklara erişimi kontrol etme gibi biçimsel güç kaynaklarına sahip olması, çalışan ile yönetici

arasında doğal bir güç asimetrisi oluşturmaktadır. Ancak güç asimetrisinin varlığı tek başına gaslighting anlamına gelmemektedir. Sorun, bu gücün çalışanın deneyimlerini sistematik biçimde geçersiz kılmak, onun mesleki değerlendirmelerini güvenilmez göstermek veya kendi anlatısını sorgulanamaz hâle getirmek amacıyla kullanıldığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Sweet, 2019; Popat ve Pandey, 2026).

Gaslighting'in erken dönem açıklamalarından biri psikanalitik yaklaşıma dayanmaktadır. Calef ve Weinshel (1981), gaslighting sürecini yansıtma ve içe atım gibi psikodinamik mekanizmalar üzerinden açıklamıştır. Bu yaklaşıma göre fail, kabul etmekte güçlük çektiği düşünce, duygu veya çatışmaları karşı tarafa yansıtabilir; mağdur ise tekrarlayan etkileşimler sonucunda kendisine atfedilen bu değerlendirmeleri içselleştirmeye başlayabilir. Bunun sonucunda bireyin kendi algı ve değerlendirmelerine duyduğu güven zayıflayabilir (Calef ve Weinshel, 1981). Bununla birlikte bu yaklaşım, gaslighting'in bütün örneklerini açıklayan tek veya evrensel bir nedensel model olarak değil, kavramın tarihsel gelişiminde kullanılan kuramsal açıklamalardan biri olarak değerlendirilmelidir.

Güncel örgütsel yaklaşımlar ise gaslighting'in yalnızca bireysel özelliklerden kaynaklanmadığını, örgütsel kültür ve güç ilişkilerinin de süreçte belirleyici olabileceğini göstermektedir (Kincaid ve Stalion, 2026; Popat ve Pandey, 2026). Örgütsel sessizliğin normalleştirildiği, çalışanların güvenli biçimde itiraz edemediği ve olumsuz davranışların etkili biçimde ele alınmadığı çalışma ortamları, gaslighting davranışlarının fark edilmesini ve bildirilmesini güçleştirebilir.

Gaslighting Taktiklerinin İşyerindeki Görünümleri

İşyerinde gaslighting tek bir davranış biçimiyle ortaya çıkmamaktadır. Davranışın görünümü, taraflar arasındaki güç ilişkisine, örgütsel konuma ve kullanılan manipülasyon

yöntemlerine göre değişebilmektedir. Çalışanın mesleki bilgisinin sürekli sorgulanması, yaşadığı olayların inkâr edilmesi, hataların veya sorunların sorumluluğunun sistematik biçimde çalışana yüklenmesi, daha önce verilen talimatların sonradan reddedilmesi ve çalışanın olayları yanlış hatırladığının ileri sürülmesi bu davranışların işyeri bağlamındaki olası örnekleri arasında değerlendirilebilir (Kukreja ve Pandey, 2023; Popat ve Pandey, 2026).

Örgütsel hiyerarşi, gaslighting'in dikey biçimde ortaya çıkmasına olanak sağlayabilir. Özellikle yöneticinin biçimsel otoritesini kullanarak çalışanın bilgi, mesleki yeterlilik veya olaylara ilişkin değerlendirmelerini sürekli biçimde geçersiz kılması, çalışanın kendi mesleki yargısına duyduğu güveni zayıflatabilir. Bununla birlikte gaslighting yalnızca yönetici-ast ilişkisi içerisinde gerçekleşmez; benzer statüdeki çalışanlar arasında da ilişkisel veya sosyal güç farklılıklarından yararlanan manipülatif örüntüler ortaya çıkabilir (Sweet, 2019; Popat ve Pandey, 2026).

Gaslighting'in örgütsel bağlamdaki önemli görünümlerinden biri, manipülasyonun üçüncü kişilere yayılmasıdır. Failin kendi anlatısını çalışma arkadaşlarına veya diğer örgütsel aktörlere kabul ettirmesi, mağdurun güvenilirliğinin yalnızca fail tarafından değil daha geniş bir sosyal çevre tarafından da sorgulanmasına neden olabilir. Böyle bir durumda çalışanın hem kendi deneyimlerini doğrulatabileceği sosyal kaynakları azalabilir hem de örgüt içerisindeki mesleki itibarı zarar görebilir. Bu yönüyle işyerinde gaslighting, kişilerarası düzeyden örgütsel düzeye genişleyebilen bir süreç olarak değerlendirilmelidir (Kincaid ve Stalion, 2026; Popat ve Pandey, 2026).

