

HEMŞİRELİK VE EBELİK

ALANINDA ARAŞTIRMALAR VE DEĐERLENDİRMELER

MART 2026

EDİTÖR

Doç. Dr. Aysun TÜRE

İmtiyaz Sahibi / Yaşar Hız
Yayına Hazırlayan / Gece Kitaplığı

Birinci Basım / Mart 2026 - Ankara
ISBN / 978-625-8075-91-5

© copyright

Bu kitabın tüm yayın hakları Gece Kitaplığı'na aittir.
Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Gece Kitaplığı

Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak
Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA
0312 384 80 40
www.gecekitapligi.com / gecekitapligi@gmail.com

Baskı & Cilt

Bizim Büro
Sertifika No: 42488

**HEMŞİRELİK VE EBELİK
ALANINDA ARAŞTIRMALAR VE
DEĐERLENDİRMELER**

MART 2026

EDİTÖR

Doç. Dr. Aysun TÜRE

gece
kitaplığı

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

YOGANIN İNFERTİL KADINLARIN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARINA OLAN ETKİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Melike KAHVECİ..... 7

BÖLÜM 2

EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ UYGULAMA DURUMLARI İLE SAĞLIK İNANÇ DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ

Nurcan ÇELİK ODABAŞI, Seçil KÖKEN DURGUN, Zeynep KORKMAZ..... 23

BÖLÜM 3

CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLARDA PARTNER BİLDİRİMİNDE ETİK YAKLAŞIM: KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PERSPEKTİFİNDEN BİR İNCELEME

Gülcan KARABULUT, Şenay ÜNSAL ATAN 37

BÖLÜM 4

HEMŞİRELİKTE GÜÇ KAVRAMI VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE GÜÇLENDİRME

Gözde ÇETİNKAYA ALKAYA, Aysun TÜRE 55

BÖLÜM 5

SÜRDÜRÜLEBİLİR SAĞLIK SİSTEMLERİNDE HEMŞİRELİKTE DÖNÜŞÜMCÜ LİDERLİĞİN ROLÜ: KAVRAMSAL BİR DERLEME

Yusuf SARI, Aysun TÜRE 65

BÖLÜM 6

FİBROMİYALJİ'DE AĞRI SEMPTOMUNUN YÖNETİMİ: GELENEKSEL DERLEME

Gizem ÖZCAN, Güler BALCI ALPARSLAN 73

BÖLÜM 1

YOGANIN İNFERTİL KADINLARIN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARINA OLAN ETKİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Melike KAHVECİ¹

GİRİŞ

İnfertilite, ‘‘12 aylık düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamama’’ olarak tanımlanmaktadır. Yaşam ortamındaki değişiklikler, hızlanan yaşam temposu, evlilik ve çocuk doğurma isteğinin ertelenmesi infertilite görülme sıklığını yıldan yıla artırmaktadır. İnfertilite, 18-44 yaş arası kadınların yaklaşık %12-18'ini etkilemektedir (Lotti ve Maggi, 2015; Vander Borghet ve Wyns, 2018). İnfertiliteye, kadınlarla ilgili çeşitli faktörler (ovulatuvar bozukluklar, endometriozis, pelvik adezyonlar, tubal bozukluklar), erkeklerle ilgili çeşitli faktörler (anormal semen analizleri, açıklanamayan faktörler) veya her iki cinsiyeti ilgilendiren faktörler (sistemik hastalıklar, enfeksiyonlar, hiperprolaktinemi veya hipogonadotropik hipogonadizm) neden olabilmektedir (Vander Borghet ve Wyns, 2018; Sivashlıoğlu, 2020).

İnfertilitenin her iki partner üzerinde de psikolojik etkileri olmasına rağmen, araştırmalar infertil kadınların %50'sinin bunu hayatlarındaki büyük bir sorun olarak gördüklerini ve bu durumun kadınlar üzerinde daha fazla baskıya neden olduğunu göstermiştir (Karaca ve Unsal, 2015). İnfertil kadınlar daha fazla kaygı, depresyon ve erkek partnerlerine göre daha düşük benlik saygısı ve yaşam doyumuna sahiptirler. Bu dönemde tedavilerin uzun sürmesi, olumsuzlukla sonuçlanması gibi faktörler kadınların psikolojik sorunlar yaşamasını tetiklemektedir (Li ve ark., 2018).

Yoga, beden zihin uygulamaları yoluyla yaşam tarzını düzenlemeye odaklanan, yaşam tarzına dayalı bütünsel bir müdahaledir. Yoga gibi geleneksel şifa sistemleri, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde popüler bir nonfarmakolojik tedavi olarak dikkat çekmiştir. Aynı zamanda yoganın sağlıklı yetişkinlerde stres azaltma üzerinde de olumlu etkisi vardır (Dumbala ve ark., 2020). Bu çalışma, yoganın infertilite tedavisi gören kadınların psikolojik durumları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

İNFERTİLİTE TEDAVİSİNİN PSİKOLOJİK YÖNÜ

Bazı toplumlarda çocuk sahibi olmanın farklı anlamları vardır. Bu toplumlarda çocuklar ‘‘Tanrı'nın Armağanı’’ olarak kabul edilmektedir ve birçok çift için evliliğin ana nedeni çocuk sahibi olmaktır. Sosyal statü çocuk sahibi olmaya bağlanmaktadır. Dolayısıyla çocuk doğurma, kadınlar için sosyal ve kültürel bir sorumluluktur ve evlendikten kısa bir süre sonra kadınların çocuk sahibi olması beklenir (Hadizadeh-Talasaz ve ark., 2015). İnfertilite çiftler

için stresli bir durum olarak kabul edilse de, kadınlar bu durumdan erkeklerden daha fazla etkilenmektedir (Cserepes ve ark., 2014). Bu da onların sosyal, fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini etkileyebilir ve toplumsal baskıya maruz kalmalarına neden olabilir. Erkek için ise infertilite çoğu zaman neslin devamını sağlayamama, sosyal rolünü yerine getirememe, kendini eksik hissetme, “doğurtamama” gibi anlamlara gelmektedir (Şen ve ark., 2014; Yanikkerem ve ark., 2008; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

İnfertilitenin klinik yüklerine genellikle duygusal ve psikolojik zorluklar eşlik etmektedir. İnfertilitenin stres, depresyon, anksiyete, korku, öfke, utanç, kıskançlık, yalnızlık, umutsuzluk, özgüven eksikliği ve cinsel işlev bozukluğu gibi çok sayıda olumsuz psikolojik etkisi olabilir (Kim ve Kim, 2018). İnfertilitenin psikolojik sorunları arasında en sık olarak depresyon ve anksiyete yer alır. Bu sorunların kadınların yaklaşık %25-53'ünü tedaviye başlamadan önce %40-75'ini tedavi sırasında etkilediği bildirilmiştir (Pasch ve ark., 2016; Clifton ve ark., 2020). İnfertilite teşhisinin belirsizliği ve ilişkili tedavi müdahaleleri, kadınlarda anksiyete duygularını uyandırabilir ve şiddetlendirebilir. Ek olarak, bir çocuğun olası kaybı depresyon, utanç ve umutsuzluk duygularıyla sonuçlanabilir (Clifton ve ark., 2020).

Pasch ve arkadaşlarının infertilite tedavisi gören 352 kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların % 56.5'inin depresyon, %75.9'unun anksiyete yaşadığı bulunmuştur. İnfertilite süresi ile artan depresyon ve anksiyete arasında doğrudan bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Pasch ve ark., 2016). Danimarka'da infertilite tedavisi gören 42.000 kadının dahil edildiği bir çalışmada, kadınların %35'inin tedavi sürecinde depresyon yaşadığı bulunmuştur (Sejbaek ve ark., 2013). İnfertilite tedavisi gören kadın ve erkeklerin dahil edildiği başka bir çalışmada, kadınların %56'sının, erkeklerin %32'sinin depresyon belirtileri yaşadığı, kadınların %76'sının ve erkeklerin %61'inin anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Lakatos ve ark., 2017). Tedavi gören infertilite hastaları, izolasyon duyguları, kontrol kaybı, depresyon, anksiyete ve hatta intihar eğilimi dahil olmak üzere birçok psikolojik durum bakımından risk altındadır (Rooney ve Domar, 2018). Psikolojik rahatsızlığın yaygınlığına rağmen, infertilite nedeniyle tıbbi tedavi gören kadınların yalnızca %10-21'inin bu konuyla ilgili psikolojik destek aldığı bilinmektedir (Pasch ve ark., 2016; Clifton ve ark., 2020).

Kadınlar için gebelik genellikle kendini gerçekleştirmenin bir yoludur. Bu nedenle, doğurganlıktan yoksun kadınlar kendilerini güçsüz, değersiz ve yetersiz hissedebilir ve bu da

kendi kendini kabul etme düzeylerinde bir azalmaya yol açar. Annelik arzu edilen ve değerli bir sosyal konumsa, infertilite kadınlar için önemli bir yaşam hedefine ulaşmada bir engel olarak görülebilir (Greil ve ark., 2016).

YOGA

Yoga, günümüzde popülerlik kazanmış olan 3000 yıllık bir beden zihin uygulamasıdır. Yoga, "kontrol etmek" veya "birleştirmek" anlamına gelen Sanskritçe "yuj" kökünden türetilmiştir (Rathore ve Abraham, 2018; Jayawardena ve ark., 2020). Yoga temelli yaşam tarzının ana bileşenleri şunlardır: Asanalar (fiziksel duruşlar), pranayamalar (nefes teknikleri) ve meditasyon (farkındalık) (Dumbala ve ark., 2020).

Asana: Asana temelli bir uygulama, nefes alma ile koordineli çeşitli vücut duruşlarını içerir. Asanalar bağlamında, yoga daha çok fiziksel bir egzersize benzemektedir (Govindaraj ve ark., 2016). Asanalar yavaş ve sabit kas hareketlerini içerdiğinden, duruşun kolay ve rahat bir şekilde korunmasına izin vererek çeşitli kas ve eklemlerin herhangi bir direnç olmadan sorunsuz bir şekilde gerilmesine izin verir. Kasların ve bağların bu statik fakat pasif gerilmesi, çeşitli doku ve organların etrafındaki dolaşımı uyarmak için yeterli zaman sağlar. Düzenli yoga uygulamasının çeşitli organ sistemleri arasında doğal uyum ve fonksiyonel denge kurarak, daha iyi bir sağlık ve esenlik duygusuna yol açarak stres düzeylerinde azalma ve antioksidan statüsünde iyileşme sağladığına inanılmaktadır (Rathore ve Abraham, 2018).

Pranayama: Pranayama, yaşam/yaşam enerjisinin nefesi anlamına gelen “*prana*” ve genişleme/düzenleme/kontrol anlamına gelen “*ayama*” olmak üzere Sanskritçe'de "nefes alma bilimi, nefes kontrolü ve bilinçli nefes alma" olarak tanımlanır. (Jayawardena ve ark., 2020). Pranayama, bireyin nefes farkındalığını artırmayı amaçlar. Pranayamada solunum hızının zamanla farklılaşmasını düzenlemek için kullanılan hızlı/yavaş nefes alma teknikleri, derin nefes alma, diyafram kullanımı, nefes tutma seansları, burundan nefes alma gibi çeşitli teknikler nefesin daha doğru ve etkili bir şekilde sürdürülmesine yardımcı olabilir. Pranayama, bir organizmada iyileşmek, sağlığı korumak ve geliştirmek için nefes almadaki enerjinin kontrolü ve yönüdür. Çalışmalar, pranayama'nın hipotalamus, hipofiz, adrenal bez ve sempatik sinir sistemi arasındaki ilişkinin düzenlenmesi yoluyla fiziksel ve zihinsel sağlığı iyileştirebileceğini desteklemektedir (Yüce ve Taşcı, 2020).

Meditasyon: Meditasyon zihin, beden ve ruh arasında bağlantı kurabilen zihinsel bir uygulamadır. Meditasyona dayalı yoga, rahatsız edici düşüncelerden uzaklaşmayı ve nefes almaya odaklanmayı içerir. Genel olarak, bu teknikler farkındalığı artırmayı amaçlar. Kişinin kendi zihinsel aktivitesini daha iyi anlamasını ve psikolojik iyi oluşu sağlamak için zihinsel süreçler üzerinde kontrol sağlar (Álvarez-Pérez ve ark., 2022). Farkındalık, bilincin doğal bir yönü olan psikolojik bir süreçtir. Basitçe, kişinin şu andaki olaylara dikkatini verme ve sürdürme konusundaki doğal yeteneği olarak tanımlanabilir (Dasanayaka ve ark., 2022). İdeal farkındalık durumuna üç ana ilke ile ulaşılabilir:

- Bilinç durumunu değiştirmeye çalışmak ve bilincin içeriğine odaklanmamak bizi içinde bulunduğumuz olumsuz duygulardan kurtarabilir.
- Benlik kavramıyla ilgili her türlü deneyimi yorumlamak bir zarar kaynağıdır.
- Yalnızca şimdiki an vardır. Kendini şimdiki ana yönlendirmek her zaman ödüllendiricidir (Ganesan ve ark., 2022).

YOGANIN İNFERTİL KADINLARIN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARINA ETKİSİ

İnfertiliteye bağlı psikolojik sıkıntı, anksiyete ve depresyonu olan kadınlar nonfarmakolojik tedaviler aramakta isteksiz olabilirler. Yoga, son zamanlarda anksiyete ve depresyon gibi yaygın psikolojik bozuklukların tedavisinde popüler bir nonfarmakolojik tedavi olarak dikkat çekmiştir (Kaliarnta ve ark., 2011; Shohani ve ark., 2018). Yoga, psiko-fizyolojik sağlık oluşturmaya yardımcı olur ve içinde bulunulan olumsuz durumlardan uzaklaşmayı, zihni özgürleştirmeyi sağlar. Yoga uygulamasının kadın sağlığı üzerinde de birçok yararı bulunmaktadır.

Tablo 1:Yoganın İnfertil Kadınların Psikolojik Durumlarına Etkisini Değerlendiren Çalışmalar (n=10)

Yazar(lar)	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Tasarımı	Bulgular
Khandekar ve Sundarajan (2024)	Effects of 8-week Structured Yoga Program on Anxiety and Depression among Women Undergoing In Vitro Fertilization Treatment: A Randomized Controlled Trial	Randomize Kontrollü Çalışma	Yoga grubunun kaygı ve depresyon düzeylerinde kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede azalma olduğu görülmüştür. Yoga, kadınların IVF işlemleri sırasında ve sonrasında karşılaştıkları psikolojik semptomlarla başa çıkmalarına yardımcı olabilecek güvenli bir terapi olarak düşünülebilir.
Demir Yıldırım ve Güngör Satılmış (2022)	The Effects of Yoga on Pregnancy, Stress, and Anxiety in Infertile Individuals A Systematic Review	Sistemik Derleme	Yoganın infertilite ile ilişkili stres, anksiyete ve depresyonu olumlu yönde etkilediği, IVF tedavisi sürecinde fayda sağlayabileceği bulunmuştur. Ayrıca yoga uygulamalarının gebelik sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğu da görülmüştür.
Gaitzsch ark. (2020)	The effect of mind-body interventions on psychological and pregnancy outcomes in infertile women: A systematic review	Sistemik Derleme	Yoga ve gevşeme temelli herhangi bir beden zihin müdahalesi uygulaması azalmış anksiyete ve depresyon puanları ile ilişkili bulunmuştur. Yoganın infertil kadınlarda anksiyete durumunu ve depresyonu azaltabileceği ve gebelik oranlarında iyileşme sağlayabileceği sonucuna varılmıştır.

Dumbala ve ark. (2020)	Effect of yoga on psychological distress among women receiving treatment for infertility	Sistemik Derleme	Yoga müdahalelerinden sonra kaygı puanlarında anlamlı bir iyileşme bildirilmiştir. Yoga, infertilite tedavisi gören kadınlar arasında anksiyete puanlarını iyileştirmede potansiyel olarak faydalı olabilir.
Kırca ve Pasinlioğlu (2019)	The effect of yoga on stress level in infertile women	Randomize Kontrollü Çalışma	Haftada iki gün, günde bir saat olacak şekilde toplam altı haftalık süre boyunca yoga uygulayan kadınların stres düzeyleri anlamlı derecede azalırken, herhangi bir uygulama yapmayan kontrol grubundaki kadınların stres düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmadığı saptanmıştır.
Logiudice ve Massaro (2018)	The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): A systematic literature review	Sistemik Derleme	Yoga, bilişsel davranışçı terapiler ve zihin-beden müdahaleleri gibi tamamlayıcı tedavilerin kullanılmasının, infertil kadınların kaygı, depresyon, sıkıntı ve stresini azaltma ve yaşam kalitesini artırma üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmüştür. Tamamlayıcı tedavileri verilen bakıma dahil etmenin IVF uygulanan kadınlar için daha iyi psikososyal sağlık sonuçları sağlayabileceği bildirilmiştir.
Darbandi ve ark. (2018)	Yoga can improve assisted reproduction technology outcomes in couples with infertility	Sistemik Derleme	Yoganın infertil hastalarda daha iyi stres yönetimi sağlayabildiği, doğurganlık üzerinde faydalı etkileri olduğunu gösterilmiştir. Yoganın aynı zamanda ağrıyı, depresyonu ve kaygıyı

			azaltılabileceği bulunmuştur. Yoga, hem erkeklerin hem de kadınların fizyolojik ve psikolojik durumlarını iyileştirerek infertil çiftlerin süreci daha rahat geçirmelerini ve YÜT başarı oranının artmasını sağlayabilir.
Jasani ve ark. (2016)	Impact of a structured yoga program on anxiety in infertility patients: A feasibility study	Prospektif Kohort	İnfertil kadınlara uygulanan altı haftalık yapılandırılmış bir yoga müdahalesinden sonra sürekli kaygı düzeyleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Sonuçlar, yoganın infertil kadınlarda anksiyeteyi azaltmada faydalı bir rolü olabileceğini düşündürmektedir.
Sharma ve Kumar (2015)	Clomiphene vs clomiphene and yoga for infertile women: A comparative study	Randomize Kontrollü Çalışma	Klomifene ek olarak altı ay boyunca her gün yoga yapan kadınların sadece klomifen tedavisi alanlara göre kendilerini daha güçlü ve kendinden emin hissettikleri belirlenmiştir. Sadece klomifen alan kadınların %33.3'ünde bulantı, %26.6'sında baş ağrısı, %6.6'sında abdominal distansiyon olduğu, klomifene ek olarak yoga uygulayan grupta herhangi bir yan etki olmadığı bulunmuştur.
Oron ve ark. (2015)	A prospective study using Hatha Yoga for stress reduction among women waiting for IVF treatment	Prospektif Kohort	Anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi, IVF tedavisi gören kadınlarda altı haftalık bir yoga programına katılımı bağlantılı olarak zamanla iyileşme göstermiştir.

HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşireler, sürekli hastalarla iletişimde olmaları ve hem fiziksel hem de psikososyal müdahalelerde rol almaları nedeniyle infertilite sorunu yaşayan bireyler için bütüncül bakımda merkezi bir rol oynarlar. Yoganın hemşirelik bakımına entegre edilmesi, yalnızca fizyolojik sonuçlara odaklanmak yerine, bireyi beden, zihin ve ruh yönünden tedavi etmeyi amaçlayan bütüncül hemşirelik modeliyle uyumludur. Yoganın infertil kadınların psikolojik semptomlarına olumlu etki edebilecek hemşirelik müdahaleleri şunları içermelidir: (Dumbala ve ark., 2020; Xu ve ark., 2025)

- **Değerlendirme ve Tarama:** Tedaviye uyumu ve iyiliği engelleyebilecek, yönetilemeyen psikolojik sıkıntıları göz önünde bulundurmak ve tarama araçları kullanarak hastaların psikolojik sıkıntılarını (Kaygı, depresif belirtiler, stres vb.) düzenli olarak değerlendirmek.
- **Hasta Eğitimi:** Her hastanın tedavi aşamasına ve bireysel özelliklerine göre uyarlanmış, yoganın potansiyel faydaları ve sınırlamaları hakkında kanıta dayalı bilgiler sağlamak.
- **Yönlendirme ve Entegrasyon:** Erişilebilir yoga programları veya farkındalık temelli stres azaltma uygulamaları için disiplinler arası ekiplerle (Fizyoterapistler, sertifikalı yoga eğitmenleri vb.) işbirliği yapmak.
- **Destekleyicilik:** Hastaları, tanısal işlemler ve embriyo transferi öncesi gibi stresin yüksek olduğu dönemlerde yoga tekniklerini (Nefes egzersizleri, gevşeme vb.) kullanmaları konusunda teşvik etmek ve güçlendirmek.
- **Kültürel ve Bireysel Hassasiyet:** Önerileri kültürel inançlara ve bireysel tercihlere saygı duyacak şekilde uyarlamak, yoga müdahalelerinin güvenli ve kabul edilebilir olmasını sağlamak.

Bu tür hemşirelik uygulamaları, multidisipliner bir ekiple işbirliği içerisinde hemşirelik bakımına entegre edildiğinde, psikolojik iyilik halinin artmasına, yaşam kalitesinin iyileşmesine ve daha iyi tedavi sonuçlarına katkıda bulunabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilitenin tanı ve tedavisi sıklıkla yüksek düzeyde anksiyete ve depresyona neden olmaktadır. İnfertilite çoğalamama, utanç, suçluluk ve düşük özgüven duygularına neden olabilir. Bu olumsuz duygular, değişen derecelerde depresyon, anksiyete, sıkıntı ve düşük yaşam kalitesine yol açabilir. Tedavi alan çoğu kadın klinik düzeyde anksiyete ve depresyon bildirmektedir; ancak çok az sayıda kadına psikolojik destek sunulmaktadır. Bu nedenle psikolojik sorunların yüklerini hafifletmek ve sosyal ilişkilerini iyileştirmek için depresyon ve anksiyete yaşayan birçok infertil kadın alternatif bir yöntem arayışına girebilmekte ve egzersiz, yoga, meditasyon gibi nonfarmakolojik müdahalelere yönelebilmektedir. Yoga gibi farkındalık temelli beden zihin müdahalelerinin belirgin olumsuz etkileri yoktur. Kişiye sağladığı yararlar, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda alternatif bir tedavi olarak kullanılmasını sağlamaktadır. Yoga, geleneksel olarak, farklı sağlık durumlarına sahip insanlar tarafından uygulanabilen güvenli bir egzersiz şekli olarak görülmüştür ve bu nedenle etkili bir alternatif ve tamamlayıcı bir uygulama disiplini olarak hızla ortaya çıkmaktadır.

Yoga terapisi, infertiliteden muzdarip kadınlar arasındaki psikolojik sıkıntıyı iyileştirmede potansiyel olarak yararlı olabilir. Bu uygulamaların sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, uygulanması ve benimsenmesi, yoganın yararlarını düşündüğümüzde oldukça önemlidir. Sağlık profesyonelleri kadın sağlığı üzerinde birçok olumlu etkisi olduğu görülen yogayı verilen sağlık bakımı içerisine entegre etmeli, kadınların sağlıklılık halinin sürdürülmesine katkı sağlayan bu uygulamanın kullanımını yaygınlaştırmalıdır. İnfertilite tedavisi sırasında bir adjuvan olarak yoganın rolünü belirlemek için bu alanda daha fazla çalışma yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Álvarez-Pérez, Y., Rivero-Santana, A., Perestelo-Pérez, L., Duarte-Díaz, A., Ramos-García, V., Toledo-Chávarri, A., & Serrano-Aguilar, P. (2022). Effectiveness of mantra-based meditation on mental health: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3380. doi: 10.3390/ijerph19063380.
- Clifton, J., Parent, J., Seehuus, M., Worrall, G., Forehand, R., & Domar, A. (2020). An internet-based mind/body intervention to mitigate distress in women experiencing infertility: A randomized pilot trial. *PloS One*, *15*(3), e0229379. doi: 10.1371/journal.pone.0229379.
- Cserepes, R. E., Kőrösi, T., & Bugán, A. (2014). Characteristics of infertility specific quality of life in Hungarian couples. *Orvosi Hetilap*, *155*(20), 783-788. doi: 10.1556/OH.2014.29867.
- Darbandi, S., Darbandi, M., Khorshid, H. R. K., & Sadeghi, M. R. (2018). Yoga can improve assisted reproduction technology outcomes in couples with infertility. *Reproductive Health*, 1-6.
- Dasanayaka, N., Sirisena, N., & Samaranayake, N. (2022). Impact of meditation-based lifestyle practices on mindfulness, wellbeing, and plasma telomerase levels: a case-control study. *Frontiers in Psychology*, *13*: 846085. doi: 10.3389/fpsyg.2022.846085.
- Dumbala, S., Bhargav, H., Satyanarayana, V., Arasappa, R., Varambally, S., Desai, G., & Bangalore, G. N. (2020). Effect of yoga on psychological distress among women receiving treatment for infertility. *International Journal of Yoga*, *13*(2), 115-119. doi: 10.4103/ijoy.IJOY_34_19.
- Gaitzsch, H., Benard, J., Hugon-Rodin, J., Benzakour, L., & Streuli, I. (2020). The effect of mind-body interventions on psychological and pregnancy outcomes in infertile women: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 1-13. doi: 10.1007/s00737-019-01009-8.

- Ganesan, A., Gauthaman, J., & Kumar, G. (2022). The impact of mindfulness meditation on the psychosomatic spectrum of oral diseases: Mapping the evidence. *Journal of Lifestyle Medicine*, 12(1), 1-8. doi: 10.15280/jlm.2022.12.1.1.
- Govindaraj, R., Karmani, S., Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2016). Yoga and physical exercise—a review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 28(3), 242-253. doi: 10.3109/09540261.2016.1160878.
- Greil, A. L., Schmidt, L., & Peterson, B. D. (2016). Understanding and treating the psychosocial consequences of infertility. In: Wenzel A. (Eds.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199778072.001.0001/oxfordhb-9780199778072-e-007>
- Hadizadeh-Talasaz, F., Latifnejad Roudsari, R., & Simbar, M. (2015). Decision for disclosure: The experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures. *Human Fertility*, 18, 265–275. doi: 10.3109/14647273.2015.1076579.
- Jasani, S., Heller, B., Jasulaitis, S., Davidson, M., & Cytron, J. H. (2016). Impact of a structured yoga program on anxiety in infertility patients: a feasibility study. *Journal of Fertilization: In Vitro - IVF-Worldwide, Reproductive Medicine, Genetics & Stem Cell Biology*, 4(183), 2014-2026. doi: 10.4172/2375-4508.1000183.
- Jayawardena, R., Ranasinghe, P., Ranawaka, H., Gamage, N., Dissanayake, D., & Misra, A. (2020). Exploring the therapeutic benefits of pranayama (yogic breathing): a systematic review. *International Journal of Yoga*, 13(2), 99-110. doi: 10.4103/ijoy.IJOY_37_19.
- Kaliarnta, S., Nihlén-Fahlquist, J., & Roeser, S. (2011). Emotions and ethical considerations of women undergoing IVF-treatments. *HealthCare Ethics Committee Forum*, Vol. 23, No. 4, pp. 281-293.

- Karaca, A., & Unsal, G. (2015). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*, 9(3), 243-250. doi: 10.1016/j.anr.2015.04.007.
- Khandekar, N. G., & Sundarajan, D. P. (2024). Effects of 8-week Structured Yoga Program on Anxiety and Depression among Women Undergoing In Vitro Fertilization Treatment: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Infertility & Fetal Medicine*, 15(2), 77-82. doi: 10.5005/jp-journals-10016-1340
- Kırca, N., & Pasinlioğlu, T. (2019). The effect of yoga on stress level in infertile women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 319-327. doi: 10.1111/ppc.12352.
- Kim, M., & Kim, H. S. (2018). Mediator effect of marital intimacy on the relationship between depression and marital satisfaction of infertile women. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 32(1), 96-108.
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(1), 1-9.
- Li, X., Wang, K., Huo, Y., & Zhou, M. (2018). The effect of infertility-related stress on Chinese infertile females' mental health: The moderating role of marital adjustment. *PsyCh Journal*, 8(2), 232-239. doi: 10.1002/pchj.255.
- LoGiudice, J. A., & Massaro, J. (2018). The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing in vitro fertilization (IVF): a systematic literature review. *Applied Nursing Research*, 39, 220-228. doi: 10.1016/j.apnr.2017.11.025.
- Lotti, F., & Maggi, M. (2015). Ultrasound of the male genital tract in relation to male reproductive health. *Human Reproduction Update*, 21(1), 56-83. doi: 10.1093/humupd/dmu042.

- Oron, G., Allnutt, E., Lackman, T., Sokal-Arnon, T., Holzer, H., & Takefman, J. (2015). A prospective study using Hatha Yoga for stress reduction among women waiting for IVF treatment. *Reproductive BioMedicine Online*, *30*(5), 542-548. doi: 10.1016/j.rbmo.2015.01.011.
- Pasch, L. A., Holley, S. R., Bleil, M. E., Shehab, D., Katz, P. P., & Adler, N. E. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services?. *Fertility and Sterility*, *106*(1), 209-215. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.03.006.
- Rathore, M., & Abraham, J. (2018). Implication of asana, pranayama and meditation on telomere stability. *International Journal of Yoga*, *11*(3), 186-193. doi: 10.4103/ijoy.IJOY_51_17
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(1), 41-47. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney
- Sejbaek, C. S., Hageman, I., Pinborg, A., Hougaard, C. O., & Schmidt, L. (2013). Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Human Reproduction*, *28*(4), 1100-1109.
- Sezgin, H., & Hocaoglu, Ç. (2014). Infertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *6*(2), 165.
- Sharma, R., & Kumar, A. (2015). Clomiphene vs clomiphene and yoga for infertile women: A comparative study. *International Journal of Scientific Study*, *3*(4), 78-80. doi: 10.17354/ijss/2015/310
- Shohani, M., Badfar, G., Nasirkandy, M. P., Kaikhavani, S., Rahmati, S., Modmeli, Y., & Azami, M. (2018). The effect of yoga on stress, anxiety, and depression in women. *International Journal of Preventive Medicine*, *9*. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_242_16.

- Sivaslıoğlu, A.A. (2020). Jinekoloji ve Obstetrik. (1.Baskı) İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri. s.298-300.
- Şen, E., Bulut, S., & Şirin, A. (2014). Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Vander Borgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2-10. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012.
- Xu, Q., Wan, Z., Xiong, Z., Zhu, X., Han, Q., Wang, Y., & Yu, F. (2025). The effects of nursing interventions on anxiety and depression in infertile females undergoing assisted reproduction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 25(1), 607. doi: 10.1186/s12905-025-04146-8.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 112-121.
- Yıldırım, A. D., & Satılmış, İ. G. (2022). The effects of yoga on pregnancy, stress, and anxiety in infertile individuals: a systematic review. *Holistic Nursing Practice*, 36(5), 275-283 doi: 10.1097/HNP.0000000000000543
- Yüce, G. E., & Taşcı, S. (2020). Effect of pranayama breathing technique on asthma control, pulmonary function, and quality of life: a single-blind, randomized, controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 38, 101081. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.101081.

BÖLÜM 2

EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ UYGULAMA DURUMLARI İLE SAĞLIK İNANÇ DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ

*Nurcan ÇELİK ODABAŞI, Seçil KÖKEN DURGUN,
Zeynep KORKMAZ*

¹Nurcan ÇELİK ODABAŞI, ²Seçil KÖKEN DURGUN, ³Zeynep KORKMAZ

Giriş

Meme kanseri, kadın kanser ölümlerinin başında gelmektedir (WHO, 2023). Hastalık nedeniyle, dünya genelinde 2020 yılında 2,3 milyon teşhis konan kadından 685.000'i hayatını kaybetmiştir (WHO, 2021). Türkiye'de ise meme kanseri kadınlarda görülen en sık 10 kanser türü arasında ilk sırada yer almaktadır (T.C. Ministry of Health, Health Statistics Annual, 2020). Meme kanseri erken aşamada teşhis edildiği takdirde morbidite, mortalite oranları azalmakta ve tedaviye yanıt daha etkili olmaktadır (Heena ve ark., 2019; WHO, 2021). Meme kanserinin erken teşhisi için klinik meme muayenesi, meme ultrasonografisi, mamografi ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önerilmektedir (Gençtürk ve ark., 2017; Koç ve ark., 2019; Altunkürek, & Hassan Mohamed, 2022). Türkiye'de meme kanseri tarama kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından 20 yaş üstü kadınlarda ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM), yılda bir klinik meme muayenesi ve ek olarak 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Kendi kendine meme muayenesi 20 yaşından sonra her kadının yapabileceği bir tetkiktir. Ayrıca ekonomik, uygulaması kolay, güvenli, non-invaziv, özel bir malzeme veya alet gerektirmeyen, kısa zaman alan bir tarama yöntemidir (Altunkürek & Hassan Mohamed, 2022). Bununla birlikte, rutin KKMM'nin meme kanserinin erken saptanmasındaki etkinliği hakkında tartışmalar vardır (Abolfotouh ve ark., 2015; Udoh, 2020, Altunkürek & Hassan Mohamed, 2022). Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili tartışmalar olsa da birçok ülkede meme kanseri tarama programlarında halen yer almaktadır. Meme kitlelerinin yaklaşık %80-90'ı etkilenen kadınların kendileri tarafından keşfedilir (Koç ve ark., 2019). Kadınların normal meme dokusunu tanımasını ve bu konudaki farkındalığını arttırdığı düşünüldüğünden tarama programlarında KKMM önerilmektedir (Babu ve ark., 2011; Gençtürk ve ark., 2017; Altunkürek & Hassan Mohamed, 2022).

Meme kanseri taraması ve KKMM uygulamasıyla ilgili koruyucu sağlık davranışlarına yönelik çeşitli bilişsel-davranışçı modeller geliştirilmiştir. Bu amaçla kullanılan en yaygın model Sağlık inanç modelidir (SİM) (Altunkürek & Hassan Mohamed, 2022). Model bireyin öznel deneyimlerinden yola çıkarak (algı ve biliş) sağlıkla ilgili belirli bir davranışta bulunup bulunmayacağını belirler (El-Hosary, 2021). Sağlık inanç modeli, bireyin sağlık davranışlarını

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, 0000-0002-4323-6430

² Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, 0000-0002-0426-0139

³ Ebe, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, 0009-0008-8081-3509

etkileyen algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan faydalar, algılanan engeller, sağlık motivasyonu ve güveni içeren kritik faktörleri inceler. Model'e göre meme kanserine karşı duyarlı, meme kanserini ciddi bir sorun olarak algılayan, engel algısı düşük, fayda algısı yüksek olan kadınların KKMM'yi daha fazla uygulaması beklenmektedir (Akhtari-Zavare ve ark., 2015; Gençtürk ve ark., 2017; Altunkürek & Hassan Mohamed, 2022).

Toplum sağlığının önemli bir parçası olan ebeler erken tarama programlarında temel rol oynamaktır. Program dahilinde ebeler kadınlara meme kanseri ve KKMM uygulamayla ilgili eğitimler düzenlemektedir. Geleceğin ebelerinin meme kanseri tarama programında yer alan KKMM uygulama ve sağlık inançlarının bilinmesi önemlidir. Bu doğrultuda araştırmanın amacı ebelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi uygulama durumları ile sağlık inanç düzeyleri ilişkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem

Araştırmanın tipi ve zamanı

Çalışma kesitsel tiptedir. Veriler Nisan-Mayıs 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 1.,2.,3. ve 4. sınıf öğrencileri (N=405) oluşturmuştur. Herhangi bir örneklem belirlenme yöntemine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ebelik Bölümü'ne aktif kayıtlı ve araştırmaya katılmak isteyen öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Öğrencilerin %88,6'sı çalışmaya katılmıştır (n=359).

Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgi Formu ve Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı bilgi formu

Bu form ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda öğrencilerin yaş, sınıf, gelir düzeyi, medeni durum, sigara ve alkol kullanma, meme ile ilgili hastalık geçirme durumu, ailede meme kanseri olan birey durumu, kendi kendine meme muayenesi eğitimi alma ve uygulama durumu, muayene sıklığı, ne derecede bildiği, muayene yapmıyorsa nedenin incelendiği 15 soru yer almaktadır.

Meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli ölçeği

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ), meme kanseri erken tanı inançlarına ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Karayurt tarafından 2003 yılında Türkçeye uyarlanan versiyonu kullanılmıştır (Karayurt &

Dramalı 2007). Ölçek toplam 43 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmakta olup 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipindedir. Ölçekte yer alan ifadeler “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “katılmıyorum” (2 puan), “kararsızım” (3 puan), “katılıyorum” (4 puan) ve “tamamen katılıyorum” (5 puan) verilerek değerlendirilir. Ölçeğin alt boyutları; “duyarlılık” (1-3 madde), “ciddiyet” (4-10 madde), “yarar” (11-15 madde), “engel” (16-26 madde), “güven” (27-36 madde) ve “sağlık motivasyonu”dur (37-43 madde). Ölçeğin alt boyutları ayrı ayrı hesaplanır ve tek bir toplam puanda birleştirilmez. Bu çalışmada Cronbach-alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur.

Uygulama

Veri toplama araçları ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formuna ait bağlantı linkleri ebelik öğrencilerin yer aldığı çevrimiçi platformlarda (Microsoft Teams, WhatsApp) paylaşılmıştır. Online anket formu sadece tek hesaptan cevap verilebilecek şekilde ayarlanarak kullanıcıların birden fazla cevaplama engellenmiştir.

Verilerin analizi

İstatistiksel analizlerde SPSS for Windows 20.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde dağılımları ve ortalama \pm SS hesaplanarak değerlendirilmiştir. İlişkilerin değerlendirilmesinde ise Student's t testi ve One-Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular**Table 1. Ebelik öğrencilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı**

Özellik	n	%
Yaş Ort \pm SS=20.57 \pm 1.72 Min:18, Max:32		
Yaş grup		
20 yaş ve altı	178	49.6
21 yaş ve üzeri	181	50.4
Sınıf		
1. Sınıf	85	23.7
2. Sınıf	97	27.0
3. Sınıf	91	25.3
4. Sınıf	86	24.0
Sağlık güvencesi		
Var	307	85.5
Yok	52	14.5
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	73	20.3
Gelir gidere denk	271	75.5
Gelir giderden fazla	15	4.2
Medeni durum		
Bekar	355	98.9
Evli	4	1.1
Sigara içme durumu		
Evet	67	17.0
Hayır	298	83.0
Alkol kullanma durumu		
Evet	55	15.3
Hayır	304	84.7
Toplam	359	100.0

Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin yaş ortalaması 20,57 \pm 1,72 bulunmuştur. %27,0'ını ikinci sınıflar oluşturmakta olup, %85,5'inin sağlık güvencesi vardır. Öğrencilerin %75,5'i gelirinin giderine denk olduğunu, %17,0'ı sigara içtiğini, %15,3'ü alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 1).