Gaslighting Sürecinin Aşamaları ve İşyerine Yansımaları

Gaslighting'in zaman içerisinde gelişen niteliğini açıklayan yaklaşımlardan biri Stern (2007) tarafından ortaya konulmuştur. Stern (2007) süreci **inançsızlık, savunma ve depresyon** olmak

üzere üç aşamada ele almaktadır. Bununla birlikte bu üç aşamalı modelin özellikle romantik ve kişilerarası ilişkiler üzerinden geliştirilmiş olduğunu belirtmek gerekir. Bu nedenle model, işyerinde gaslighting için doğrulanmış ve evrensel bir aşama modeli olarak değil, sürecin zaman içerisindeki olası ilerleyişini açıklayan kavramsal bir çerçeve olarak değerlendirilmelidir.

İnançsızlık aşamasında birey, karşı tarafın söylem ve davranışlarını anlamlandırmakta güçlük çekebilir ve yaşananların kasıtlı bir manipülasyon örüntüsü oluşturduğunu henüz fark etmeyebilir. Kendi algısının doğru olduğuna inanmakla birlikte, karşı tarafın yaşanan olayları sürekli biçimde farklı yorumlaması veya inkâr etmesi bireyde kafa karışıklığı yaratabilir. Sürecin devam etmesiyle kişi kendi algı ve değerlendirmelerinden kuşku duymaya başlayabilir (Stern, 2007).

Savunma aşamasında birey, kendi değerlendirmelerinin doğruluğunu karşı tarafa kanıtlama çabası içine girebilir. Bu aşamada kişi yaşanan olayları tekrar tekrar açıklama, kendisini savunma ve karşı tarafın kendi bakış açısını kabul etmesini sağlama eğilimi gösterebilir. Ancak sürekli kendini açıklama ve doğrulama ihtiyacı, zaman içerisinde bireyin karşı tarafın değerlendirmelerine daha fazla önem vermesine ve kendi yargılarına duyduğu güvenin azalmasına yol açabilir (Stern, 2007).

Depresyon aşaması, Stern'in (2007) modelinde gaslighting sürecinin daha ileri düzeyini ifade etmektedir. Bu aşamada bireyin kendi değerlendirmelerine duyduğu güven önemli ölçüde zayıflayabilir ve kişi karşı tarafın onayına giderek daha bağımlı hâle gelebilir. Ancak "depresyon" kavramının burada klinik bir tanıdan çok Stern'in modelindeki aşamayı ifade ettiğinin belirtilmesi önemlidir.

İşyerinde Gaslighting'in Sonuçları

İşyerinde gaslighting'in sonuçları bireysel, mesleki ve örgütsel düzeylerde ortaya çıkabilmektedir. Bireysel düzeyde sürekli

olarak kendi algılarının ve değerlendirmelerinin sorgulanması, çalışanın öz güvenini ve psikolojik iyi oluşunu olumsuz etkileyebilir. Mesleki düzeyde ise kişinin kendi kararlarına duyduğu güvenin azalması, işe yönelik motivasyonunun ve mesleki bağlılığının zayıflaması gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Kukreja ve Pandey, 2023; Popat ve Pandey, 2026).

Gaslighting'in örgütsel etkileri de önemlidir. Manipülatif davranışların normalleşmesi, çalışanların örgüte ve yöneticilerine duydukları güveni zayıflatabilir, kişilerarası iletişimi olumsuz etkileyebilir ve çalışanların kendilerini güvenli biçimde ifade etmelerini güçleştirebilir. Bu durum örgütsel sessizlik, işe yabancılaşma, düşük iş doyumu ve işten ayrılma niyeti gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilebilir (Öztırak, 2025; Popat ve Pandey, 2026).

Örgüt içerisinde gaslighting davranışlarının süreklilik kazanması, yalnızca hedef alınan çalışanın psikolojik durumunu değil, çalışma grubunun genel işleyişini de etkileyebilir. Çalışanların birbirlerinin ifadelerine güvenmemesi, sorunların açık biçimde tartışılamaması ve yönetsel kararların sorgulanmasının güçleşmesi, sağlıklı bir örgütsel iletişim ortamının oluşmasını engelleyebilir. Bu nedenle gaslighting'in önlenmesinde yalnızca bireysel farkındalığın artırılması yeterli değildir; çalışanların endişelerini güvenli biçimde bildirebilecekleri mekanizmaların oluşturulması, yöneticilerin olumsuz iletişim ve güç kullanımı konusunda eğitilmesi ve örgütsel destek sistemlerinin güçlendirilmesi de önem taşımaktadır (Öztırak, 2025; Popat ve Pandey, 2026).