Table 2. Ebelik öğrencilerinin meme kanseri ve KKMM ile ilgili değişkenlerin dağılımı

Özellik	n	%
Meme ile ilgili hastalık geçirme öyküsü		
Evet	10	2.8
Hayır	349	97.2
Ailede meme kanseri geçirme öyküsü		
Yok	327	91.1
Teyze	13	3.6
Anne	6	1.7
Annene	5	1.4
Babaanne	5	1.4
Hala	3	0.8
KKMM eğitimi alma durumu		
Evet	151	42.1
Hayır	208	57.9
KKMM bilgi düzeyi		
Çok iyi	26	7.2
İyi	105	29.2
Biraz	143	39.8
Bilmiyor	85	23.7
KKMM uygulama durumu		
Evet	217	60.4
Hayır	142	39.6
KKMM uygulama sıklığı		
Her ay düzenli	34	9.5
Düzensiz	129	35.9
Gerekliliğini düşündüğünde	68	18.9
Uygulamıyor	128	35.7
KKMM uygulamama nedeni		
Unutma/ihmal	156	43.5
Şikayetin olmaması	107	29.8
Bilgi yokluğu	77	21.4
Kitle korkusu	15	4.2
Gerekliliğine inanmama	4	1.1
Toplam	359	100.0

Ebelik öğrencilerinin %2,8'inin meme ile ilgili hastalık geçirme öyküsü bulunurken, %91,1'inin ailesinde meme kanseri geçirme öyküsü yoktur. %42,1'i KKMM eğitimi aldığını, %39,8'i KKMM bilgisini "biraz" olarak nitelendirebileceğini, %60,4'ünün KKMM uyguladığını, %35,9'unun düzenli yapmadığını ifade etmiştir. Uygulamama nedeni olarak ise %43,5'i unuttuğunu söylemiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Ebelik öğrencilerinin Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği alt boyutları puan dağılımları

Alt Boyut	Min-Max	Ort± SS*	Ortanca (ÇAA)**	Cronbach Alpha
Duyarlılık algısı	3-15	7,57±2,16	8	0.836
Ciddiyet/önem algısı	7-34	21,37±5,06	22,00	0.840
Yarar algısı	4-20	16,33±2,75	16,00	0.865
Engel algısı	11-55	25,25±5,79	26	0.801
Güven/öz-yeterlilik	10-50	33,18±7,18	33	0.927
Sağlık motivasyonu	7-35	24,85±3,69	25	0.718

*Ortalama, Standart Sapma ** Çeyrekler arası aralık

Araştırmada uygulanan sağlık inanç modeli alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde duyarlılık algısı 7,57±2,16, ciddiyet/önem algısı 21,37±5,06, yarar algısı 16,33±2,75, engel algısı 25,25±5,79, güven/öz-yeterlilik 33,18±7,18, sağlık motivasyonu 24,85±3,69 bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Ebelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ve KKMM ile ilgili değişkenlerinin SIM Ölçeği alt boyutları ile karşılaştırılması

Özellikler	n	%	Duyarlılık Ort±SS	Ciddiyet Ort±SS	Yarar Ort±SS	Engel Ort±SS	Güven Ort±SS	Motivasyon Ort±SS
Yaş								
20 yaş ve altı	178	49,6	2,54±0,70	3,03±0,76	3,96±0,71	2,40±0,49	3,07±0,67	3,47±0,54
21 yaş ve üzeri	181	50,4	2,51±0,73	3,09±0,67	4,19±0,64	2,19±0,53	3,54±0,68	3,62±0,50
t/p	-	-	0,83/0,70	0,97/0,29	3,18/0,02	3,89/0,00	6,53/0,00	0,85/0,01
Sınıf								
Birinci sınıf	85	23,7	2,61±0,66	3,02±0,80	3,99±0,67	2,49±0,50	2,85±0,67	3,44±0,59
İkinci sınıf	97	27,0	2,46±0,67	3,00±0,69	3,88±0,73	2,33±0,48	3,17±0,62	3,55±0,48
Üçüncü sınıf	91	25,3	2,49±0,73	3,08±0,76	4,17±0,69	2,26±0,50	3,45±0,65	3,53±0,49
Dördüncü sınıf	86	24,0	2,53±0,81	3,10±0,62	4,30±0,55	2,09±0,54	3,76±0,60	3,66±0,51
F/p	-	-	0,72/0,53	0,43/0,73	7,13/0,00	9,06/0,00	31,57/0,00	2,66/0,04
Sigara kullanma								
Evet	67	17,0	2,45±0,76	2,87±0,79	4,11±0,70	2,14±0,60	3,44±0,71	3,57±0,53
Hayır	298	83,0	2,54±0,71	3,09±0,70	4,07±0,68	2,32±0,50	3,29±0,71	3,54±0,52
t/p	-	-	0,86/0,40	2,14/0,05	0,44/0,66	2,22/0,02	1,46/0,14	0,37/0,71
KKMM eğitimi alma durumu								
Evet	151	42,1	2,64±0,68	3,03±0,64	4,20±0,74	2,16±0,48	3,69±0,58	3,61±0,50
Hayır	208	57,9	2,57±0,75	3,06±0,77	3,99±0,74	2,39±0,53	3,03±0,68	3,50±0,53
t/p	-	-	1,37/0,16	0,49/0,62	3,10/0,02	4,20/0,00	9,65/0,00	2,18/0,03
KKMM uygulama durumu								
Evet	217	60,4	2,49±0,73	3,00±0,70	4,22±0,64	2,16±0,50	3,59±0,63	3,64±0,49
Hayır	142	39,6	2,57±0,70	3,12±0,70	4,86±0,69	2,50±0,48	2,88±0,63	3,40±0,154
t/p	-	-	0,93/0,35	1,49/0,13	4,82/0,00	6,40/0,00	10,25/0,00	4,18/0,00
Ailede Meme Kanseri Öyküsü								
Evet	32	8,9	2,75±0,62	3,00±0,12	4,26±0,58	2,29±0,57	3,32±0,63	3,62±0,53
Hayır	327	91,1	2,50±0,72	3,05±0,04	4,06±0,69	2,29±0,52	3,31±0,72	3,54±0,52
t/p	-	-	2,19/0,03	3,76/0,70	1,84/0,73	0,09/0,99	0,82/0,92	0,87/0,38

t: Student t testi, F: One-Way ANOVA testi

Ebelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ve KKMM ile ilgili değişkenlerinin SIM Ölçeği alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde yaş, sınıf, KKMM eğitimi alma ve uygulama değişkenleri ile yarar, engel, güven ve motivasyon alt boyutları arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca sağlık güvencesi değişkeninin motivasyon alt boyutu ($p<0,05$), sigara kullanım değişkeninin engel alt boyutu ($p<0,05$), ailede meme kanseri öyküsü olma değişkeninin duyarlılık alt boyutu ($p<0,05$) ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Tartışma

Bu çalışma ebelik lisans eğitimi gören öğrenciler ile gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin bilgisi, meme kanserini tespit etmelerine ve tedavisini hızlandırmalarına yardımcı olan bir olgudur. Ebelik öğrencileri KKMM’ni öğrendikten sonra, annelerine, kardeşlerine, yakın çevrelerine öğretebilmekte, meslek hayatlarına başladıklarında ise etkin şekilde toplum sağlığına katkı verebilecek düzeye gelmektedirler (Didarloo ve rak., 2017). Bu çalışmada ebelik eğitimi alan öğrencilerin %42,1’inin KKMM eğitimi aldığı, sadece %36,4’ünün bilgisini “iyi” ve “çok iyi” olarak nitelendirdiği bulunmuştur (Tablo 2). Akarsu ve arkadaşlarının 2019 yılında hemşirelik lisans öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmada %49,3’ünün KKMM bildiği belirtilmiştir (Akarsu & Alsaç, 2019). Aydoğdu ve Karapelit’in 2017 yılına ait çalışmasında ise KKMM eğitimi öncesi ebelik öğrencilerinin bilgi sorularından aldıkları toplam puanın $55,2 \pm 21,98$ olduğu, bu puanın istenen düzeyde olmadığı bildirilmiştir (Aydoğdu & Karapelit, 2017). Sağlık eğitimi alan öğrencilerin KKMM bilgi düzeylerinin %50’nin altında olması dikkat çekicidir. KKMM bilgilendirmesi ebelik lisans eğitiminde üreme sağlığı dersleri kapsamında 2. sınıf itibari ile başlanmaktadır. Ancak hem çalışmamızda hem de yapılan diğer çalışmalarda KKMM bilme oranlarının az olduğu söylenebilir. Buna rağmen ebelik öğrencilerinin lisans eğitim planı çerçevesinde bilgiye ulaşmaları, bilginin doğruluğu ve standardizasyonu açısından önemlidir.

KKMM önlenebilir hastalıklarda sağkalımda kritik rol oynamaktadır. Ancak uygulaması basit, ucuz ve yapılabilir olmasına rağmen, oranları yetersizdir (Özdemir & Ünal, 2023). Nitekim bu çalışmada öğrencilerin sadece %9,5’inin her ay düzenli KKMM yaptığı bulunmuştur (Tablo 2). Bu oran Akarsu ve arkadaşlarının çalışmasında %12,1’dir (Akarsu & Alsaç, 2019). Şişman ve arkadaşlarının çalışmasında ise lisans öğrencilerine verilen KKMM eğitimi öncesi her ay KKMM uygulama oranları %17,5 iken eğitimden bir ay sonra bu oran %40,5’e yükseltiği rapor edilmiştir (Şişman ve ark., 2022). Nahidi ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada, eğitim öncesine göre sonrasında KKMM uygulamasında önemli bir artış bildirmişlerdir (Nahidi ve ark., 2017). Gümüş Şekerci ve Sohbet tarafından sağlık alanları dışında öğrenim gören kız öğrenci ile 2019 yılında yürütülen çalışmalarında ise eğitim öncesi %3,4 olan KKMM uygulama oranının, eğitim sonrası %100’e ulaştığını bildirmişlerdir (Gümüş Şekerci & Sohbet, 2019). Çalışma bulguları bize KKMM ile ilgili odaklanmış eğitimin uygulama oranlarını yükselteceğini göstermektedir. Bu eğitimler ile nasıl uygulanacağına dair bilgi eksikliğinin giderilmesi, meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olunması ve uygulamayı destekleyecek faktörlerin eksikliğinin giderilmesi amaçlanabilir. Böylece bilginin davranışa dönüşmesine destek sağlanabilir (ÖZDEMİR

2023). Ancak bireylerin bilgisi onları her zaman hastalıklardan ve diğer sağlık sorunlarından koruyamaz. Bilgi gerekli bir koşuldur; ancak yeterli değildir. Bilgiye ek olarak, bireylerin sağlık sorunlarına yönelik inançları ve önleyici davranışları büyük rol oynar (Moodi ve ark., 2011). Bu çalışmada da ebelik öğrencilerinin yaş, sınıf, KKMM eğitimi alma ve uygulama değişkenleri ile SİM Ölçeği alt boyutları olan yarar, engel, güven ve motivasyon arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca sigara kullanım değişkeninin engel alt boyutu ($p<0,05$), ailede meme kanseri öyküsü olma değişkeninin duyarlılık alt boyutu ($p<0,05$) ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Canbulat ve Uzun'un (2008) çalışmasında da, meme kanseri bilgisi ve meme kanseri tarama yöntemlerine ilişkin farkındalığın bireysel sağlık davranışını etkilediğini rapor edilmiştir (Canbulat & Uzun, 2008). Sonuçlar paralellik göstermektedir. Eğitimler sırasında sadece bilgi yükü ve KKMM uygulamasının öğrenilmesine değil sağlık davranışlarına da odaklanılması gerektiği açıktır.

Sonuç

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık inanç modeli ölçeği puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık inanç modeli alt boyutları ile yaş ve sınıf gibi sosyodemografik özelliklerin ve KKMM eğitimi alma ve uygulama değişkenlerinin birbirini etkilediği belirlenmiştir.

Geleceğin sağlık çalışanları olacak ebelik öğrencilerinin kendi kendi meme muayenesine yönelik olumlu tutum geliştirmeleri önemlidir. Kendi kendine meme muayenesinin iyi kavranabilmesi için öğrencilere verilen eğitim ve farkındalık etkinliklerinin artırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Konu hakkında donanımlı ebeler kadınlara sağlıklı yaşam şekli, gerekli olan muayeneler ve uygulamalarını sağlamak için bilgi verebilir, onları tarama programlarına katılmaları için cesaretlendirerek, toplum sağlığına katkı sağlayabilirler.

Kaynaklar

- Abolfotouh, M. A., Bani Mustafa, A. A., Mahfouz, A. A., Al-Assiri, M. H., Al-Juhani, A. F., & Alaskar, A. S. (2015). Using the health belief model to predict breast self-examination among Saudi women. *BMC Public Health*, 15(1), 1163. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2510-y>
- Akarsu, R. H., & Alsaç, S. Y. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesini bilme ve uygulama durumlarının belirlenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 9(3), 115–121.
- Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Ismail, I. Z., Said, S. M., & Latiff, L. A. (2015). Health beliefs and breast self-examination among undergraduate female students in public universities in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(9), 4019–4023.
- Altunkurek, Ş. Z., & Hassan Mohamed, S. (2022). Determine knowledge and belief of Somalian young women about breast cancer and breast self-examination with Champion Health Belief Model: A cross-sectional study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 22, 326. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-02065-4>
- Aydoğdu, S. G. M., & Karapelit, Z. (2017). Ebelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Androloji Bülteni*, 19(3), 78–85.
- Babu, G. R., Samari, G., Cohen, S. P., Mahapatra, T., Wahbe, R. M., Mermash, S., & Galal, O. M. (2011). Breast cancer screening among females in Iran and recommendations for improved practice: A review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(7), 1647–1655.
- Canbulat, N., & Uzun, Ö. (2008). Türkiye'deki kadın sağlık çalışanları arasında sağlık inançları ve meme kanseri tarama davranışları. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 148–156.
- Didarloo, A., Nabilou, B., & Khalkhali, H. R. (2017). Psychosocial predictors of breast self-examination behavior among female students: An application of the health belief model using logistic regression. *BMC Public Health*, 17, 861. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4880-9>

- El-Hosary, E. A. S. (2021). Health Belief Model as a predictor of self-breast examination behaviors among female Shaqra University students. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 8(3), 304–323. <http://www.noveltyjournals.com>
- Gençtürk, N., Demirezen, E., & Ay, F. (2017). Health beliefs of midwifery students at Istanbul University about breast cancer and breast self-examination. *Journal of Cancer Education*, 32, 784–789. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1014-5>
- Gümüş Şekerci, Y., & Sohbet, R. (2019). Meme kanseri ve erken tanı yöntemleri eğitiminin öğrencilerin sağlık bilgisi, inanç ve uygulamalarına etkisi. *JAREN*, 5(3), 204–212.
- Heena, H., Durrani, S., Riaz, M., Alfayyad, İ., Tabasim, R., Parvez, G., & Abu-Shaheen, A. (2019). Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 19, 122. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0819-x>
- Karayurt, Ö., & Dramalı, A. (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30(1), 69–77.
- Koç, G., Gulen-Savas, H., Ergol, S., Yildirim-Cetinkaya, M., & Aydin, N. (2019). Female university students' knowledge and practice of breast self-examination in Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(3), 410–415.
- Moodi, M., Balali Mood, M., Sharifirad, G. R., Shahnazi, H., & Sharifzadeh, G. (2011). Evaluation of breast self-examination program using health belief model in female students. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(3), 316–322.
- Nahidi, F., Dolatian, M., Roozbeh, N., Asadi, Z., & Shakeri, N. (2017). Effect of Health Belief Model-based training on performance of women in breast self-examination. *Electronic Physician*, 9(6), 4577–4583.
- Özdemir, A., & Ünal, E. (2023). The effect of breast self-examination training on nursing students by using hybrid-based simulation on knowledge, skills, and ability to correctly evaluate pathological findings: Randomized controlled study. *Nurse Education in Practice*, 66, 103530. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103530>

- Şişman, H., Arslan, S., Gökçe, E., Akpolat, R., Alptekin, D., & Gezer, D. (2022). Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrenci hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına etkisi: Deneysel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(2), 304–310.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). Kanser Taramaları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlık İstatistiği Yıllığı 2020: Morbidite (Bölüm 3, ss. 41–45). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>
- Udoh, R. H., Tahiru, M., Ansu-Mensah, M., Bawontuo, V., Danquah, F. I., & Kuupiel, D. (2020). Women’s knowledge, attitude, and practice of breast self-examination in Sub-Saharan Africa: A scoping review. *Archives of Public Health*, 78(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00516-9>
- World Health Organization. (2021, March 26). Breast cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- World Health Organization. (2023, February 3). WHO launches new roadmap on breast cancer. <https://www.who.int/news/item/03-02-2023-who-launches-new-roadmap-on-breast-cancer>

BÖLÜM 3

CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLARDA PARTNER BİLDİRİMİNDE ETİK YAKLAŞIM: KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PERSPEKTİFİNDEN BİR İNCELEME

Gülcan KARABULUT¹, Şenay ÜNSAL ATAN²

¹ Arş. Gör. Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., Antalya. ORCID: 0009-0004-1561-941X. gulcankarabulut@akdeniz.edu.tr

² Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir. ORCID: 0000-0002-5119-5704. senay.unsal.atan@ege.edu.tr

1. GİRİŞ

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) terimi, cinsel temas yoluyla enfeksiyona neden olan bir patojeni ifade etmektedir (CDC, 2021). CYBE'ler; HIV/AIDS, human papillomavirus (HPV), genital herpesler, sifiliz, klamidy, gonore ve trikomoniyaz gibi bakteri, virüs, mantar veya parazit kaynaklı enfeksiyonları içermektedir (CDC 2024; WHO, 2025). CYBE'ler temel olarak enfekte partnerle yaşanan vajinal, anal veya oral seks sırasında vücut sıvılarının (ejakülasyon ve vajinal salgılar, kan) mukozayla teması sonucu bulaşmaktadır (CDC, 2024). Ayrıca bu enfeksiyonlar; gebelik, doğum ve emzirme sırasında anneden bebeğe geçebildiği gibi (dikey bulaş) ortak enjektör kullanımı ve steril olmayan cerrahi/kozmetik aletler (parenteral bulaş) aracılığıyla kan yoluyla da bulaşabilmektedir (WHO, 2025). CYBE bulaş riskini artıran en yaygın risk faktörleri arasında, birden fazla partnerle korunmasız cinsel ilişkiye girmek, CYBE öyküsü, cinsel saldırıya uğramak, seks işçiliği, aynı anda birden fazla cinsel partneri olan veya daha önce CYBE öyküsü olan bir cinsel partnere sahip olmak bulunmaktadır (Garcia vd., 2024). CYBE küresel boyutta giderek artan bir sorun olarak önemini korumaktadır. Avrupa ülkelerinde 2014 ile 2023 yılları arasında bildirilen gonore, sifiliz ve klamidy vakalarında sırasıyla yaklaşık %300, %90 ve %180 oranında artış görülmüştür. Heteroseksüel erkekler ve kadınlar arasında en büyük artış genç kadınlarda gözlemlenmiştir; 20-24 yaş grubunda gonore bildirim oranları 2021 ile 2023 yılları arasında yaklaşık %200 artmıştır (ECDC, 2024). İki bin yirmi yılında, 15-49 yaş grubundaki bireylerde; klamidy, gonore, sifiliz ve trikomoniyazis olmak üzere tedavi edilebilir dört cinsel yolla bulaşan enfeksiyondan biriyle enfekte olan yaklaşık 374 milyon yeni vaka olduğu tahmin edilmiştir. Dünya genelinde 2024 yılında 40,8 milyon kişinin HIV ile yaşadığı ve 1,3 milyon yeni HIV enfeksiyonu vakası olduğu belirlenmiştir (WHO, 2025).

CYBE'ler erken evrede fark edilip tedavi edilmediğinde; kronik ağrılara, infertiliteye, ektopik gebelik riskine ve jinekolojik kanserlere neden olabilmektedir. CYBE'lerin neden olabileceği bu ciddi komplikasyonlar, cinsel sağlık ve üreme sağlığı üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Bray vd., 2018). Bu nedenle CYBE'nin tespit ve tedavi edilmesi, yönetilmesi ve partner bildirimini oldukça önemlidir.

2. CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR VE PARTNER BİLDİRİMİ

Partner bildirimini; maruz kalan partnerleri tespit edip tedavi etme, tedavi edilmemiş ve asemptomatik enfeksiyonları bulma, yeniden enfeksiyonu önleme, bulaş zincirlerini kesintiye

uğratma ve CYBE vakalarının yönetimi konusunda oldukça önemli ve etkili bir müdahaledir (Ward & Bell, 2014; Hansman & Klausner, 2023). Partner bildirim, çoğu zaman asemptomatik olan enfekte partnerleri hedefleyerek, tarama programlarından daha yüksek bir pozitiflik oranıyla yeni vakalar yakalamakta ve böylece toplum düzeyinde bulaş yükünün azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Wynn vd., 2019; Wayal vd., 2022). Partner bildirim hizmetleri; CYBE'ye maruz kalan bireylerin tespit edilmesi, test edilmesi ve tedavi edilmesini sağlamak amacıyla, farklı zaman ve emek yoğunluğu gerektiren çeşitli stratejilerden oluşmaktadır (Barrow vd., 2020). Temel partner bildirim stratejileri arasında; hasta yönlendirmeli (patient-referral) bildirim, sağlık profesyoneli yönlendirmeli (provider-referral) bildirim ve hızlandırılmış partner tedavisi yer almaktadır (Lariat vd., 2023). Buna ek olarak hem tanı konulan birey hem de bir sağlık profesyoneli içeren karma yaklaşımlar da bulunmaktadır. Bu yaklaşımda; tanı alan bireyin partnerine durumu bildirmesi ve tedaviye getirmesi için belirli bir süre tanınabilmekte (sözleşmeli yönlendirme- contract referral) ve bu süre zarfında bildirim gerçekleşmezse, sağlık profesyoneli partner ile doğrudan iletişime geçebilmektedir (Wynn vd., 2019). Literatürde partner bildiriminin tek başına toplum prevalansında büyük düşüşler yaratmadığını; en büyük katkının ise partner bildirim müdahalesinin tarama programlarıyla birlikte kullanıldığında ortaya çıktığı da belirtilmektedir (Althaus vd., 2014).

3. CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLARDA PARTNER BİLDİRİMİNDE ETİK YAKLAŞIM

CYBE da partner bildirim, yeniden enfeksiyonu önleyerek hem bireyin sağlığını hem de toplumdaki bulaş riskini önlemeyi hedefleyen etkin bir müdahaledir (Hansman & Klausner, 2023) Ancak damgalanma, şiddet riski, mahremiyet, gizlilik, özerklik (otonomi) ve gönüllülük gibi etik sorunları da beraberinde getirmektedir (Chitneni, 2020; Mpobole vd., 2025). Türkiye’de bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin yasal dayanağını; 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) ve bu kanunun uygulama esaslarını standardize eden T.C. Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği (2007) oluşturmaktadır. Bu kanunun 57. ve 58. maddeleri; sifiliz ve gonore gibi CYBE’lerin tespit edilmesi durumunda hekimlere 24 saat içinde bildirim yapma zorunluluğu getirmiştir. Bu durum bireylerin mahremiyet ve gizlilik hakkının toplum sağlığı yararı çerçevesinde ihlal edilebileceğini ifade etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007; TMC, 2016). Küresel boyutta ise bu süreç, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan ve 196 ülke için bağlayıcı

olan Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST/IHR 2005) ile standardize edilmiştir. DSÖ, toplum sağlığı için risk oluşturan HIV ve sifiliz gibi CYBE'lerin 24 saat içinde bildirilmesini zorunlu kılarken, bu sürecin insan haklarına saygılı ve kişisel verilerin gizliliğini koruyacak şekilde yürütülmesi konusunda etik bir hassasiyet göstermiştir (WHO,2005).

3.1 Gönüllü Bildirim ve Etik

Özerklik (otonomi), bireyin kendi sağlık verileri üzerinde kontrol sahibi olma ve partnerine bilgi verip vermeme kararını verme hakkıdır. CYBE ve partner bildiriminde bildirimün gönüllü olması ve hastanın partneri/partnerleri ile nasıl ve hangi yolla bilgilendireceğini seçebilmesi en önemli etik koşul ve en saygılı yaklaşımdır (Ayala vd., 2019; Nearchou vd., 2024). Özellikle yüksek bulaşma riski taşıyan CYBE'lerde partner bildirim, bireysel hakların önüne geçebilecek bir gerekçe olarak ortaya çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007; TMC, 2016). Ancak, yarar sağlama ilkesi ile ortaya çıkan bu gerekçe; bireyin sahip olduğu gizlilik ve mahremiyet haklarını riske atabilmekte ve özerklik etik ilkesi ile doğrudan çatışmaktadır. Zarar vermeme ve yarar sağlama ilkeleri bağlamında partnerin enfeksiyondan korunma ve tedavi olma hakkı da gözetilmelidir (Haddad & Geiger, 2023; McMahan & Olmstead, 2025).

Partnerin tedavi edilmemesi, onda geri dönülemez komplikasyonlarına yol açabileceği için zarar vermeme etik ilkesiyle çatışmaktadır. Sağlık profesyonelleri, yarar sağlama etik ilkesi bağlamında enfekte partneri bilgilendirerek onun sağlığını koruma görevini yerine getirilmelidir (Ayala vd., 2019). Hastanın, partnerini kendi rızasıyla bildirmesi (gönüllü bildirim), etik olarak en çok tercih edilen yöntemdir. Özellikle HIV/AIDS gibi ciddi CYBE'lerde, partnerin enfeksiyon riskinden korunması için yapılacak bildirim, hastanın damgalanma, sosyal dışlanma ve yakın partner şiddetine maruz kalma riskini artırabilir (Chitneni, 2020; Mpobole vd., 2025). Bu durum, sağlık profesyonelinin bir zararı önlemek isterken, farkında olmadan hastaya ikincil bir zarar verme ihtimalini doğurur. Bu nedenle, uluslararası etik kılavuzlar, bildirimden önce hastaya gönüllü bildirim yapması için son bir şans tanınmasını ve gizliliğin bozulacağı durumların şeffaflıkla açıklanmasını önermektedir. CYBE vakalarında gizlilik hakkının ihlali, yalnızca en son çare olarak ve yalnızca potansiyel zararın, gizliliğin korunmasının sağlayacağı faydadan açıkça daha ağır bastığı durumlarda düşünülmelidir (UNAIDS, 2000; WMA, 2022). Uluslararası etik kılavuzların üzerinde durduğu bir diğer kritik nokta, şeffaflıktır. Şeffaflık, yalnızca gizlilik ihlal edilirken değil,

hasta ile temas kurulan görüşmenin en başında uygulanmalıdır. Hastalar, hangi durumlarda bilgilerinin gizli kalacağını ve hangi istisnai durumlarda bu gizliliğin bozulabileceğini bilme hakkına sahiptir (GHTC, 2020; WMA, 2022). CYBE ve partner bildirim sistemlerinin etik ilkeler ile olan ilişkisi Tablo 1.'de sunulmuştur (CDC, 2015; Wynn vd., 2019; Lariat vd., 2023; CDC, 2024).

Tablo 1. CYBE ve Partner Bildirim Sisteminde Etik İlkeler

Bildirim Sistemi	Tanım	Etik İlkeler
Hasta Yönlendirmesi (<i>Patient Referral</i>)	Hastanın partnerine teşhisi kendi rızasıyla (gönüllü) kendisinin bildirmesi	Özerklik (otonomi), gizlilik ve mahremiyet ilkelerinin korunması
Sağlık Çalışanı Yönlendirmesi (<i>Provider Referral</i>)	Hastanın rızasıyla sağlık profesyonelinin partneri bilgilendirmesi	Yarar sağlama ve zarar vermeme
Sözleşmeli Yönlendirme (<i>Contract Referral</i>)	Hastanın partnerine durumu bildirmesi ve tedaviye getirmesi için belirli bir süre tanınması. Bu süre zarfında bildirim gerçekleşmediğinde sağlık profesyonelinin partner ile doğrudan iletişime geçmesi	Özerklik (otonomi), gizlilik ve mahremiyet ilkelerinin korunması Yarar sağlama ve zarar vermeme
İstem Dışı Bildirim (<i>Involuntary Disclosure</i>)	Hastanın reddine rağmen hayati risk durumunda gizliliğin ihlal edilmesi	Zarar vermeme ilkesinin gizlilik ilkesinden üstün gelmesi

3.2 Dijital Partner Bildirim Sistemleri ve Etik

Geleneksel partner bildirim süreçleri, enfekte kişinin cinsel partnerlerini bizzat veya sağlık çalışanı yardımıyla bilgilendirmesini içerirken, günümüzde mobil uygulamalarla anonim bildirim sistemleri popülerleşmiştir (Godongwana vd., 2021). Anonim bildirim yapabilen web/mobil tabanlı “e-partner bildirim araçlarının” yaygınlaşması, bireylerin partner bildirim sürecine katılımını artırmaktadır. Bu sistemler, enfekte kişinin kimliğini ifşa etmeden partnerlerin test yaptırmasını teşvik etmekte ve toplumdaki bulaş zincirini de kırmaktadır (Woodward vd., 2024). Ancak e-partner bildirim gizlilik ve mahremiyet ihlali, yanlış kişiye bildirim, anonim araçların kötüye kullanımı gibi riskler taşımaktadır (Kocur vd., 2024; Iyer vd., 2024). E-partner bildirim mesajları, telefon bildirimleri veya uygulama ikonları CYBE

testini ya da tanısını ifşa edebilmektedir ve kullanıcılar özellikle telefonda kanıt kalmasından kaygı duymaktadır (Aicken vd., 2016). E-partner bildirim araçları için en öne çıkan zarar, HIV ve CYBE tanısının, cinsel yönelim ya da davranışlarının istemeden açığa çıkmasıdır (Godongwana vd., 2021). Ayrıca anonim bildirimler hastalar için bir kolaylaştırıcı olmasına rağmen, partnerler anonim mesajlara güvenmeyip test veya tedaviye gitmeyebilmektedir (Woodward vd., 2024). E-partner bildirim araçları, yüksek okuryazarlık veya akıllı telefon gerektirmesinden kaynaklı, sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve damgalanma riski yüksek gruplarda hizmete erişim engelleri oluşturabilmektedir (Pellowski vd., 2016). Bu nedenle adalet ve eşitlik ilkesi kapsamında, e-partner bildirim araçlarının herkes için erişilebilir ve anlaşılır şekilde tasarlanması gerekmektedir (Kocur vd., 2024).

3.3 Damgalanma ve Etik

CYBE ile ilişkili damgalanma çok katmanlı bir sosyal, kurumsal ve psikolojik süreç olarak partner bildirim davranışını belirgin biçimde şekillendirmektedir (Lee & Cody, 2020; Yan vd., 2022). CYBE damgası; toplumsal/sosyal damga (CYBE’yi “ahlaki bozulma, sorumsuzluk ve tehlikeli cinsellik” ile özdeşleştiren kültürel normlar), kurumsal/sağlık sistemi damgası (yargılayıcı tutumlar, gizliliğe güvensizlik vb.) ve içselleştirilmiş damga (kişinin kendini “kirli, suçlu, değersiz” hissetmesi gibi) olmak üzere çeşitli şekillerde görülebilmektedir (Pantelic vd., 2019). Yapılan çalışmalar CYBE tanısına sahip kişilerin, benzer şiddetteki solunum yolu enfeksiyonlarına kıyasla sistematik biçimde “daha riskli, daha bencil, daha sorumsuz” algılandığını göstermektedir (Lee & Cody, 2020). Bu nedenle bireyler test yaptırmayı, tedaviye gitmeyi ya da ilaçlarını düzenli almaya devam etmeyi, teşhisin istemeden açığa çıkacağı ve damgalayıcı etiketlere maruz kalacakları endişesiyle erteleyebilmekte; bu da tanı, tedavi ve partner bildirimi sisteminde yapısal gecikmelere yol açmaktadır (Morris vd., 2014; Chitneni vd., 2020; Tavakoli vd., 2024).

Damgalanma ve CYBE hakkında bilgi eksikliği, partner bildirimi yapılmamasının en büyük nedenleri arasında belirtilmektedir (Chitneni, 2020). HIV alanındaki araştırmalar, bireylerin kendini “suçlu, utanmış, kirli” hissetmesinden kaynaklı partner bildirimini doğrudan azalttığını; kendini damgalamanın, sosyal destek ve depresif belirtiler ile partner bildirimi arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Marcus vd., 2023; Zhu vd., 2025). Bireylerin yaşadığı damgalanma deneyimleri test yaptırmaktan, düzenli takibe gitmekten ve partner bildirim hizmetlerini kullanmaktan kaçınmayı pekiştirmektedir (Yan vd.,

2022; Murray & Rose, 2024; Adrian vd., 2025). Yapılan bir çalışmada CYBE ile ilişkili damgalanma ve utanç düzeyleri yüksek olan katılımcıların CYBE testi yaptırmama, tedavi alma ve partner bilgilendirme konusunda daha az istekli olduğu belirlenmiştir (Morris vd., 2014). Cavalcante ve ark. (2016) çalışmasında CYBE tanısı alan partnerlerin tanıya karşı geliştirdikleri algıların kaygı ve güvensizlik ekseninde şekillendiği belirtilmektedir. Sağlık kuruluşuna müracaat etme nedenleri arasında ise suçluluk duygusundan arınma ön plana çıkmaktadır. CYBE tanısı alan partnerlerde güven kaybı, enfeksiyonla baş etme güçlüğü ve bulaştırma sorumluluğunun getirdiği duygusal yük, partner bildirimının önündeki baskın engeller olarak tespit edilmiştir.

3.4 Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği, Yakın Partner Şiddeti ve Etik

Kadınlar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği bağlamında CYBE ve partner bildirim konusunda daha fazla etkilenmekte ve erkeklere göre daha fazla risk altında hissetmektedir. Ayrıca partner bildirim niyeti kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Da Costa Dias vd., 2024). Kadınlar için partner bildirim; ilişkinin bitmesi, suçlanma, yakın partner şiddeti ve itibar kaybı gibi sosyal, duygusal ve ilişkisel sorunları beraberinde getirmektedir (Mpobole vd., 2025). Chitneni ve arkadaşları (2025) çalışmasında kadınların; CYBE değerlendirmesi, teşhisi, partner bildirim ve ilişkilerinin cinsel sağlığından birincil derecede kendilerinin sorumlu olduğuna inandığı belirlenmiştir. Kadınların partnerlerine bir CYBE teşhisini bildirdiklerinde, partnerlerinin tepkilerinden ve sonrasındaki CYBE bakımına katılım süreçlerinden endişe duydukları da belirtilmektedir (Chitneni vd., 2025). Mpobole ve arkadaşları (2025) tarafından yürütülen bir çalışmada, bazı katılımcılar için CYBE tanısını paylaşmanın; sözel veya fiziksel istismarla sonuçlandığı ve bu durumun partnerlerle açık iletişim kurmayı zor ve hatta tehlikeli bir hale getirdiği belirlenmiştir. Suçlanma, itham edilme ve şiddet korkusu; duygusal stres düzeyini artırarak CYBE partner bildirim önünde engel oluşturmaktadır. CYBE teşhisi ve partner bildirim yükünü sadece kadınların üzerinden almak için erkekleri cinsel sağlık ve üreme sağlığı bakımına dahil etmeye yönelik çalışmaların sayısı artırılmalıdır (Chitneni vd., 2025). Karmaşık ilişkisel dinamiklerinin sosyal ve fiziksel güvenlik riskini artırdığı durumlarda, partner bildiriminin uygun ve güvenli bir müdahale olup olmadığı sorusu tüm yaş grupları için değerlendirilmesi gereken bir konudur (Lariat vd., 2023). Gönüllü partner bildirim hizmetleri sunmadan önce şiddet riski (yakın partner şiddeti, cinsiyete dayalı şiddet, cinsiyet kimlik, cinsel yönelim, seks işçiliği ile ilişkili şiddet) doğru ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir (Avala vd., 2019).

4. KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PERSPEKTİFİ

Hemşirelik mesleğinde etik kodlar, hemşirelerin karar verme sürecine rehberlik eden ortak değerler çerçevesidir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses- ICN) hemşireler için etik kodları belirlemiş ve tüm hemşireler gibi kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin de rolleri, mesleki sorumlulukları, etik kodları ve etik karar verme rollerini tanımlamıştır (Stievano & Tschudin, 2019; Grace vd., 2023). ICN tarafından tanımlanan etik kodlar; bilgilendirilmiş onam, özerklik (otonomi), gizlilik, mahremiyet ve adalet (eşitlik) şeklindedir (Grace vd., 2023; Sharifika vd., 2024). Savunuculuk ise hemşirelerin dikkat etmesi gereken mesleki rollerinden biridir ve hastaların özerkliğini ve bakım kararlarına katılımını destekleme, bilgi verme ve kararlarında yanlarında durma süreci olarak tanımlanmaktadır. Hemşire savunuculuğu empati, sorumluluk ve etkili iletişim gerektirmektedir (Heck vd., 2022).

ICN hemşireleri, hasta ve insan haklarının savunucusu olarak tanımlamaktadır.

CYBE ve partner bildirim, yalnızca enfeksiyon tedavisi değil; kadının bedensel bütünlüğü, psikososyal iyilik hali, ilişki güvenliği, toplumsal cinsiyet eşitliği ve yakın partner şiddeti ile doğrudan ilişkili bir konudur. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri CYBE ve partner bildirim konusunda, ICN etik kodları bağlamında insan ve hasta hakları temelli, özerklik, gizlilik ve mahremiyete saygı odaklı, eşitlikçi bir yaklaşım sergilemelidir. Etik karar verme modellerini kullanarak, partner bildirim ile yakın partner şiddeti ve damgalanma risklerini dikkatlice değerlendirmelidir. Hemşirelerin; danışmanlık, bilgilendirme, bütüncül bakım, güçlendirme ve savunuculuk rolleriyle bireylerin cinsel sağlığı, güvenliğini ve toplumda CYBE'nin bulaş kontrolünü destekleyen önemli bir konumda yer aldığı unutulmamalıdır (Avala vd., 2019; Lariat vd., 2023; Juujärvi & Tetri, 2025). CYBE ve partner bildiriminde karşılaşılan etik sorunlar ve bu sorunların etkileşim içinde olduğu hemşirelik etik kodları Tablo 2.'de özetlenmiştir (Wynn vd.,2019; Ayala vd.,2019; Stievana & Tschudin, 2019; Chitneni, 2020; Godongwana vd., 2021; Kocur vd., 2024; Chitneni vd., 2025).

Tablo 2. CYBE da Partner Bildiriminde Etik Yaklaşımlar ve Hemşirelik Etik Kodları

Hemşirelik Etik Kodu	Etik Yaklaşım
Yarar Sağlama İlkesi	-Bulaşın önlenmesi ile hastanın fiziksel/emosyonel güvenliği arasındaki dengenin sağlanması -Partner bildiri ile toplumsal bulaş zincirinin kırılması
Zarar Vermeme İlkesi	-Yakın partner şiddeti ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği (Kadınların partnerlerine durumu açıklarken karşılaşılabilecekleri yakın partner şiddeti riski) -Yoğun damgalanma, itibar kaybı ve toplumsal dışlanma riski
Özerklik (Otonomi) İlkesi	-Bireyin partner bildirim biçimine ilişkin gönüllü rızası
Gizlilik ve Mahremiyet İlkesi	-Test sonuçlarının partner/partnerlere bildiriminde bireyin gizlilik ve mahremiyet ihlaline yönelik riskler -Dijital partner bildirim sistemlerinde gizlilik ve mahremiyet ihlali riskleri
Adalet İlkesi	-Damgalanmış gruplar için eşit erişim ve güvenli bildirim yöntemleri -Dijital partner bildirim araçlarının herkes için erişilebilir ve anlaşılabilir olması -Partner bildiri yükünü her iki cinsiyetin de eşit şekilde üstlenmesi

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

CYBE da partner bildiri, partnere bulaş riskini önleme, tedavi sağlama ve toplumsal bulaş zincirini kırmak adına oldukça önemli olmasına rağmen etik açıdan zorlayıcılığı olan etkin bir müdahaledir. Partner bildiriminde etkili ve etik bir süreç yönetimi adına; bildirim gönüllü olması, gizlilik ve mahremiyet risklerinin değerlendirilmesi, yakın partner şiddeti riski olan durumlarda diğer alternatif partner bildiri yollarının sunulması, dijital araçların erişim açısından adaletli olması ve damgalamayı azaltan danışmanlık yaklaşımlarının güçlendirilmesi gerekli ve önemlidir. CYBE da partner bildirimini iyileştirilmesi için; toplum ve sağlık profesyonelleri arasında damgalamanın ortadan kaldırılması, hizmetlere katılımın kolay ve olumlu olmasını sağlamak, kanıta ve rehberlere dayalı müdahalelerin yapılması ve partner bildirimini optimize eden dijital araçların geliştirilmesi öneriler arasında bulunmaktadır. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin CYBE ile ilişkili yaşadığı etik sorunların çözümlenmesinde etik karar verme modellerini kullanması, savunuculuk ve danışmanlık rollerini ön planda tutarak hemşirelik etik kodları çerçevesinde CYBE sürecini yönetmesi oldukça önemlidir. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri, fiziksel tedavi ve bakım ile entegreli olarak bireylere psikososyal destek de sağlamalı, bireylere partner

bildiriminin önemi hakkında bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri sunmalı, kadının güçlendirilmesiyle birlikte toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve yakın partner şiddeti konularında önleyici etkisinin önemini unutmamalıdır.

Kaynakça

- 1) Adrian, H., Dijkstra, M., Mahmoud, S., Mohamed, K., Gichuru, E., Sanders, E. J., Operario, D., & van der Elst, E. M. (2025). Peer-assisted HIV partner notification services to strengthen index partner testing for newly diagnosed men who have sex with men in coastal Kenya. *PLoS ONE*, 20(10), Article e0333707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0333707>
- 2) Aicken, C. R. H., Fuller, S. S., Sutcliffe, L. J., Estcourt, C. S., Gkatzidou, V., & Sonnenberg, P. (2016). Young people's perceptions of smartphone-enabled self-testing and online care for sexually transmitted infections: Qualitative interview study. *BMC Public Health*, 16, Makale 974. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3648-y>
- 3) Althaus, C. L., Turner, K. M., Mercer, C. H., Auguste, P., Roberts, T. E., Bell, G., Herzog, S. A, ..., Ward, H., & Low, N. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of traditional and new partner notification technologies for curable sexually transmitted infections: observational study, systematic reviews and mathematical modelling. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 18(2), 1–viii. <https://doi.org/10.3310/hta18020>
- 4) Ayala, G., Bahati, M., Balan, E., Chang, J., Do, T. D., Fokeerbox, N. A., Hassan, A., ...Tohme, J., & Walimba, J. (2019). Partner Notification: A Community Viewpoint. *Journal of the International AIDS Society*, 22 Suppl 3(Suppl Suppl 3), e25291. <https://doi.org/10.1002/jia2.25291>
- 5) Barrow, R. Y., Ahmed, F., Bolan, G. A., & Workowski, K. A. (2020). Recommendations for providing quality sexually transmitted diseases clinical services, 2020. *MMWR Recommendations and Reports*, 68(5), 1–20. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6805a1>
- 6) Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- 7) Cavalcante, E. G. F., Miranda, M. C. C., Carvalho, A. Z. F. H. T., Lima, I. C. V., & Galvão, M. T. G. (2016). Partner notification for sexually transmitted infections and perception of notified partners. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (3), 448–455. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400011>

- 8) Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), 1–187. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf> Erişim tarihi: 09.01.2026
- 9) Centers for Disease Control and Prevention.(CDC) (2024, March 25). *About sexually transmitted infections (STIs)*. <https://www.cdc.gov/sti/about/index.html> Erişim tarihi: 09.01.2026
- 10) Centers for Disease Control and Prevention. (CDC) (2024). *Partner services for HIV and STDs: A guide for health care providers*. <https://www.cdc.gov/stophivtogether/library/topics/treatment/brochures/cdc-hiv-lsht-treatment-brochure-partner-services-provider.pdf> Erişim tarihi: 07.01.2026
- 11) Centers for Disease Control and Prevention. (CDC) (2015). *Small talks about: Partner services* . <https://aahivm.org/wp-content/uploads/2017/02/cdc-pic-partner-services-md-brochure.pdf> (Erişim tarihi: 07.01.2026)
- 12) Chitneni, P., Kriel, Y., Mathenjwa, M., Beesham, I., Qiya, B., Smith, P. M., Bosman, S., Jaggernath, M., Smit, J. A., & Matthews, L. T. (2025). A qualitative exploration of sexually transmitted infection (STI) partner notification preferences and practices among women planning for pregnancy and offered HIV pre-exposure prophylaxis in Durban, South Africa. *BMC Public Health*, 25(1), 554. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21714-7>
- 13) Chitneni, P., Beksinska, M., Dietrich, J. J., Jaggernath, M., Closson, K., Smith, P., Lewis, D. A., ..., Kaida, A. (2020). Partner notification and treatment outcomes among South African adolescents and young adults diagnosed with a sexually transmitted infection via laboratory-based screening. *International journal of STD & AIDS*, 31(7), 627–636. <https://doi.org/10.1177/0956462420915395>
- 14) Da Costa Dias, B., Kufa, T., & Kularatne, R. S. (2024). Factors associated with partner notification intentions among symptomatic sexually transmitted infection service attendees in South Africa. *South African Medical Journal*, 113(2), 91–97. Retrieved from <https://www.ajol.info/index.php/samj/article/view/263798>
- 15) European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024. Stockholm:

ECDC; 2025. Erişim tarihi: 20.12.2025. Erişim adresi: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring-responses-sexually-transmitted-infection-epidemics-eueea-countries>

- 16) Garcia, M. R., Leslie, S. W., & Wray, A. A. (2024, 20 Nisan). *Sexually transmitted infections*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560808/>
Erişim tarihi: 07.01.2026.
- 17) Global Healthcare Travel Council. (GHTC). (2020, July 24). *Ethical standards and code of conduct handbook*. https://globalhtc.org/ova_doc/ghc-ethical-codes/ Erişim tarihi: 07.01.2026.
- 18) Godongwana, M., Chewparsad, J., Lebina, L., Golub, J., Martinson, N., & Jarrett, B. (2021). Ethical Implications of eHealth Tools for Delivering STI/HIV Laboratory Results and Partner Notifications. *Current HIV/AIDS Reports*, 18, 237 - 246. <https://doi.org/10.1007/s11904-021-00549-y>
- 19) Grace, P. J., Peter, E., Lachman, V. D., Johnson, N. L., Kenny, D. J., & Wocial, L. D. (2023). Professional responsibility, nurses, and conscientious objection: A framework for ethical evaluation. *Nursing Ethics*, 31(2-3), 243–255. <https://doi.org/10.1177/09697330231180749>
- 20) Haddad, L. M., & Geiger, R. A. (2023). Nursing ethical considerations. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>
- 21) Hansman, E., & Klausner, J. (2023). Approach to Managing Sex Partners of People with Sexually Transmitted Infections.. *Infectious disease clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2023.02.003>
- 22) Heck, L. O., Carrara, B. S., Mendes, I. A. C., & Arena Ventura, C. A. (2022). Nursing and advocacy in health: An integrative review. *Nursing Ethics*, 29(4), 1014–1034. <https://doi.org/10.1177/09697330211062981>
- 23) Iyer, S., Zionts, D., Psaros, C., Tyagi, A., Jarolimova, J., Platt, L., Kalweit, A., Ard, K., & Bassett, I. (2024). Electronic Partner Notification for Sexually Transmitted Infections: A Qualitative Assessment of Patient, Clinical Staff, and State Field Epidemiologist Perspectives. *AIDS Patient Care and STDs*, 38, 82 - 92. <https://doi.org/10.1089/apc.2023.0184>

- 24) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2000). *Opening up the HIV/AIDS epidemic: Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting* (UNAIDS/00.42E). UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc488-openup_en_0.pdf Erişim tarihi: 07.01.2026
- 25) Juujärvi, S., & Tetri, B. (2025). Care and justice reasoning in nurses' everyday ethics. *Nursing Ethics*, 32(6), 1771–1782. <https://doi.org/10.1177/09697330241312379>
- 26) Kocur, W., McLeod, J., Bloch, S., MacDonald, J., Woodward, C., McInnes-Dean, A., Gibbs, J., Saunders, J., Blandford, A., Estcourt, C., & Flowers, P. (2024). Improving digital partner notification for sexually transmitted infections and HIV through a systematic review and application of the Behaviour Change Wheel approach.. *Sexual health*. <https://doi.org/10.1071/sh23168>.
- 27) Lariat, J., Chikwari, C., Dauya, E., Baumu, V., Kaisi, V., Kafata, L., Meza, E., ..., Bernays, S. (2023). “It’s not safe for me and what would it achieve?” Acceptability of patient-referral partner notification for sexually transmitted infections to young people, a mixed methods study from Zimbabwe. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2220188>.
- 28) Lee, A. S. D., & Cody, S. L. (2020). The stigma of sexually transmitted infections. *The Nursing Clinics of North America*, 55(3), 295–305. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.05.002>
- 29) McMahan, K. D., & Olmstead, S. B. (2025). Disclosure of Sexually Transmitted Infections to Sexual Partners: A Systematic Critical Literature Review. *The Journal of Sex Research*, 62(7), 1226–1240. <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.234392>
- 30) Marcus, U., Jonas, K., Berg, R., Veras, M. A., Caceres, C. F., Casabona, J., Schink, S. B., & Schmidt, A. J. (2023). Association of internalised homonegativity with partner notification after diagnosis of syphilis or gonorrhoea among men having sex with men in 49 countries across four continents. *BMC public health*, 23(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14891-2>
- 31) Morris, J. L., Lippman, S. A., Philip, S., Bernstein, K., Neilands, T. B., & Lightfoot, M. (2014). Sexually transmitted infection related stigma and shame among African American male youth: Implications for testing practices, partner notification, and

- treatment. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(9), 499–506. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0316>
- 32) Mpobole, N., Seretlo, R., & Mokgatle, M. (2025). Partner notification and STI patient experiences in Ekurhuleni East, Gauteng, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 17. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v17i1.4904>.
- 33) Murray, C., & Rose, S. B. (2024). Improving partner notification for sexually transmitted infections: Interviews with key informants in Aotearoa New Zealand. *International Journal of STD & AIDS*, 35(5), 397–404. <https://doi.org/10.1177/09564624241226740>
- 34) Numminen O, Kallio H, Leino-Kilpi H, Stokes L, Turner M, Kangasniemi M. Use and impact of the ANA Code: a scoping review. *Nursing Ethics*. 2024;31(8):1389-1412. doi:[10.1177/09697330241230522](https://doi.org/10.1177/09697330241230522)
- 35) Pantelic, M., Sprague, L., & Stangl, A. L. (2019). It's not "all in your head": critical knowledge gaps on internalized HIV stigma and a call for integrating social and structural conceptualizations. *BMC infectious diseases*, 19(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3704-1>
- 36) Pellowski, J., Mathews, C., Kalichman, M. O., Dewing, S., Lurie, M. N., & Kalichman, S. C. (2016). Advancing Partner Notification Through Electronic Communication Technology: A Review of Acceptability and Utilization Research. *Journal of health communication*, 21(6), 629–637. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1128020>
- 37) Stievano, A., & Tschudin, V. (2019). The ICN code of ethics for nurses: A time for revision. *International Nursing Review*, 66(2), 154–156. <https://doi.org/10.1111/inr.12525>
- 38) Tavakoli, F., Dehghan, M., Haghdoost, A. A., Mirzazadeh, A., Gouya, M. M., & Sharifi, H. (2024). A qualitative study exploring approaches, barriers, and facilitators of the HIV partner notification program in Kerman, Iran. *BMC health services research*, 24(1), 570. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11049-1>
- 39) T.C. Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. (2007, 30 Mayıs). *T.C. Resmi Gazete* (Sayı: 26537).

- 40) Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti (TMC). (2016) *Bildirimi zorunlu hastalıklar ve yasal sorumluluklar*. <https://www.tmc-online.org/index.php?func=NewsDetails&ID=196>
Erişim tarihi: 07.01.2026
- 41) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (1930). *T.C. Resmi Gazete* (Sayı: 1489).
- 42) United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2025). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Erişim tarihi: 20.12.2025. Erişim adresi: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- 43) Ward, H., & Bell, G. (2014). Partner notification. *Medicine (Abingdon, England : UK Ed.)*, 42, 314 - 317. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.03.013>.
- 44) Wayal, S., Estcourt, C., Mercer, C., Saunders, J., Low, N., Mckinnon, T., Symonds, M., & Cassell, J. (2022). Optimising partner notification outcomes for bacterial sexually transmitted infections: a deliberative process and consensus, United Kingdom, 2019. *Eurosurveillance*, 27. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2022.27.3.2001895>.
- 45) Woodward, C., Bloch, S., McInnes-Dean, A., Tan, R. K. J., Chen, M. Y., & Chow, E. P. F. (2024). Digital interventions for STI and HIV partner notification: A scoping review. *Sexually Transmitted Infections*, 100(4), 242–250. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2023-056097>
- 46) World Health Organization. (2025, September 10). *Sexually transmitted infections (STIs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) Erişim tarihi: 07.01.2026
- 47) World Medical Association. (2022, October). *WMA International Code of Medical Ethics*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/> Erişim tarihi: 07.01.2026
- 48) World Health Organization (WHO). (2005). *International Health Regulations (2005)* (2nd ed.). WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580410> Erişim tarihi: 07.01.2026.
- 49) Wynn, A., Moucheraud, C., Moshashane, N., Oforjebe, O., Ramogola-Masire, D., Klausner, J., & Morroni, C. (2019). Using partner notification to address curable sexually transmitted infections in a high HIV prevalence context: a qualitative study

about partner notification in Botswana. *BMC Public Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6813-2>.

- 50) Yan, X., Xu, Y., Tucker, J. D., Miller, W. C., & Tang, W. (2022). Facilitators and Barriers of HIV Partner Notification Services Among Men Who Have Sex With Men in China: A Qualitative Analysis Using a Socioecological Framework. *Sexually transmitted diseases*, 49(8), 541–545. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001644>
- 51) Zhu, Y., Chen, Y., Goldsamt, L. A., Peng, W., Wang, W., & Li, X. (2025). The mediating role of self-perceived HIV- related stigma in partner notification among older people living with HIV: A structured equation modeling approach. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 64, 103399. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103399>

BÖLÜM 4

HEMŞİRELİKTE GÜÇ KAVRAMI VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE GÜÇLENDİRME

Gözde ÇETİNKAYA ALKAYA¹, Aysun TÜRE²

¹ Doktora Öğrencisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, gozde13cetinkaya@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3666-9649

² Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı, ature@ogu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0003-2513-0904

1. GİRİŞ

Sağlık sistemlerinde yaşanan yapısal dönüşümler, artan bakım gereksinimleri ve çok disiplinli çalışma ortamlarının yaygınlaşması, hemşirelerin klinik ve örgütsel süreçlerdeki rolünü daha stratejik bir konuma taşımaktadır. Günümüzde hemşireler yalnızca bakım sunan profesyoneller olarak değil; aynı zamanda klinik karar vericiler, bakımın koordinatörleri ve hasta savunucuları olarak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Bu değişim, hemşirelerin mesleki uygulamalarında etkili olabilme kapasitelerini ve örgütsel süreçlere katılımlarını belirleyen güç kavramının önemini artırmaktadır.

Güç, hemşirelik bağlamında yalnızca bireysel yetkinlikler veya mesleki bilgi ile sınırlı bir olgu olmayıp; aynı zamanda örgütsel yapı, liderlik uygulamaları ve çalışma ortamının niteliği ile şekillenen çok boyutlu bir kavramdır. Bu çerçevede güçlendirme yaklaşımı, hemşirelerin bilgiye, kaynaklara ve destek mekanizmalarına erişimini artırarak profesyonel rollerini daha etkin biçimde yerine getirmelerini sağlayan temel bir yönetim perspektifi olarak öne çıkmaktadır. Nitekim güçlendirici çalışma ortamlarının hemşirelerin iş doyumu, örgütsel bağlılık ve işe tutkunluk düzeylerini artırdığı; buna karşılık tükenmişlik ve işten ayrılma niyetini azalttığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Laschinger et al., 2014; Boamah et al., 2018; Orgambidez-Ramos & Almeida, 2020).

Bu bağlamda güç ve güçlendirme kavramlarının kuramsal temellerinin incelenmesi ve hemşirelik uygulamaları ile yönetim süreçleri bağlamında ele alınması hem çalışan iyi oluşunun desteklenmesi hem de bakım kalitesinin sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından önem taşımaktadır.

2. GÜÇ KAVRAMI VE KURAMSAL TEMELLERİ

Güç kavramı, sosyal bilimler ve örgütsel davranış literatüründe bireyler arası etkileşimleri, liderlik süreçlerini ve örgütsel dinamikleri açıklamada merkezi bir kavram olarak ele alınmaktadır. Geleneksel yaklaşımlar gücü, bireyin başkalarının davranışlarını etkileyebilme kapasitesi üzerinden tanımlarken, daha güncel yaklaşımlar bu kavramı yalnızca etki gücü ile sınırlamayıp; bilgiye erişim, kaynakları kontrol edebilme ve karar süreçlerine katılım gibi çok boyutlu unsurlar çerçevesinde değerlendirmektedir (French & Raven, 1959; Sturm & Antonakis, 2015).

Güç kavramına ilişkin en temel kuramsal çerçevelerden biri French ve Raven (1959) tarafından geliştirilen güç tipleri modelidir. Bu modele göre örgütlerde güç; yasal, ödül, zorlayıcı, uzmanlık ve referans gücü olmak üzere beş temel kaynaktan türemektedir. Yasal güç bireyin örgüt içindeki resmi konumundan kaynaklanırken, ödül ve zorlayıcı güç davranışları yönlendirme kapasitesine dayanmaktadır. Buna karşılık uzmanlık gücü bilgi ve beceriden, referans gücü ise kişilerarası etki ve güven ilişkilerinden beslenmektedir. Bu model, gücün yalnızca formal otoriteye indirgenemeyeceğini, aynı zamanda bireysel ve ilişkisel kaynaklardan üretildiğini ortaya koymaktadır (French & Raven, 1959; Raven, 2008).

Örgütsel bağlamda gücün yapısal boyutunu açıklayan en önemli yaklaşımlardan biri Kanter'in yapısal güç kuramıdır. Kanter (1977), çalışanların örgüt içindeki gücünün bireysel özelliklerden ziyade örgütsel yapı tarafından belirlendiğini ileri sürmektedir. Bu kurama göre bilgiye erişim, kaynaklara ulaşım, destek mekanizmaları ve gelişim fırsatları çalışanların güçlenmesinin temel belirleyicileridir. Bu yapısal unsurlar, çalışanların karar süreçlerine katılımını artırarak örgüt içinde daha etkin ve görünür roller üstlenmelerini sağlamaktadır (Kanter, 1977; Laschinger et al., 2010). Nitekim güncel çalışmalar da yapısal güçlendirme düzeyinin çalışan performansı, iş doyumu ve örgütsel bağlılık ile anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır (Boamah et al., 2018; Li et al., 2022; Yeşilbaş & Kantek, 2024).