Sağlık Sektöründe Gaslighting

Sağlık hizmetlerinde gaslighting iki farklı ilişki düzeyinde ortaya çıkabilmektedir. Bunlardan ilki, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki etkileşimlerde görülen ve literatürde sıklıkla tıbbi gaslighting olarak adlandırılan olgudur. İkincisi ise sağlık profesyonellerinin kendi aralarındaki çalışma ilişkilerinde ortaya

çıkan işyeri gaslighting'idir. Bu iki görünüm biçimi farklı ilişkisel bağlamlarda gerçekleşmekle birlikte, her ikisinde de bireyin kendi deneyimine, algısına veya değerlendirmesine duyduğu güvenin zayıflatılması ortak bir özellik olarak öne çıkmaktadır (Yadava, 2023; Fuss, Jagielski ve Taft, 2024; Gougjehyaran vd., 2026).

Tıbbi Gaslighting ve Hasta–Sağlık Profesyoneli İlişkisi

Tıbbi gaslighting, hastaların semptomlarının, deneyimlerinin veya sağlıkla ilgili kaygılarının sağlık profesyonelleri tarafından yeterince dikkate alınmaması, önemsizleştirilmesi, geçersiz kılınması ya da yeterli klinik değerlendirme yapılmadan psikolojik nedenlere bağlanmasıyla ilişkili bir olgu olarak ele alınmaktadır (Fuss, Jagielski ve Taft, 2024). Bu süreçte hasta, yalnızca semptomlarının ciddiye alınmadığını düşünmekle kalmayabilir; aynı zamanda kendi bedensel deneyimlerinin ve sağlık durumuna ilişkin değerlendirmelerinin güvenilirliğinden de şüphe duymaya başlayabilir.

Tıbbi gaslighting'in hasta–klinisyen ilişkisi açısından önemli sonuçları bulunmaktadır. Hastaların şikâyetlerinin yeterince değerlendirilmemesi veya geçersiz kılınması, sağlık profesyonellerine duyulan güvenin azalmasına, sağlık hizmetlerine başvurunun gecikmesine ve bazı durumlarda tanı ve tedavi süreçlerinin aksamasına yol açabilmektedir (Fuss, Jagielski ve Taft, 2024; Faytong-Haro, 2025). Bu nedenle tıbbi gaslighting yalnızca kişilerarası iletişim sorunu olarak değil, hasta güvenliği ve sağlık hizmetinin niteliği açısından da değerlendirilmesi gereken bir olgudur.

Konunun etik boyutu da önem taşımaktadır. Hastanın kendi deneyimini ifade etme ve sağlık durumuyla ilgili kararlara katılma hakkının sistematik biçimde geçersiz kılınması, hasta özerkliği ve yararlılık ilkeleri açısından sorun oluşturabilmektedir (Bokek-Cohen ve Gabay, 2025). Gillie ve Bokek-Cohen (2025) de yatan hasta

bakımında gaslighting'i ilişkisel özerklik açısından ele almakta ve hastanın deneyiminin göz ardı edilmesinin hemşirelik bakımının etik temelleri açısından önemli sonuçlar doğurabileceğine dikkat çekmektedir. Bu yönüyle tıbbi gaslighting, hasta deneyiminin tanınması, klinik iletişim ve hasta merkezli bakım açısından önem taşıyan bir sorundur.

Hemşirelikte Gaslighting

Son yıllarda işyerinde gaslighting'e yönelik akademik ilgi artmış olmakla birlikte, kavramın hemşirelerin çalışma yaşamı bağlamında incelenmesi görece yeni bir araştırma alanıdır. Güncel çalışmalar, gaslighting'in hemşirelerin mesleki yaşamlarında karşılaşabilecekleri ve kendi mesleki değerlendirmelerine, deneyimlerine ve yeterliliklerine duydukları güveni zayıflatabilecek önemli bir psikososyal işyeri sorunu olduğunu göstermektedir (Christensen ve Evans-Murray, 2021; Gheshlagh vd., 2025; Gougjehyaran vd., 2026).

Hemşirelerin görev yaptığı sağlık kuruluşları, mesleki ve örgütsel yapıları nedeniyle gaslighting açısından dikkate alınması gereken bazı özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde hiyerarşik ilişkilerin belirgin olması, farklı sağlık profesyonellerinin birlikte çalışması, kararların çoğu zaman zaman baskısı altında alınması ve hasta bakımının ekip üyeleri arasında yüksek düzeyde karşılıklı bağımlılık gerektirmesi, güç ve otorite ilişkilerini önemli hâle getirmektedir. Bu özellikler tek başına gaslighting'e neden olmamakla birlikte, güç dengesizliklerinin kötüye kullanıldığı durumlarda manipülatif davranışların ortaya çıkmasını veya sürdürülmesini kolaylaştırabilmektedir (Gheshlagh vd., 2025; Gougjehyaran vd., 2026).

Hemşirelik bağlamında gaslighting; hemşirenin klinik değerlendirmelerinin sistematik biçimde sorgulanması, mesleki bilgisinin ve yeterliliğinin değersizleştirilmesi, daha önce verilen talimatların sonradan inkâr edilmesi, yaşadığı olayları yanlış

algıladığının ileri sürülmesi veya dile getirdiği mesleki kaygıların aşırı tepki olarak değerlendirilmesi gibi farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bu davranışların süreklilik kazanması, hemşirenin kendi mesleki bilgi, deneyim ve klinik yargısına duyduğu güvenin zaman içerisinde zayıflamasına neden olabilmektedir (Christensen ve Evans-Murray, 2021; Gougjehyaran vd., 2026).

Gaslighting, özellikle güç asimetrisinin bulunduğu yönetici–hemşire, kıdemli–daha az deneyimli hemşire veya hemşire–diğer sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkilerde ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte, olgunun yalnızca hiyerarşik ilişkilerle sınırlandırılması doğru değildir. Benzer örgütsel konumlarda bulunan çalışma arkadaşları arasında da ilişkisel veya sosyal güç farklılıklarından yararlanan manipülatif davranışlar görülebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaştıkları gaslighting, yalnızca bireyler arası bir çatışma olarak değerlendirilmemeli; örgütsel kültür, liderlik uygulamaları, mesleki hiyerarşi ve çalışma ilişkilerindeki güç asimetrileriyle birlikte ele alınmalıdır (Gheshlagh vd., 2025; Gougjehyaran vd., 2026).

Gaslighting'in Hemşireler ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerindeki Etkileri

Hemşirelerin işyerinde gaslighting'e maruz kalması, bireysel psikolojik sonuçların yanı sıra mesleki işlevsellik ve örgütsel sonuçlarla da ilişkilendirilmektedir. Araştırmalarda gaslighting algısının stres, kaygı, depresif belirtiler ve psikolojik iyi oluşta bozulma gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Gheshlagh vd, 2025; Im ve Son, 2024). Bu nedenle gaslighting'in hemşirelerin ruh sağlığı açısından dikkate alınması gereken bir psikososyal risk faktörü olduğu değerlendirilmektedir.

Gaslighting'in hemşirelik açısından özellikle önemli sonuçlarından biri mesleki öz güvenin ve klinik yargıya duyulan güvenin aşınmasıdır. Christensen ve Evans-Murray (2021),

hemşirelik akademisi bağlamında gaslighting'in bireyin kendi değerlendirmelerine ve mesleki yeterliliğine duyduğu güveni zayıflatabilen örtük bir zorbalık biçimi olarak işleyebileceğine dikkat çekmektedir. Benzer biçimde güncel hemşirelik literatürü, işyerinde gaslighting davranışlarının hemşirelerin mesleki performansı ve kariyerlerine ilişkin değerlendirmeleri üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir (Atta ve ark., 2025; Gougjehyaran vd., 2026).

Bu nokta hemşirelik uygulamaları açısından özel önem taşımaktadır. Klinik uygulamada hemşirelerin hasta durumundaki değişiklikleri değerlendirmeleri, riskleri fark etmeleri, gerektiğinde diğer ekip üyelerini uyarmaları ve mesleki yargılarını açık biçimde ifade etmeleri beklenmektedir. Hemşirenin kendi klinik değerlendirmesine duyduğu güvenin sürekli biçimde zayıflatılması, mesleki kararlarını ifade etme konusunda tereddüt yaşamasına ve ekip içi iletişimde daha çekingen davranmasına neden olabilir. Bu nedenle gaslighting'in etkileri yalnızca bireysel psikolojik iyi oluş üzerinden değil, klinik iletişim, mesleki karar verme ve bakım süreçleri açısından da değerlendirilmelidir (Christensen ve Evans-Murray, 2021; Gougjehyaran vd., 2026).