Güç kavramının örgütsel literatürdeki gelişimi incelendiğinde, erken dönem çalışmaların ağırlıklı olarak otorite ve kontrol mekanizmalarına odaklandığı; daha sonraki yaklaşımların ise katılım, iş birliği ve güçlendirme süreçlerini ön plana çıkardığı görülmektedir (Sturm & Antonakis, 2015). Bu dönüşüm, özellikle bilgi yoğun ve yüksek düzeyde uzmanlık gerektiren mesleklerde çalışan bireylerin örgütsel süreçlerde daha etkin rol almalarının önemini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede güç, yalnızca başkaları üzerinde etki kurma kapasitesi olarak değil; aynı zamanda bireylerin iş ortamında ne ölçüde etkili olduklarını ve karar süreçlerine hangi düzeyde katılım sağladıklarını belirleyen çok boyutlu bir yapı olarak ele alınmaktadır (Manojlovich, 2007; Wei et al., 2020).

Bu kuramsal dönüşümle birlikte literatürde güç ve güçlendirme kavramları birbirinden ayrıştırılarak ele alınmaya başlanmıştır. Güç, bireyin veya grubun etki kapasitesini ifade ederken; güçlendirme (empowerment), bu kapasitenin örgütsel yapı ve süreçler aracılığıyla desteklenmesini ifade etmektedir (Kanter, 1977; Spreitzer, 1995). Bu çerçevede güçlendirme, çalışanların bilgiye, kaynaklara ve desteğe erişimini artırarak örgütsel süreçlerde daha etkin rol

almalarını sağlayan bir yönetim yaklaşımı olarak değerlendirilmektedir (Laschinger et al., 2010; Cicolini et al., 2014).

Güçlendirme yaklaşımının psikolojik boyutu Spreitzer (1995) tarafından geliştirilen psikolojik güçlendirme modeli ile açıklanmaktadır. Bu modele göre güçlendirme; anlam, yeterlilik, özerklik ve etki olmak üzere dört temel boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, çalışanların işlerine yönelik algılarını ve içsel motivasyonlarını şekillendirmekte ve örgütsel sonuçlar üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Spreitzer, 1995; Seibert et al., 2011). Güncel çalışmalar, psikolojik güçlendirmenin iş doyumunu, işe tutkunluk ve örgütsel bağlılık ile pozitif; tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti ile negatif ilişkili olduğunu göstermektedir (Orgambídez-Ramos & Almeida, 2020; Çelik et al., 2024).

Son yıllarda yapılan sistematik derleme ve meta-analizler, yapısal ve psikolojik güçlendirme süreçlerinin birbirini tamamlayan iki temel mekanizma olduğunu ortaya koymaktadır. Yapısal güçlendirme, çalışanlara gerekli kaynak ve fırsatları sunarken; psikolojik güçlendirme bu koşulların çalışanlar tarafından nasıl algılandığını ve davranışa nasıl dönüştüğünü açıklamaktadır. Bu iki boyut arasındaki etkileşim, çalışanların iş doyumunu, tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve performans gibi temel iş sonuçları üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Seibert et al., 2011; Çelik et al., 2024; Yeşilbaş & Kantek, 2024).

Sonuç olarak güç kavramı, bireysel, ilişkisel ve yapısal boyutları içeren çok katmanlı bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Gücün yalnızca otorite ve kontrol mekanizmaları üzerinden değil; bilgi, uzmanlık, sosyal ilişkiler ve örgütsel fırsatlar üzerinden de üretildiğinin anlaşılması, özellikle sağlık gibi karmaşık sistemlerde çalışan profesyonellerin rolünü anlamada kritik bir kuramsal zemin sunmaktadır (Manojlovich, 2007; Wei et al., 2020). Bu kuramsal çerçeve, hemşirelikte güç ve güçlendirme süreçlerinin daha kapsamlı biçimde ele alınmasına olanak sağlamaktadır.

3. HEMŞİRELİKTE GÜÇ KAVRAMI

Hemşirelikte güç kavramı, ağırlıklı olarak güçlendirme (empowerment) yaklaşımı çerçevesinde ele alınmakta ve yapısal ile psikolojik boyutların etkileşimi üzerinden açıklanmaktadır. Yapısal güçlendirme; hemşirelerin bilgiye, kaynaklara, desteğe ve gelişim fırsatlarına erişimini ifade ederken, psikolojik güçlendirme bireylerin iş ortamında kendilerini ne ölçüde yetkin, etkili ve anlamlı hissettiklerine odaklanmaktadır (Kanter, 1977; Spreitzer,

1995). Bu iki boyutun birlikte ele alınması, gücün yalnızca bireysel bir özellik olmadığını, örgütsel koşullar tarafından şekillenen dinamik bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır (Laschinger et al., 2010). Bu doğrultuda hemşirelikte güç; profesyonel otonomi, klinik karar verme yetkinliği, uzmanlık düzeyi ve örgütsel kaynaklara erişim ile yakından ilişkilidir. Nitekim hemşirelerin yönetsel bilgi ve beceri düzeylerinin artması, klinik karar süreçlerine daha etkin katılım sağlamalarını desteklemekte ve bu durum profesyonel güç algısının güçlenmesine katkıda bulunmaktadır (Soares et al., 2016). Ayrıca bilgiye erişim, liderlik desteği ve karar süreçlerine katılım arttıkça hemşirelerin güç algılarının da arttığı görülmektedir (Laschinger et al., 2014; Boamah et al., 2018; Li et al., 2022; Ystaas et al., 2023). Bununla birlikte, nitel araştırmalar bu süreci daha derinlemesine ele alarak, güçlenmenin yalnızca yapısal olanakların varlığıyla değil, aynı zamanda hemşirelerin bu olanakları çalışma ortamında nasıl deneyimledikleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Van Bogaert et al., 2016).

Bu kuramsal çerçeve doğrultusunda, güçlendirilmiş çalışma ortamlarının hemşirelere yönelik etkileri hem örgütsel hem de bireysel düzeyde belirginleşmektedir. Yapısal güçlendirmenin yüksek olduğu ortamlarda iş doyumunu ve örgütsel bağlılık artarken, tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti azalmaktadır (Kelly et al., 2022; Ribeiro et al., 2025; Boamah et al., 2018). Bunun yanı sıra, yapısal güçlendirme ve örgütsel bağlılığın yüksek olduğu ortamlarda hasta güvenliği kültürünün de daha güçlü olduğu bildirilmektedir (Horwitz & Horwitz, 2017). Bununla birlikte, hastane ortamında yürütülen çalışmalar, yapısal güçlendirme bileşenlerine erişimin her zaman yüksek düzeyde olmadığını ve hemşirelerin bilgiye, kaynaklara ve yönetsel desteğe erişimlerini çoğunlukla orta düzeyde algıladıklarını göstermektedir (Moura et al., 2020). Bu durum, yapısal güçlendirmenin ideal bir örgütsel hedef olmasına karşın, uygulamada kurumsal koşullar ve yönetsel yaklaşımlar doğrultusunda değişkenlik gösterebildiğine işaret etmektedir. Psikolojik güçlendirme ise hemşirelerin işe tutkunluğunu artırmakta ve mesleki rollerini daha etkin biçimde yerine getirmelerini desteklemektedir (Orgambídez-Ramos & Almeida, 2020).

Profesyonel otonomi, hemşirelikte gücün en temel göstergelerinden biri olup, hemşirelerin klinik bilgi ve uzmanlıklarına dayanarak bağımsız karar alabilme ve uygulayabilme kapasitesini ifade etmektedir (Laschinger et al., 2014). Yüksek otonomi düzeyinin iş tatminini artırdığı, tükenmişliği azalttığı ve kurumda kalma niyetini güçlendirdiği bildirilmektedir (Ito et al., 2024). Bu bağlamda hemşirelikte güç, yalnızca bireysel ve örgütsel

çıktıları değil, aynı zamanda bakım kalitesi ve hasta güvenliği gibi klinik sonuçları da dolaylı olarak etkilemektedir.

Sonuç olarak hemşirelikte güç, bireysel yetkinlikler ile örgütsel ve yönetsel dinamiklerin etkileşimiyle şekillenen bütüncül bir yapı olarak ele alınmaktadır. Bu yapı, hemşirelerin klinik karar süreçlerine katılımını destekleyerek mesleki rollerini güçlendirmekte ve sağlık hizmetlerinin kalitesine doğrudan katkı sağlamaktadır. Bu nedenle güç kavramının çok boyutlu bir perspektifle ele alınması hem bireysel performansın hem de örgütsel etkinliğin geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

4. HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE GÜÇ VE GÜÇLENDİRME

Hemşirelik yönetimi açısından değerlendirildiğinde, güçlendirme süreçleri büyük ölçüde hemşire yöneticilerin benimsediği liderlik yaklaşımları aracılığıyla somutlaşmaktadır. Destekleyici, dönüştürücü ve katılımcı liderlik tarzlarının benimsendiği çalışma ortamlarında hemşirelerin karar süreçlerine katılımının arttığı, mesleki rollerini daha etkin biçimde yerine getirdikleri ve örgütsel süreçlerde daha görünür hale geldikleri bildirilmektedir (Boamah et al., 2018; Asif et al., 2019; Ystaas et al., 2023). Bu durum, gücün yalnızca hiyerarşik bir otorite unsuru değil; çalışanları etkileyen, motive eden ve profesyonel gelişimi destekleyen bir liderlik aracı olarak kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Güç ve güçlendirme süreçlerinin etkileri yalnızca çalışan çıktılarıyla sınırlı kalmamakta, aynı zamanda klinik sonuçlara da yansımaktadır. Güçlendirici çalışma ortamlarının hasta güvenliği, bakım kalitesi ve ekip içi iletişim üzerinde olumlu etkiler yarattığı; düşük güç algısının ise tükenmişlik, bakım hataları ve işten ayrılma niyeti ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Wei et al., 2020). Bu doğrultuda, güçlendirme mekanizmaları hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini azaltan ve bakım kalitesini koruyan koruyucu bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak hemşirelik yönetiminde güç, yalnızca bireysel liderlik becerilerinin bir yansıması değil; örgütsel yapı, kültür ve yönetim politikaları ile şekillenen stratejik bir yönetim bileşenidir. Güçlendirici yönetim yaklaşımlarının benimsenmesi, hemşirelerin profesyonel otonomisini ve karar süreçlerine katılımını artırarak mesleki rollerini güçlendirmekte; aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi, hasta güvenliği ve örgütsel sürdürülebilirlik üzerinde doğrudan etkiler yaratmaktadır (Ystaas et al., 2023; Saleh et al., 2022). Bu nedenle hemşire

yöneticilerin gücü destekleyici, katılımcı ve gelişim odaklı bir perspektifle kullanmaları, günümüz sağlık sistemlerinde etkili ve sürdürülebilir yönetim anlayışının temelini oluşturmaktadır.

5. SONUÇ

Hemşirelikte güç kavramı, bireysel yetkinlikler ile örgütsel yapı ve liderlik süreçlerinin etkileşimi sonucu ortaya çıkan çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Özellikle günümüz sağlık sistemlerinde artan iş yükü, tükenmişlik ve hemşire iş gücü sorunları, güçlendirici yönetim yaklaşımlarının önemini daha da artırmaktadır.

Bu bağlamda hemşire yöneticilerin destekleyici, katılımcı ve güçlendirici liderlik yaklaşımlarını benimsemeleri; hemşirelerin karar süreçlerine aktif katılımını teşvik etmeleri ve örgütsel kaynaklara erişimi kolaylaştırmaları kritik bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır. Güçlendirilmiş çalışma ortamlarının oluşturulması, yalnızca çalışan memnuniyetini ve bağlılığını artırmakla kalmayıp, aynı zamanda hasta güvenliği ve bakım kalitesinin sürdürülebilirliğine de katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak, hemşirelik yönetiminde gücün etkili ve stratejik bir biçimde kullanılması, sürdürülebilir hemşire iş gücünün oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması açısından temel bir yönetim önceliği olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Asif, M., Jameel, A., Hussain, A., Hwang, J., & Sahito, N. (2019). Linking transformational leadership with nurse-assessed adverse patient outcomes and quality of care: Assessing the role of job satisfaction and structural empowerment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132381>
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2403–2415. <https://doi.org/10.1111/jan.13751>
- Cicolini, G., Comparcini, D., & Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 855–871. <https://doi.org/10.1111/jonm.12028>
- Çelik, S. Ş., Sarıköse, S., Kılınç, T., Alan, H., Yıldırım, A., & Yılmaz, D. (2024). Structural and psychological empowerment and burnout among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 71(1), 189–201. <https://doi.org/10.1111/inr.12888>
- French, J. R. P., Jr., & Raven, B. (1959). The bases of social power. In D. Cartwright (Ed.), *Studies in social power* (pp. 150–167). University of Michigan Press.
- Horwitz, S. K., & Horwitz, I. B. (2017). The effects of organizational commitment and structural empowerment on patient safety culture. *Journal of Health Organization and Management*, 31(1), 10–27. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2016-0150>
- Kanter, R. M. (1977). *Men and women of the corporation*. Basic Books.
- Kelly, L. A., Gee, P. M., & Butler, R. J. (2022). Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nursing Outlook*, 70(1), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.08.005>
- Ito, H., Yamamoto, T., & Kanda, K. (2024). The relationship between professional autonomy, job satisfaction, and turnover intention among hospital nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.14215>

- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2014). Authentic leadership, empowerment and burnout. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 541–552. <https://doi.org/10.1111/jonm.12002>
- Li, X., Zhang, Y., Yan, D., Wen, F., & Zhang, Y. (2022). Nurses' perceived empowerment, work engagement, and organizational commitment. *BMC Nursing*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00803-7>
- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No01Man02>
- Moura, L. N., Camponogara, S., Santos, J. L. G. D., Gasparino, R. C., Silva, R. M. D., & Freitas, E. O. (2020). Structural empowerment of nurses in a hospital setting. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3373. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3915.3373>
- Orgambidez-Ramos, A., & Almeida, H. (2020). Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff. *International Nursing Review*, 67(1), 94–102. <https://doi.org/10.1111/inr.12565>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2025). Work environment, structural empowerment and job satisfaction among nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.14123>
- Sturm, R. E., & Antonakis, J. (2015). Interpersonal power: A review, critique, and research agenda. *Journal of Management*, 41(1), 136–163. <https://doi.org/10.1177/0149206314555769>
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Diltour, N., Dilles, T., Van Rompaey, B., & Havens, D. S. (2016). Nurses' perceptions and experiences of structural empowerment: A qualitative phenomenological study. *PLoS ONE*, 11(4), e0152654. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152654>
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2020). The state of the science of nurse work environments: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1547–1555. <https://doi.org/10.1111/jonm.13094>

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>

Yeşilbaş, H., & Kantek, F. (2024). Relationship between structural empowerment and job satisfaction among nurses: A meta-analysis. *International Nursing Review*, 71(4), 484–491. <https://doi.org/10.1111/inr.12968>

BÖLÜM 5

SÜRDÜRÜLEBİLİR SAĞLIK SİSTEMLERİNDE HEMŞİRELİKTE DÖNÜŞÜMCÜ LİDERLİĞİN ROLÜ: KAVRAMSAL BİR DERLEME

Yusuf SARI¹, Aysun TÜRE²

¹ Uzman Hemşire ve Doktora Öğrencisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 26040 Eskişehir/Türkiye yusuf1sari@gmail.com Orcid ID:0000-0001-8258-5599

² Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı, ature@ogu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0003-2513-0904

1. Giriş

Küresel ölçekte nüfus artışı, toplumların giderek yaşlanması, sağlık hizmetlerine yönelik talebin artması ve çevresel sorunların derinleşmesi, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini kritik bir tartışma alanı haline getirmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin yalnızca erişilebilir ve kaliteli olması yeterli görülmemekte; aynı zamanda ekonomik açıdan sürdürülebilir, çevresel olarak duyarlı ve sosyal bakımdan adil bir yapı içinde sunulması beklenmektedir. Bu doğrultuda sürdürülebilirlik, sağlık sistemlerinin planlanması ve yönetiminde merkezi bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

Sürdürülebilirlik kavramı, köken olarak Latince *sustenare* kelimesine dayanmakta olup “sürdürmek” ve “desteklemek” anlamlarını içermektedir (Aydın, 2016). Modern anlamıyla ise en yaygın tanımı, 1987 tarihli Brundtland Raporu’nda yapılmış ve sürdürülebilir kalkınma, gelecek nesillerin ihtiyaçlarını riske atmadan mevcut ihtiyaçların karşılanması olarak ifade edilmiştir (BM Çevre ve Kalkınma Komisyonu, 1987; akt. Özer, 2015; Özdemir Karaca vd., 2018). Bu yaklaşım, ekonomik, çevresel ve sosyal boyutların birlikte ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık sektörü bu çerçevede ikili bir yapı sergilemektedir. Bir yandan toplum sağlığını koruma misyonunu üstlenirken, diğer yandan yoğun kaynak tüketimi ve atık üretimi nedeniyle çevresel baskı oluşturmaktadır. Sağlık sektörünün küresel sera gazı emisyonlarının yaklaşık %5’ine katkı sağladığına ilişkin bulgular, bu alanın sürdürülebilirlik açısından yeniden ele alınmasını gerekli kılmaktadır (Oliveira vd., 2024).

Sürdürülebilir sağlık sistemlerine yönelik dönüşüm, yalnızca teknik düzenlemelerle sınırlı kalmayıp kurumsal yapıların, yönetim anlayışlarının ve çalışan davranışlarının da yeniden yapılandırılmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda liderlik yaklaşımları, örgütsel değişimin yönlendirilmesinde ve sürdürülebilir uygulamaların kurumsallaştırılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle dönüşümcü liderlik; değişim yönetimini desteklemesi, yenilikçi uygulamaları teşvik etmesi ve çalışan motivasyonunu güçlendirmesi sayesinde sürdürülebilir sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılmasında etkili bir liderlik yaklaşımı olarak literatürde öne çıkmaktadır.

2. Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri

Sürdürülebilir sağlık sistemleri hem mevcut hem de gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapasiteyi koruyan yapılar olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, kısa vadeli

hizmet sunumunun ötesine geçerek uzun vadeli ekonomik, sosyal ve çevresel dengeyi gözetmektedir (Özer, 2015). Bu sistemler; kaynakların etkin kullanımını sağlayan, çevresel etkileri azaltan ve sağlık hizmetlerine eşit erişimi destekleyen bir yapı kurmayı amaçlamaktadır. Başarı ise sürdürülebilirliğin üç temel boyutunun (ekonomik, sosyal ve çevresel) dengeli biçimde yönetilmesine bağlıdır.

Ekonomik sürdürülebilirlik, sağlık sistemlerinin kaynaklarını etkin kullanarak uzun vadede hizmet üretme kapasitesini koruyabilmesi anlamına gelmektedir. Artan sağlık harcamaları, birçok ülkede finansal sürdürülebilirliği temel politika alanlarından biri haline getirmiştir. Bu bağlamda sağlık kurumlarının daha az kaynakla daha yüksek kalite sunabilmesi önem kazanmaktadır (Eren, 2010). Enerji verimli altyapılar, dijital sağlık uygulamaları ve sürdürülebilir tedarik zincirleri, maliyetlerin azaltılmasına katkı sağlayan temel araçlar arasında yer almaktadır (Yiğit & Erdem, 2014; Tan vd., 2014).