Gaslighting'in örgütsel sonuçları da göz ardı edilmemelidir. Çalışanın deneyimlerinin sistematik olarak geçersiz kılındığı bir ortam, örgütsel güvenin azalmasına, çalışanların çalışma ortamından uzaklaşmasına ve işten ayrılma eğilimlerinin güçlenmesine katkıda bulunabilir. Atta ve ark. (2025), işyerinde gaslighting davranışlarını hemşirelerin kariyer deneyimleri açısından incelemiş; Gougjehyaran ve ark. (2026) ise hemşirelik uygulamalarında işyeri gaslighting'ini kavramsal olarak değerlendirerek olgunun çalışan ve örgüt açısından çok boyutlu sonuçlarına dikkat çekmiştir. Bu nedenle gaslighting'in bireysel, mesleki ve örgütsel sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi önemlidir.

Gaslighting'in hemşirelik uygulamalarına yönelik olası etkileri düşünüldüğünde, konunun yalnızca çalışanların psikolojik

iyi oluşunu korumaya yönelik bir sorun olmadığı anlaşılmaktadır. Hemşirelerin mesleki yargılarına güvenebildiği, kaygılarını güvenli biçimde dile getirebildiği ve klinik değerlendirmelerinin saygıyla karşılandığı çalışma ortamlarının oluşturulması, hem çalışan iyi oluşu hem de güvenli bakım süreçleri açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında gaslighting'e ilişkin farkındalığın artırılması, çalışanların güvenli bildirim yapabileceği mekanizmaların geliştirilmesi ve yöneticilerin psikolojik güvenliği destekleyen iletişim ve liderlik uygulamaları konusunda güçlendirilmesi gerekmektedir.

Son olarak, hemşirelik bağlamındaki gaslighting literatürü henüz gelişme aşamasındadır. Kavramın işyeri zorbalığı, mobbing, psikolojik şiddet ve diğer olumsuz işyeri davranışlarından ayrıştırılması; hemşirelik çalışma ortamlarına uygun ölçme araçlarının geliştirilmesi ve gaslighting'in klinik karar verme, çalışan iyi oluşu, bakım kalitesi ve örgütsel sonuçlarla ilişkisini inceleyen çalışmaların artırılması gerekmektedir (Gheshlagh vd., 2025; Gougjehyaran vd., 2026).

Gaslighting’in Önlenmesi ve Yönetiminde Yönetici Hemşirelerin Rolü

Yönetici hemşireler, gaslighting’in önlenmesi, erken fark edilmesi ve ortaya çıktığında uygun biçimde yönetilmesinde önemli bir role sahiptir. Hemşirelikte gaslighting’in güç ilişkileri, örgütsel destek yetersizliği ve etkisiz bildirim mekanizmalarıyla ilişkili olabilmesi, yöneticilerin yalnızca bireysel olaylara müdahale etmelerini değil, bu davranışların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilecek örgütsel koşulları da değerlendirmelerini gerektirmektedir (Gougjehyaran vd, 2026). Bununla birlikte, gaslighting’in yönetici–çalışan ilişkilerinde de ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulduğunda, yönetici hemşirelerin yalnızca çözüm sürecinin bir aktörü değil, uygun olmayan güç kullanımı ve

iletişim biçimleri aracılığıyla sorunun potansiyel bir kaynağı olabilecekleri de dikkate alınmalıdır.

Yönetici hemşirelerin temel sorumluluklarından biri, çalışanların gözlemlerini, klinik değerlendirmelerini ve yaşadıkları olaylara ilişkin bildirimlerini küçümsemeden ve peşinen geçersiz kılmadan dinlemektir. Çalışanlar tarafından dile getirilen sorunların nesnel biçimde değerlendirilmesi, gerektiğinde olayın ayrıntılı olarak incelenmesi ve güvenli bildirim süreçlerinin işletilmesi, gaslighting davranışlarının fark edilmesi ve yönetilmesi açısından önem taşımaktadır (Gougjehyaran vd, 2026). Bununla birlikte, her eleştiri, görüş ayrılığı veya kişilerarası çatışma gaslighting olarak değerlendirilmemelidir. Gaslighting'in manipülasyon, zorbalık, mobbing ve diğer olumsuz işyeri davranışlarından kavramsal olarak ayrıştırılması, hem bildirilen deneyimin doğru değerlendirilmesi hem de kavramın gereğinden geniş kullanılmasının önlenmesi açısından önemlidir (Darke vd., 2025; Kukreja ve Pandey, 2023).