Sosyal sürdürülebilirlik, sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimleri için erişilebilir, adil ve kapsayıcı olmasını ifade etmektedir. Eşit erişim, sağlıkta fırsat eşitliği ve toplumsal refah bu boyutun temel bileşenleridir. Sağlık sistemlerinde sosyal sürdürülebilirlik; hizmet kalitesi, erişilebilirlik, sağlık okuryazarlığı ve toplumsal katılım gibi unsurları kapsamaktadır (Altuntaş & Türker, 2012). Bu yaklaşım hem mevcut hem de gelecek nesillerin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasını hedeflemektedir.

Çevresel sürdürülebilirlik, sağlık hizmetlerinin doğa üzerindeki etkilerini azaltmayı ve kaynakların korunmasını amaçlamaktadır. Sağlık sektörü, enerji tüketimi ve atık üretimi açısından önemli bir çevresel yük oluşturmaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen **yeşil hastane yaklaşımı**, çevre dostu sağlık tesislerinin oluşturulmasını hedeflemektedir. Enerji verimliliği, su tasarrufu, sürdürülebilir malzeme kullanımı ve etkin atık yönetimi bu modelin temel unsurlarını oluşturmaktadır (Alkaabi & Aljaradin, 2022). Ayrıca yenilenebilir enerji kullanımı, geri dönüşüm uygulamaları ve dijital sağlık çözümleri, kaynak kullanımını azaltarak çevresel sürdürülebilirliği desteklemektedir (Ossebaard & Lachman, 2021).

Sürdürülebilir sağlık sistemlerinin geliştirilmesi, hizmet sunum süreçlerinin de yeniden yapılandırılmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, dijitalleşmenin artırılması ve sürdürülebilir tedarik zincirlerinin kurulması ön plana çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hastalık yükünü azaltarak maliyetlerin düşürülmesine katkı sağlamaktadır (McNally, 2020). Benzer şekilde dijital sağlık

ve teletıp uygulamaları, hem erişimi artırmakta hem de karbon ayak izinin azaltılmasına destek olmaktadır (Lopez-Medina vd., 2022).

3. Dönüşümcü Liderlik Kavramı ve Hemşirelik

Liderlik, örgütsel hedeflere ulaşmak amacıyla bireylerin ve kaynakların yönlendirilmesini içeren bir süreçtir (Bernard vd., 1979). Dönüşümcü liderlik kavramı ise Burns (1978) tarafından ortaya konmuş ve Bass (1985) tarafından geliştirilmiştir. Bu liderlik yaklaşımı, çalışanların potansiyellerini ortaya çıkararak onları daha yüksek hedeflere yönlendirmeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda çalışanların örgütsel vizyonla bütünleşmesini teşvik etmektedir (Nielsen vd., 2009).

Dönüşümcü liderlik dört temel boyut çerçevesinde açıklanmaktadır: idealize edilmiş etki, ilham verici motivasyon, entelektüel uyarım ve bireysel ilgi (Bass, 1990). *İdealize edilmiş etki* liderin rol model olmasını ve güven oluşturmasını sağlarken, *ilham verici motivasyon* çalışanların ortak bir vizyon etrafında birleşmesini desteklemektedir. *Entelektüel uyarım* çalışanların yenilikçi düşünmesini teşvik ederken, *bireysel ilgi* ise çalışanların bireysel ihtiyaçlarının dikkate alınmasını sağlamaktadır. Bu boyutların bütüncül etkisi, çalışan motivasyonunun artmasına, örgütsel bağlılığın güçlenmesine ve performansın yükselmesine katkı sunmaktadır (Bass, 1990). Sağlık sektörünün karmaşık ve çok disiplinli yapısı göz önüne alındığında, dönüşümcü liderliğin özellikle hemşirelik hizmetlerinde daha belirgin bir önem kazandığı görülmektedir.

Sağlık kurumları, karmaşık yapıları nedeniyle etkili liderlik yaklaşımlarına ihtiyaç duymaktadır. Özellikle hemşirelik hizmetlerinde liderlik, hasta güvenliği ve bakım kalitesi üzerinde doğrudan etkilidir. Araştırmalar, dönüşümcü liderliğin hemşirelerin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve yenilikçi davranışlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Boamah vd., 2018). Ayrıca bu liderlik yaklaşımı, destekleyici bir çalışma ortamı oluşturarak ekip performansını güçlendirmektedir. Bu bağlamda dönüşümcü liderlik, sağlık kurumlarında sürdürülebilirlik odaklı değişim süreçlerinin etkin şekilde yönetilmesine katkı sağlamaktadır.

4. Sürdürülebilir Sağlık Sistemlerinde Dönüşümcü Liderliğin Rolü

Sürdürülebilir sağlık sistemlerinin oluşturulması, yalnızca teknik çözümlerle sınırlı olmayıp organizasyonel kültürün de dönüşümünü gerektirmektedir. Bu süreçte dönüşümcü liderlik, çalışanların sürdürülebilirlik hedeflerine yönelik farkındalığını artırarak uygulamaların benimsenmesini kolaylaştırmaktadır. Liderlerin vizyoner yaklaşımları ve destekleyici

tutumları, çalışanların sürdürülebilir uygulamalara aktif katılımını teşvik etmektedir. Bu durum, yeşil hastane uygulamalarının yaygınlaşması ve çevre dostu kurum kültürünün gelişmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Sağlık hizmetleri, toplum sağlığını koruma işlevi ile çevresel etkileri arasında bir denge içinde olmalıdır. Yüksek kaynak tüketimi ve atık üretimi, sağlık sektörünü sürdürülebilirlik açısından sorunlu bir alan haline getirmektedir (Oliveira vd., 2024). Bu nedenle yeşil hastane uygulamaları önemli bir çözüm alanı olarak değerlendirilmektedir (Alkaabi & Aljaradin, 2022). Bununla birlikte sürdürülebilirlik uygulamalarının başarısı yalnızca teknik altyapıya bağlı değildir; kurumsal kültür ve çalışan davranışları belirleyici rol oynamaktadır (Ossebaard & Lachman, 2021).

Bu noktada dönüşümcü liderlik, değişim süreçlerini destekleyen önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır (Bass, 1990; Nielsen vd., 2009). Ancak finansal sınırlılıklar, değişime direnç ve iş yükü gibi engeller sürdürülebilir uygulamaların yaygınlaşmasını zorlaştırmaktadır (McNally, 2020). Türkiye özelinde ise politik düzeyde uyum bulunmasına rağmen uygulamada farklılıklar dikkat çekmektedir (Kayıkçı Bardakçı vd., 2022). Bu durum, güçlü liderlik ve kurumsal kapasitenin önemini ortaya koymaktadır.

5. Sonuç

Sürdürülebilirlik, sağlık sistemlerinin geleceğini belirleyen temel unsurlardan biri haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin ekonomik, sosyal ve çevresel boyutlarıyla dengeli bir şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Bu dönüşüm yalnızca altyapı yatırımlarıyla değil, organizasyonel değişimle mümkündür. Bu süreçte dönüşümcü liderlik, sürdürülebilirlik uygulamalarının kurumsal düzeyde benimsenmesini destekleyen kritik bir faktördür. Bu nedenle sağlık kurumlarında liderlik kapasitesinin geliştirilmesi ve sürdürülebilirlik odaklı yönetim anlayışlarının güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Gelecek çalışmaların bu ilişkiyi ampirik olarak incelemesi, özellikle hemşirelik yönetimi alanında literatüre önemli katkılar sunacaktır.

6. Kaynaklar

- Alkaabi, S., & Aljaradin, M. (2022). Green hospitals: Sustainability in healthcare facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–15.
- Altuntaş, S., & Türker, N. (2012). Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik ve yönetim. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 45–52.
- Aydın, F. (2016). *Sürdürülebilirlik kavramı ve sürdürülebilir kalkınma*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press.
- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18(3), 19–31.
- Bernard, C. I., Simon, H. A., & Smithburg, D. W. (1979). *Administrative behavior*. Free Press.
- Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180–189.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. Harper & Row.
- Eren, E. (2010). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. Beta Yayınları.
- Kayıkcı Bardakçı, F., Pınarbaşı, T., & Piyal, B. (2022). Sürdürülebilir kalkınma amaçları kapsamında Türkiye’de sağlık politikalarının değerlendirilmesi. *Sağlık Politikaları Dergisi*, 14(2), 120–135.
- Lopez-Medina, I. M., Alvarez-Nieto, C., Grose, J., et al. (2022). Telemedicine and sustainability in healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1–12.
- McNally, S. (2020). Sustainable healthcare systems: A global perspective. *BMJ*, 368, m998.
- Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J., & Brenner, S. (2009). The effects of transformational leadership on employee well-being. *Work & Stress*, 23(1), 123–135.
- Oliveira, M., Ribeiro, J., & Silva, C. (2024). Carbon footprint of healthcare systems. *Sustainable Healthcare Journal*, 9(1), 1–12.

- Ossebaard, H. C., & Lachman, P. (2021). Climate change, environmental sustainability and healthcare quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 1–7.
- Özer, M. (2015). *Sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik*. Siyasal Kitabevi.
- Özdemir Karaca, M., Demir, H., & Yılmaz, A. (2018). Sürdürülebilir kalkınma ve sağlık politikaları. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Dergisi*, 4(1), 10–20.
- Tan, B., Çelik, Y., & Demir, S. (2014). Sağlık sistemlerinde ekonomik sürdürülebilirlik. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 7(1), 25–37.
- Yiğit, V., & Erdem, R. (2014). Sağlık kurumlarında enerji verimliliği ve sürdürülebilirlik. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 6(2), 40–50.

BÖLÜM 6

FİBROMİYALJİ'DE AĞRI SEMPTOMUNUN YÖNETİMİ: GELENEKSEL DERLEME

Gizem ÖZCAN¹, Güler BALCI ALPARSLAN²

¹ Uzm. Hemşire Bilecik/Bozüyük Devlet Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı, Eskişehir/Türkiye ORCID ID: 0000-0003-1269-8656 e-mail: ozcangizem274@gmail.com

² Prof.Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, Eskişehir/Türkiye ORCID ID: 0000-0003-3734-3843 e-mail: gbalci80@hotmail.com

Giriş

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın vücut ağrıları, yorgunluk ve vücudun belirli bölgelerinde hassas noktaların varlığı ile seyreden kronik, ilerleyici olmayan ve etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen, çeşitli somatik ve psikolojik semptomların eşlik ettiği yaygın bir ağrı bozukluğudur (Wolfe ve ark., 1990; Kösehanoğulları ve Yılmaz, 2018; Stournaras ve Petrovic, 2019). Hastaların çoğu kronik yaygın ağrının yanı sıra; uyku düzeninde bozulma, halsizlik, vücutta parestezi, göz-ağız gibi mukozalarda kuruluk, çarpıntı, baş ağrısı, baş dönmesi, bilişsel düzende bozukluk ve kaygılı ruh hali, beyin sisi, dismenore, ağrılı olmayan uyarana ağrılı olarak algılama (allodini), hafif ağrı oluşturması beklenen uyarana şiddetli ağrı yanıtı oluşturma (hiperaljezi) gibi çeşitli somatik ve psikolojik semptomlardan yakınmaktadırlar (Küçükşen ve ark., 2013; Menzies, 2016; Kösehanoğulları ve Yılmaz, 2018; Demiray ve Zengin Alpözgen, 2022).

Fibromiyalji sendromunun oluşum mekanizmasında her ne kadar genetik, çevresel, psikolojik ve immünolojik faktörlerin rol oynadığı düşünülse de etiyolojisi ve patofizyolojisi tam olarak açıklanabilmiş değildir (Karadağ, Canbaş ve Parlak, 2018). Fakat uyku paterninde değişiklik, seratonin, P maddesi, kortizol seviyesi, büyüme hormonu gibi nöroendokrin sistemde meydana gelen değişiklikler, ağrı mekanizmaları, santral sensitizasyon, dış stres etkenleri gibi faktörlerin etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir (Bellato ve ark., 2012; Babadağ ve Balci Alparslan, 2016; Dizner-Golab, Lisowska ve Kosson, 2023). FMS'nin genel popülasyonda görülme oranının %2 ila %8 arasında değiştiği, osteoartritten sonra en çok görülen ikinci romatizmal hastalık olduğu, yaşla birlikte artış gösterme eğiliminde olduğu, genellikle 30 ila 50 yaş aralığında başlangıç gösterdiği ve kadın cinsiyette insidansının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Arnold ve ark., 2019; Demiray ve Zengin Alpözgen, 2022; Dizner-Golab ve ark., 2023).

Fibromiyalji, primer ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Primer fibromiyaljide altta yatan bir hastalık bulunmazken, sekonder fibromiyalji başka bir etkenle ilişkilidir. Ancak bu ayrımın Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından ayırıcı tanı olarak önerilmediği belirtilmektedir (Özçetin, 2014). FMS tanılama süreci uzun olması, hastalığın kesin tanımlanamaması ve diğer hastalıklarla karışabilmesi nedeniyle vakaların %75'ine doğru tanı konulamamaktadır (Häuser, Sarzi-Puttini ve Fitzcharles, 2019; Dizner-Golab ve ark., 2023). İlk tanı kriterleri 1990 yılında ACR tarafından belirlenmiş, bu tanılama kriterlerinde kronik yaygın ağrı ve 18 hassas noktanın en az 11'inde duyarlılığın varlığı esas alınmıştır. Ancak, bu kriterlerin bazı eksiklikleri nedeniyle 2010 yılında Wolfe ve ark. tarafından güncellenmiş, 2011'de hassas nokta palpasyonu kaldırılarak yerine Yaygın Ağrı İndeksi (WPI) ve Semptom Şiddeti (SS) ölçeği eklenmiştir (Wolfe ve ark., 2010, Wolfe ve ark., 2016). Yeni kriterlerde semptomların en az 3 ay sürmesi ve başka bir tıbbi durumla açıklanamaması gerekmektedir. 2010 ve 2011 kriterleri, FMS'nin daha anlaşılır hale

getirilmesini, bilişsel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk ve uyku sorunları gibi ek semptomların önemini vurgulamayı amaçlamaktadır. Ancak, özgünlük ve duyarlılığının düşük olması nedeniyle 2013 yılında Benett ve ark. tarafından ACR Alternatif Tanı Kriterleri yayımlanmıştır (Çağlıyan Türk, 2019).

Hastalar fibromiyalji tanısı almadan önce yıllarını semptomları hafifletmek için harcamaktadır. Tanı aldıktan sonra da yüksek oranda damgalanma, destek sistemlerinin yetersizliği, tedavi ve bakım masraflarının ciddi oranda artışı, işgücünde ve verimlilikte azalma ve ekonomiye olumsuz etki durumu ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Menzies, 2016). Bunun için hastalığın ve hastalığın en yaygın semptomu olan ağrının yönetimi ve bu süreçte hemşirenin rolü büyük önem arz etmektedir.

Fibromiyalji ile İlişkili Ağrı Semptomu

Fibromiyalji sendromunun en yaygın görülen ve en belirgin semptomu ağrıdır. Genellikle baş, boyun ve omuz bölgelerinden kaynaklanan ve vücudun geri kalanına yayılan ağrı, hastalar tarafından yanma, zonklama, karıncalanma şeklinde ifade edilmektedir. Ağrının şiddeti ve türü kişiden kişiye değişiklik gösterse de sıcaklık, nem, travma, yorgunluk, stres ve kinezyofobi gibi faktörlerin ağrı üzerinde etkili olduğu gözlemlenmektedir (Demiray ve Alpgözen, 2022; Cihan, Durmaz, Arca ve Sahbaz Pirincci, 2024). FMS'li 48 bireyin ve sağlıklı 48 bireyin ağrı ve ilişkili durumlar açısından karşılaştırıldığı Cihan ve ark., (2024) çalışmasında, FMS'li bireylerin VAS (Visual Analogue Scale) puanlarının 7 olduğu ve kontrol grubuna göre anlamlı derece yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada ağrının yol açtığı engelliliğin, fonksiyonel yetersizliğin ve umutsuzluğun FMS'li grupta anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Fibromiyalji hastalarında ağrı yönetimine yönelik yapılan araştırmalar, ağrı yönetiminde çok yönlü yaklaşımların bulunduğunu ve olumlu sonuçlar ortaya çıkardığını, hastaların ağrı yönetiminde öz becerilerinin ise yüksek olduğunu göstermektedir (Clauw, Noyes Essex, Pitman ve Jones, 2019; Cihan ve ark., 2024). Ağrı ile başa çıkma yollarını bilmek, ağrılı durumları tedavi eden ve ağrı ile ilişkili davranışlarda davranış değişikliği geliştirilmesini sağlayan sağlık profesyonelleri için oldukça önemlidir (Cihan ve ark., 2024).

Fibromiyalji sendromu, pek çok belirtinin bir arada bulunduğu bir hastalıktır. FMS'nin yönetiminde aynı tanıya sahip tüm hastalar aynıdır ve aynı şekilde tedavi edilmelidir zihniyetinden uzaklaşarak bireyler biyopsikososyal açıdan ayrı ayrı ele alınmalı ve multidisipliner ekip anlayışıyla

tedavi ve bakım süreçleri gerçekleştirilmelidir. Böylelikle bireyin tedaviye olan uyumu kolaylaşırken, semptom yönetimi daha başarılı olmaktadır (Bennett, 2016; Babadağ ve Balcı Alparıslan, 2016).

Hastalık Yönetimi/Bakım

Fibromiyalji yönetiminde en önemli aşamalardan biri, hastaya doğru tanının konulmasıdır. Doğru tanının sağlanabilmesi için hastanın ağrı durumu, fizyolojik ve psikososyal özellikleri ile ağrıya bağlı gelişen yorgunluk gibi semptomlarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, hastalık yönetiminde kritik bir diğer unsur, fibromiyalji ile ilişkili tüm rehberlerde vurgulandığı üzere hasta eğitiminin ihmal edilmemesidir. Hastaların, hastalığın doğası, tedavi süreci ve ilişkili durumlar hakkında bilimsel temellere dayanan uygun eğitim modelleri kullanılarak bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Oksel ve Balcı Alparıslan, 2019).

Fibromiyalji yönetim sürecinde, hastanın tedavisi bireyselleştirilerek hastaya özgü bir tedavi ve bakım planı oluşturulmalıdır. Tedavi sürecinde temel amaç, hastanın yaşam kalitesini artırmak, semptomları hafifletmek ve bağımsızlığını desteklemektir. Hastalık yönetimi multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile ele alınmalı, tedavi ve bakım sürecinde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler bir arada kullanılmalıdır. Bu bağlamda, uygulanacak yöntemlerin bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak belirlenmesi gerekmektedir (Balcı Alparıslan ve ark., 2016; Oksel ve Balcı Alparıslan, 2019). Hasta eğitimi, psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, egzersiz ve farmakolojik tedavi temel tedavi yöntemleri arasında yer almakla birlikte, fibromiyalji sendromu (FMS) için evrensel olarak kabul görmüş kesin bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Bununla birlikte, farmakolojik ve non-farmakolojik girişimlerin entegre bir şekilde kullanılmasının, tedavi yönetim sürecinde etkinliği artırabileceği öne sürülmektedir (Demirbağ ve Erci, 2012; Balcı Alparıslan ve ark., 2016).