Yönetici hemşireler, çalışanların psikolojik ve mesleki iyi oluşlarındaki değişimleri de çalışma ortamında yaşanan sorunların değerlendirilmesini gerektiren uyarı işaretleri olarak ele alabilirler. Gaslighting'in hemşirelerde tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti (Moisoglou vd., 2025), anksiyete ve depresif belirtiler, sessiz istifa ve düşük işe bağlılık (Katsiroumpa vd, 2026), kariyer bağlılığında azalma (Atta ve ark., 2025) ve iş çevikliğinde düşüş (El-Sayed vd, 2025) gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ancak bu göstergeler gaslighting'e özgü olmadığından, tek başına gaslighting'in varlığının kanıtı olarak değerlendirilmemeli; çalışma ortamındaki diğer bireysel ve örgütsel etmenlerle birlikte ele alınmalıdır.

Gaslighting'in önlenmesinde çalışanların kaygılarını misilleme korkusu yaşamadan ifade edebilecekleri, mesleki görüş farklılıklarının açık biçimde tartışılabildiği ve güç kullanımının sınırlarının belirgin olduğu bir çalışma ortamının oluşturulması önemlidir. Bu kapsamda sağlık kuruluşlarında erişilebilir ve

güvenilir bildirim mekanizmalarının oluşturulması, bildirimlerin gizlilik ve tarafsızlık ilkeleri doğrultusunda değerlendirilmesi ve gereksinim duyan çalışanların uygun destek hizmetlerine yönlendirilmesi gerekmektedir (Gougjehyaran vd., 2026). Hemşirelikte zorbalık ve diğer olumsuz işyeri davranışlarını önlemeye yönelik literatürde eğitim, ekip oluşturma, bilişsel prova ve girişken iletişim uygulamalarının yararlı olabileceği belirtilmektedir (Luca vd., 2024). Bununla birlikte, bu uygulamaların doğrudan gaslighting'e özgü müdahaleler olmadığı ve bu alandaki etkililik kanıtlarının henüz sınırlı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Yönetici hemşirelerin kendi liderlik ve iletişim davranışlarını değerlendirmeleri de önleyici yaklaşımın önemli bir bileşenidir. Çalışanların mesleki görüşlerini değersizleştiren, yaşadıkları sorunları sürekli olarak bireysel yetersizliklere bağlayan veya yönetsel otoriteyi çalışanların deneyimlerini geçersiz kılmak amacıyla kullanan yaklaşımlar, gaslighting davranışlarının sürdürülmesine zemin hazırlayabilir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin adil ve şeffaf iletişim, güç kullanımı, psikolojik güvenlik ve çalışan desteği konularındaki farkındalıklarının geliştirilmesi; sağlıklı çalışma ilişkilerinin ve güvenli bir örgüt kültürünün oluşturulması açısından önem taşımaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gaslighting; manipülasyon, psikolojik şiddet, duygusal istismar, zorbalık ve mobbing gibi olumsuz davranışlarla ortak özellikler taşısa da bu kavramlarla tamamen eş anlamlı değildir. Gaslighting'i ayırt eden temel özellik, hedef alınan bireyin kendi algılarına, deneyimlerine ve yargılarına duyduğu güvenin sistematik biçimde zayıflatılmasıdır. Bu nedenle her eleştiri, görüş ayrılığı veya kişilerarası çatışma gaslighting olarak değerlendirilmemeli; kavramın ayırt edici özellikleri ve süreklilik gösteren davranış örüntüsü dikkate alınmalıdır.

İşyeri bağlamında gaslighting, bireysel etkileşimlerin ötesinde güç ilişkileri ve örgütsel koşullar içinde şekillenebilen bir olgudur. Hiyerarşik yapı, statü farklılıkları, yetersiz örgütsel destek ve etkisiz bildirim mekanizmaları bu davranışların ortaya çıkmasını veya sürdürülmesini kolaylaştırabilir. Bununla birlikte, güç farklılığının varlığı tek başına gaslighting anlamına gelmez; belirleyici olan, bu gücün çalışanın deneyimlerini ve mesleki değerlendirmelerini sistematik biçimde geçersiz kılacak şekilde kullanılmasıdır.

Hemşirelik açısından gaslighting'in etkileri yalnızca psikolojik iyi oluşla sınırlı değildir. Hemşirenin kendi mesleki bilgi, gözlem ve klinik yargısına duyduğu güvenin zayıflaması; mesleki öz güveni, ekip içi iletişimi, klinik karar verme süreçlerini ve bakım uygulamalarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle gaslighting, hem çalışanların iyi oluşu hem de hemşirelik uygulamalarının niteliği açısından ele alınması gereken önemli bir örgütsel sorun olarak değerlendirilmelidir. Yönetici hemşireler ise güvenli iletişim ve bildirim ortamlarının oluşturulması, bildirilen deneyimlerin tarafsız biçimde değerlendirilmesi, çalışanların desteklenmesi ve kendi güç ve iletişim biçimlerinin gözden geçirilmesi yoluyla gaslighting'in önlenmesi ve yönetilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir.

Hemşirelikte gaslighting alanının henüz gelişmekte olması, gelecekte yapılacak araştırmaların önemini artırmaktadır. Bu kapsamda, hemşirelikte gaslighting'i ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının geliştirilmesine, kavramın zorbalık, mobbing ve diğer olumsuz işyeri davranışlarından daha açık biçimde ayrıştırılmasına, hemşirelerin gaslighting deneyimlerini derinlemesine inceleyen nitel çalışmaların yürütülmesine ve önleme ile yönetim yaklaşımlarının etkililiğini değerlendiren araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

Abramson, K. (2014). Turning up the lights on gaslighting. Philosophical Perspectives, 28(1), 1-30. https://doi.org/10.1111/phpe.12046

Asmat, K., Ghanei Gheshlagh, R., Nasir, S., Perveen, R., & Sharif-Nia, H. (2026). Psychometric evaluation of the workplace gaslighting scale among Pakistani nurses. Nursing Practice Today, 13(3), 316–327. https://doi.org/10.18502/npt.v13i3.22132

Atta, M. H. R.,Waheed Elzohairy, N., AbdElaleem, A. E. D. M. H., Othman, A. A., Hamzaa, H. G., El-Sayed, A. A. I., & Zoromba, M. A. (2025). Comprehending the disruptive influence of workplace gaslighting behaviours and mobbing on nurses' career entrenchment: A multi-centre inquiry. Journal of Advanced Nursing, 81, 1815–1828. https://doi.org/10.1111/jan.16368

Barton, R.,& Whitehead J. (1969). The Gas-Light Phenomenon. The Lancet. 293 (7608):1258-1260.

Bokek-Cohen, Y., & Gabay, G. (2025). Medical gaslighting as a threat to beneficence and patient autonomy: a qualitative study. BMC Medical Ethics. https://doi.org/10.1186/s12910-025-01324-z

Calef, V.,&Weinshel, E. M. (1981). Some clinical consequences of introjection: Gaslighting. Psycho analytic Quarterly, 50(1), 44–66. https://doi.org/10.1080/21674086.1981.11926944

Cawthra, R., O'Brien, G., & Hassanyeh, F. (1987). "Imposed psychosis": A case variant of the gaslight phenomenon. British Journal of Psychiatry, *150*(4), 553–556.

Christensen, M.,& Evans-Murray, A. (2021). Gaslighting in nursing academia: A new or established covert form of bullying? Nursing Forum, 56(3), 640–647. https://doi.org/10.1111/nuf.12588

Cukor, G.(Director).(1944). *Gaslight*[Film]. Metro-Goldwyn-Mayer.

Çabuk, B., & Kumova, F. (2024). Gaslighting olgusunun sosyodemografik faktörler ve kişilik eğilimleri bağlamında incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, (23), 211–238. https://doi.org/10.16947/fsmia.1499506

Darke, L., Paterson, H., & van Golde, C. (2025). Illuminating gaslighting: A comprehensive interdisciplinary review of gaslighting literature. Journal of Family Violence. https://doi.org/10.1007/s10896-025-00805-4

El-Sayed, A. A. I., Alsenany, S. A., Atta, M. H. R., Othman, A. A., & Asal, M. G. R. (2025). Navigating toxicity: Investigating the interplay between workplace gaslighting, workaholism, and agility among nurses. Nursing Inquiry, *32*, e12697. https://doi.org/10.1111/nin.12697

Faytong-Haro, M. (2025). Medical gaslighting: navigating patient-clinician mistrust in healthcare. Frontiers in Health Services, *5*. https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1633672

Fielding-Singh, P.,& Dmowska, A. (2022). Obstetric gaslighting and the denial of mothers' realities. Social science & medicine (1982), 301, 114938. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114938

Fuss, A., Jagielski, C. H., & Taft, T. (2024). We didn't start the fire… or did we? A narrative review of medical gaslighting and introduction to medical invalidation. Translational Gastroenterology and Hepatology*, 9*, 73. https://doi.org/10.21037/tgh-24-26

Gheshlagh R. G., Bigdeli K., Kukreja P., Pandey J., NassehiA.Jafari M. (2025). Decoding workplace gaslighting: evaluating a Persian version of the gaslighting workplace scale. BMC Nurs.24:483. doi: 10.1186/s12912-025-03134-5,

Gillie, G., & Bokek-Cohen, Y. (2025). Gaslighting of inpatients: A threat to nursing care and a violation of relational autonomy. Nursing Ethics*, 32*(7), 2257–2269. https://doi.org/10.1177/09697330251331194

Gougjehyaran, H. G., Hassankhani, H., Asghari, E., & Haririan, H. (2026). Workplace gaslighting in nursing practice: a concept analysis. BMC nursing, *25*(1), 687. https://doi.org/10.1186/s12912-026-04816-4

Im, N., & H-M, S. (2024). Psychological factors affecting nurses' perceptions of gaslighting damage. Journal of Korean Academy of Nursing Education*, 30*(3), 242–252. https://doi.org/10.5977/jkasne.2024.30.3.242

Katsiroumpa, A., Moisoglou, I., Konstantakopoulou, O., Gallos, P., Rekleiti, M., & Galanis, P. (2026). Association between workplace gaslighting, mental health and work life in nurses: A cross-sectional study in Greece. AIMS Public Health, *13*(2), 573–588. https://doi.org/10.3934/publichealth.2026030

Kincaid, P. A., & Stalion, S. C. O. (2026). An interdisciplinary review of the gaslighting literature and future research agenda. Journal of Organizational Behavior. https://doi.org/10.1002/job.70103

Kukreja, P. & Pandey, J. (2023). Workplace gaslighting: Conceptualization, development, and validation of a scale. Frontiers in Psychology, *14*, 1099485. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1099485

Luca, C. E., Sartorio, A., Bonetti, L., & Bianchi, M. (2024). Interventions for preventing and resolving bullying in nursing: A scoping review. *Healthcare, 12(2*), 280.

Lund, C. A., & Gardiner, A. Q. (1977). The gaslight phenomenon—an institutional variant. *The British Journal of Psychiatry, 131*, 533–534.

Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Konstantakopoulou, O., Papathanasiou, I. V., Katsapi, A., Prasini, I., Chatzi, M., & Galanis, P. (2025). Workplace gaslighting is associated with nurses' job burnout and turnover intention in Greece. Healthcare, *13*(13), 1574. https://doi.org/10.3390/healthcare13131574

Ogunfowora, B. (Tunde), & Bourdage, J. S. (2026). Is my boss gaslighting me? Uncovering the nomological network of gaslighting in leader–employee relationships. Journal of Management. https://doi.org/10.1177/01492063261426014

Öztırak, M. (2025). Örgütsel gaslighting: Bir ölçek geliştirme çalışması. Business & Management Studies: An International Journal, 13(1), 282-299.

Poore, B. (2024). Gaslight: The play, the film, noun, the verb. In S. E. Maier & B. Ayres (Eds.), The Palgrave handbook of neo-Victorianism (pp. 71–87). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-031-32160-3_5

Popat, N.,& Pandey, J. (2026). Workplace gaslighting: a construct for organizational research. Frontiers in psychology, *17*, 1589063. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1589063

Sarkis, S. (2018). Gaslighting: Recognize manipulative and emotionally abusive people-and break free.

Spear, A. D. (2023). Epistemic dimensions of gaslighting: peer-disagreement, self-trust, and epistemic injustice. Inquiry, 66(1), 68–91. https://doi.org/10.1080/0020174X.2019.1610051

Stark, C. A. (2019). Gaslighting, misogyny, and psychological oppression. The Monist, 102(2), 221–235. https://doi.org/10.1093/monist/onz007

Stern, R. (2007). The gaslight effect: How to spot and survive the hidden manipulation others use to control your life. *Harmony Books.*

Sweet, P. L. (2019). The sociology of gaslighting. American Sociological Review*,* 84(5), 851–875. https://doi.org/10.1177/0003122419874843

Yadava, O. P. (2023). Medical gaslighting an eye-opener. Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 39*(5), 441–442. https://doi.org/10.1007/s12055-023-01588-3


BİDGE