Ağrı Semptomunun Yönetiminde Farmakolojik Girişimler

Farmakolojik tedavide birinci basamak, tanının doğrulanması ve eşlik eden anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu gibi durumların varlığının araştırılmasıdır. İlaç intoleransı gelişmesinin önüne geçilmesi için tedaviye düşük dozlarda başlanmalı, doz yavaş yavaş arttırılmalıdır. İlaç ilk defa başlanıyorsa yan etki ve hasta uyumunun takibi önemlidir. Tedaviye başladıktan 7-10 gün sonra hasta uyumu değerlendirilmeli, sonrasında doz ayarlaması sağlanana kadar 2 haftada bir, istenen doza ulaşıldığında ise 2 ayda bir kontrol edilmelidir. En uygun farmakolojik tedavi bireyin semptomları doğrultusunda belirlenmelidir. FMS’de etkinliği kanıtlanmış farmakolojik ajanlar trisiklik antidepressanlar (TSA), siklobenzaprin, tramadol, serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri

(SNRI), selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve antiepileptikler (pregabalin, gabapentin)'dir. Yapılan çok sayıda randomize kontrollü çalışma farmakolojik tedavinin orta düzeyde etkili olduğunu göstermektedir (Sindel, Saral ve Esmailzadeh, 2012; Dernek, Aydın, Kesiktaş ve Aksoy, 2016; Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği, 2018). Amitriptilin, siklobenzaprin, duloksetin, milnasipran ve pregabalin türevi ilaçların fibromiyaljide gelişen ağrının yönetilmesinde etkili olduğu yapılan çeşitli sistematik derlemeler ile ortaya konmuştur (Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği, 2018). Farmakolojik tedavi ile ağrının yanı sıra yorgunluğunda azaldığı, iyilik halinin ve fonksiyonelliğin artış gösterdiği bilinmektedir (Sindel ve ark., 2012; Dernek ve ark., 2016; Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği, 2018). Tedavinin faydası görülmediğinde ya da yan etkileri artış gösterdiğinde tedavi sonlandırılmalıdır. Örneğin; gabapentin ve antidepresanlar yorgunluğun şiddetini arttırabilirken, opioidler depresyon belirtilerinde artışa yol açabilirler. Bu sebeple verilecek olan ilaçlar dikkatle seçilmeli ve yan etki takipleri düzenli bir şekilde yapılmalıdır (Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği, 2018). Taylor ve ark., (2019) tarafından 941 FMS'li birey üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin benzer etkinlik oranlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, farmakolojik olmayan yöntemlerin daha düşük yan etki profiline sahip olduğu ve hastalar tarafından daha yüksek kabul edilebilirlik gösterdiği tespit edilmiştir (Taylor ve ark., 2019). FMS'nin etyopatogenezi halen net bir şekilde açıklanamadığı için tedavi multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Güncel literatür farmakolojik ajanların çok çeşitli olduğunu fakat kanıt düzeyi yüksek sınırlı sayıda ilaç bulunduğunu söylemektedir. Farmakolojik ajanlar ile farmakolojik olmayan girişimlerin entegre bir şekilde uygulanmasının daha doğru bir yaklaşım olacağı savunulmaktadır (Aşkın ve Özkan, 2017; Sarzi-Puttini, Giorgi, Marotto ve Atzeni, 2020).

Ağrı Semptomunun Yönetiminde Non-Farmakolojik Girişimler

Hasta eğitimi, bilişsel-davranışsal tedaviler ve egzersiz bu grup içinde ele alınmaktadır. Bunlar farmakolojik olmayan en iyi 3 girişimdir ve fibromiyaljinin yönetimi konusunda güçlü kanıtları bulunmaktadır (Clauw, 2015).

Hasta Eğitimi: Eğitim, FMS tedavisinde multidisipliner rehabilitasyon ve ağrı öz yönetiminin vazgeçilmez bir bileşenidir. Ağrı nörobilim eğitimi (PNE), ağrının anlaşılmasını ve yeniden anlamlandırılmasını amaçlayan bir tür bilişsel terapidir ve multimodal yaklaşımda güncel adjuvan tedavi seçeneklerinden biridir (Martinez ve Guimaraes, 2024). PNE ile elde edilmek istenen, hastaların ağrıya ilişkin önceki inanç ve tutumlarının değiştirilmesidir. Yapılan sistematik derleme ve metaanalizler, kronik ağrıda PNE'nin multimodal yaklaşım bir parçası olarak kullanılmasının ağrı ile

ilişkili semptomları azalttığını ve etkili bir girişim olduğunu göstermiştir (Saracoğlu, Akin ve Aydın Dincer, 2022). Lepri ve ark., (2023) tarafından yapılan bir başka sistematik derlemede de standart tedaviye ilaveten nörobilim eğitimi alan FMS'li hastalarda yalnızca standart tedavi alanlara göre ağrı ile ilişkili semptomlarda daha iyi sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir (Lepri, Romani, Storari ve Barbari, 2023). Yakın zamanda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, PNE'nin FMS'li hastaların ağrı ile ilgili inançlarını değiştirdiğini, onları korkulardan, felaketlerden ve acıya dair olumsuz düşüncelerden uzaklaştırdığını ve böylelikle ağrının şiddetinin azaltılmasını sağladığını göstermiştir (Kircali, Özcan ve Karahan, 2024).

Hasta eğitiminin bir diğer türü ise geleneksel eğitim yöntemidir. Bu eğitim türünde, tedaviye hasta ve yakınlarının eğitimi ile başlanması kabul görmektedir. Hasta ve yakınlarına fibromiyaljinin nasıl bir hastalık olduğu, belirtileri ve tedavi yöntemleri uygun eğitim yöntemi ve materyalleri kullanılarak anlatılmalıdır. Eğitim süreci hastalığın her aşamasında devam etmeli ve bu sürece hasta ile birlikte yakınları da dahil edilmelidir (Özkan, 2017). Verilecek olan eğitimin faydalı olabilmesi için hastaların eğitimin faydalarına inanmaları ve eğitim için hazır bulunmaları gerekmektedir. Fibromiyalji hastalarının eğitim ve türü ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların tamamına yakını (%94) eğitimin faydalı olduğunu kabul etmiş ve fibromiyalji tedavisinde önemli bir rol oynadığını düşündüklerini söylemişlerdir. Bu durum çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının her ikisinde de geçerli olmakla birlikte çevrimiçi eğitimlerde daha az etkileşim ve bağlantı kurma gibi sınırlamaların daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Mohabbat ve ark., 2024). Fibromiyalji hastalarına verilecek olan hasta eğitimi ile hastaların güven duymaları sağlanır, memnuniyetleri artış gösterir ve semptom şiddeti azalarak sağlık hizmeti başvuruları düşürülebileceği görülmüştür.

Bilişsel-Davranışsal Terapi (BDT): Bireylerin yaşamış olduğu semptomlara yükledikleri anlam, tutum ve beklentileri, öz-yeterlilik ve kontrol algısı, geleceğe dair hissettiği kaygılar, başa çıkma becerileri gibi birçok bilişsel etmen ağrı algısını ve ağrıya verilen tepkileri etkilemektedir (Kanık Tezcan ve Yalçınkaya Alkar, 2022). Bu terapi yöntemi ile hastanın önceden yaşamış olduğu olaylara karşı verdiği tepkilerin yeniden yapılandırılması, sorun çözme davranışlarının geliştirilmesinin sağlanması, ağrı ile baş etme yollarının keşfedilmesi, uykunun düzenli hale getirilerek yorgunluğun azaltılması amaçlanmaktadır (Özkan, 2017; Martinez ve Guimaraes, 2024). Günümüzde osteoartrit, romatoid artrit gibi romatolojik hastalıklarda BDT'nin etkisi kanıtlanmıştır. Fakat FMS özelinde fikir ayrılığı bulunmaktadır. FMS'de BDT'nin etkili olduğunu söyleyen kadar, etkisinin bulunmadığını gösteren çok sayıda yayın bulunur. Bu durum sebepleri ise şu şekilde ifade edilmiştir; yaşanan semptomların yoğunluğundan dolayı psikiyatrik sorunlar FMS'li hastalarda daha yüksek oranda

görülür bu durum tedaviye ve BDT'ye olan uyumu azaltır. Bir diğeri ise FMS'de ağrının, merkezi sinir sisteminin stres yanıtı ve ağrı algısıyla ilişkili yapıların işlevindeki kalıcı değişiklikler sonucunda ortaya çıkabileceğinin düşünülmesidir (Erçalık ve ark., 2017).

BDT uygulanan çocuk, ergen ve yetişkin 2031 FMS hastasını içeren randomize kontrollü 23 çalışmanın yer aldığı bir sistematik derlemeye göre, bilişsel davranışsal terapi uygulanan gruplarda ağrı, olumsuz ruh hali ve işlev kaybında azalmada hem kısa hem de uzun vadede anlamlı pozitif farklılık görüldüğü tespit edilmiştir (Bernardy, Klose, Busch, Choy ve Häuser, 2013). Bir grup araştırmacı tarafından yapılan randomize kontrollü bir başka çalışmada FMS'li hastalarda Transkutanöz Elektrik Stimülasyonu(TENS), hasta eğitimi ve BDT'nin ağrı üzerindeki etkileri incelenmiştir. TENS'in ağrı üzerine etkili olduğu, grup halinde uygulanan BDT ve hasta eğitiminin ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu, BDT'nin depresyon ve uyku kalitesine etkisinin hasta eğitimine üstün olduğu ispat edilmiştir (Erçalık ve ark., 2017). BDT'nin ağrı üzerindeki etkisi başka çalışmalarla da desteklenmektedir (Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği, 2018; Hocaoglu Uzunkaya ve Temeloğlu Şen, 2021). Sonuç olarak BDT yöntemi, FMS tedavisinde multidisipliner tedavi anlayışı kapsamında değerlendirilmektedir. Hastalara bütüncül bir şekilde ve bireysel özellikleri dikkate alınarak tedavi planı kişiselleştirilmelidir.

Egzersiz: Egzersiz terapisi, fibromiyalji tedavisinin önemli bir parçasıdır. Çünkü hastalar genellikle zayıf kas gücüne sahiptir ve bu durumda dayanıklılığın azalmasına neden olarak günlük işlerin yapılmasında aksaklıklara yol açmaktadır (Bidonde ve ark., 2017; Manojlovic ve Kopse; 2023). FMS'li hastalarda ağrı yönetimi için kullanılan en yaygın egzersiz türü aerobik egzersizlerdir. Aerobik egzersiz sırasında endorfin ve nörotransmitter seviyeleri artmakta bu da ağrının azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Aerobik ve güçlendirici egzersizler Avrupa Romatizma Birliği (European League Against Rheumatism-EULAR) (2017)'nin fibromiyaljide önerdiği non-farmakolojik yöntemler arasında kanıt düzeyi IA ve öneri gücü güçlü olarak tavsiye edilmektedir. Ağrının yanı sıra inflamatuvar olayların, stres, anksiyete ve depresyon seviyelerinin azalması, daha kaliteli uyku ve ruh halinin oluşmasında faydalı olmaktadır (Oksel ve Balcı Alparlan, 2019; Manojlovic ve Kopse; 2023). FMS'li ve en az bir aerobik egzersiz programını uygulayan yetişkinleri içeren randomize kontrollü 9 çalışmanın yer aldığı sistematik derlemede, aerobik egzersizlerinin FMS'li hastalarda ağrı yönetiminde etkili olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda aerobik egzersizlerin esneme egzersizlerine göre ağrı yönetiminde daha iyi olduğu, pilates, kas güçlendirme ve gevşeme teknikleri ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiştir (Manojlovic ve Kopse; 2023). Fiziksel egzersizlerin yanı sıra solunum egzersizlerinin de ağrının kontrol edilmesinde önemli bir yerinin olduğu bilinmektedir. Solunum egzersizleri ile nöromüsküler ve hipotalamik aktivite ile serebral

korteksin uyarılabilirliği azaltılmaktadır. Bu sayede fiziksel ve ruhsal bir rahatlama sağlanmaktadır. Yapılan bir metaanaliz çalışması da solunum egzersizlerinin ağrının yönetimindeki etkisini destekler sonuçları ortaya koymuştur (Nunez, Pena ve Mendoza Barrios, 2024). Terapötik egzersiz(TE) ve nörobilim eğitiminin(PNE) FMS'li bireylerde ağrı üzerine etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada, her iki yönteminde ağrının kontrolünde etkili olduğu, kısa vadede ağrının hafifletilmesinde nörobilim eğitimi ile terapötik egzersiz uygulamalarını birlikte alan grubun, yalnızca terapötik egzersiz alan gruba göre daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bu da egzersiz ve eğitimin birlikteliğinin hastalık yönetiminde daha anlamlı sonuçlar ortaya çıkaracağını, multidisipliner anlayışın geliştirilmesinin önemini göstermektedir (Ceballos-Laita ve ark., 2020). Egzersiz programları bireye göre hazırlanmalı, düşük yoğunlukta ve uzun vadeli olmalıdır. Diğer yandan, fizik tedavi uygulamaları, masaj, gevşeme ve basınç teknikleri ağrının ve kas gerginliklerinin azaltılmasında olumlu sonuçlar vermektedir (Özkan, 2017).

Sonuç

Fibromiyalji, yaygın kas-iskelet sistemi ağrıları, kronik yorgunluk ve uyku bozuklukları ile karakterize, etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış bir sendromdur. Hastalığın yönetimi, düzenli takip ile birlikte farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımların multidisipliner bir çerçevede uygulanması ile mümkün olmaktadır. Fibromiyalji yönetiminde bireyselleştirilmiş yaklaşımlar benimsenerek, hastaların fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül tedavi ve destek programlarının oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

Kaynakça

- Arnold, L. M., Bennett, R. M., Crofford, L. J., Dean, L. E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., *et al.* (2019). AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 20 (6), 611-628. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>
- Aşkın, A., & Özkan, A. (2017). Fibromiyaljide farmakolojik tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(1), 124–141. <https://doi.org/10.17827/aktd.280530>
- Babadağ, B., & Balcı Alparslan, G. (2016). Fibromiyalji ve D vitamini ilişkisi hemşirelik bakımı. *HSP*, 3(3), 226–233. <https://doi.org/10.17681/hsp.96071>
- Balcı Alparslan, G., Babadağ, B., Özkaraman, A., Yıldız, P., Musmul, A., & Korkmaz, C. (2016). Effects of music on pain in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 35(5), 1317–1321. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-3046-3>
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2012/426130>
- Bennett, R. M. (2016). Pain management in fibromyalgia. *Pain Management*, 6(4), 313–316. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0026>
- Bernardy, K., Klose, P., Busch, A. J., Choy, E. H., & Häuser, W. (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(9), CD009796. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009796.pub2>
- Bidonde, J., Busch, A. J., Schachter, C. L., Overend, T. J., Kim, S. Y., Góes, S. M., Boden, C., & Foulds, H. J. (2017). Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), 1–12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012700>
- Ceballos-Laita, L., Mingo-Gómez, M. T., Navas-Cámara, F., Estébanez-de-Miguel, E., Caudevillapolo, S., Verde-Rello, Z., Fernández-Araque, A., & Jiménez-del-Barrio, S. (2020). Therapeutic exercise and pain neurophysiology education in female patients with fibromyalgia syndrome: A feasibility study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3564. <https://doi.org/10.3390/jcm9113564>
- Cihan, E., Durmaz, E. D., Arca, M., & Şahbaz Pirinççi, C. (2024). Comparing relationships between pain coping levels and pain, functional capacity, and disability among patients with fibromyalgia and healthy controls. *Perceptual and Motor Skills*, 131(5), 1647–1663. <https://doi.org/10.1177/00315125241272677>

- Clauw, D. J., Noyes Essex, M., Pitman, V., & Jones, K. D. (2019). Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: Rationale and implications for pain management. *Postgraduate Medicine*, 131(3), 185–198. <https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1574403>
- Clauw, D. J. (2015). Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(5), 680–692. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
- Çağlıyan Türk, A. (2019). Fibromiyalji tanısı için eski ve yeni kriterler: Değerlendirme ve karşılaştırma. *Ankara Medical Journal*, (1), 83–95. <https://doi.org/10.17098/amj.542154>
- Demiray, C., & Zengin Alpözgen, A. (2022). Fibromiyalji sendromunda tamamlayıcı tedaviler. *Journal of Health Promotion Research*, 4(1), 49–56.
- Demirbağ, B., & Erci, B. (2012). The effects of sleep and touch therapy on symptoms of fibromyalgia and depression. *Iranian Journal of Public Health*, 41(11), 44–53.
- Dizner-Golab, A., Lisowska, B., & Kosson, D. (2023). Fibromyalgia: Etiology, diagnosis and treatment including preoperative management in patients with fibromyalgia. *Reumatologia*, 61(2), 137–148. <https://doi.org/10.5114/reum/163094>
- Dernek, B., Aydın, T., Kesiktaş, F. N., & Aksoy, C. (2016). Fibromiyalji sendromunda tanı, tedavi ve rehabilitasyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(1), 1–10.
- Erçalık, C., Özçelik Yücekuş, B., Erçalık, T., Yılmaz, F., & vd. (2017). Fibromiyalji sendromunda bilişsel davranışçı terapi ve TENS tedavilerinin etkinliği. *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 2(1), 6–19.
- Häuser, W., Sarzi-Puttini, P., & Fitzcharles, M. A. (2019). Fibromyalgia syndrome: Under-, over-, and misdiagnosis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37(116), 90–97.
- Hocaoğlu Uzunkaya, A., & Temeloğlu Şen, E. (2021). Fibromiyalji sendromlu hastalarda gevşeme odaklı bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin karma yöntemle değerlendirilmesi. *Ağrı*, 33(2), 64–83. <https://doi.org/10.14744/agri.2020.02259>
- Kanık Tezcan, R. E., & Yalçınkaya Alkar, Ö. (2022). Fibromiyalji ile ilişkili psikolojik faktörler ve psikolojik müdahale alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 221–234. <https://doi.org/10.18863/pgy.972163>
- Karadağ, A., Canbaş, M., & Parlak, M. (2018). Balneoterapinin fibromiyalji hastalarında ağrı ve yaşam kalitesine etkisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9(35), 120–144. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.391345>

- Kircali, S., Özcan, Ö. Ö., & Karahan, M. (2024). Pain neuroscience education and motor imagery-based exercise protocol for patients with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Brain and Behavior*, 14(9), e70013. <https://doi.org/10.1002/brb3.70013>
- Kösehanogulları, M., & Yılmaz, N. (2018). Fibromiyalji sendromu ve nöropatik ağrı. *Aegean Journal of Medical Sciences*, 1, 26–31.
- Küçükşen, S., Genç, E., Yılmaz, H., Sallı, A., Albayrak Gezer, İ., Karahan, A. Y., et al. (2013). The prevalence of fibromyalgia and its relation with headache characteristics in episodic migraine. *Clinical Rheumatology*, 32, 983–990. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2218-2>
- Lepri, B., Romani, D., Storari, L., & Barbari, V. (2023). Effectiveness of pain neuroscience education in patients with chronic musculoskeletal pain and central sensitization: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4098. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054098>
- Manojlović, D., & Kopše, E. I. (2023). The effectiveness of aerobic exercise for pain management in patients with fibromyalgia. *European Journal of Translational Myology*, 33(3), 11423. <https://doi.org/10.4081/ejtm.2023.11423>
- Martinez, J. E., & Guimarães, I. (2024). Fibromyalgia: Are there any new approaches? *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 38(1), 101933. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2024.101933>
- Mohabbat, A. B., Salonen, B. R., Davis, X. D., Volcheck, M. M., Luedtke, C. A., Natividad, L. T., Pena Guzman, T. D., Johnson, S. M., Ledvina, A. J., Merza, C. T. L., & Wight, E. C. (2024). In-person or virtual educational preferences in patients with fibromyalgia: A cross-sectional survey study at an academic medical center. *Pain Management Nursing*, 25(4), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.03.007>
- Nunez, J. M., Pena, G. V., & Mendoza Barrios, A. M. (2024). The effectiveness of breathing exercise in fibromyalgia syndrome: A pain meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 64(68), 4155. <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2024.PA4155>
- Oksel, E., & Balcı Alparslan, G. (Eds.). (2019). *Romatoloji hemşireliği: Hastalıklar ve bakımı*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özçetin, A. (2014). Fibromiyalji bir psikiyatrik bozukluk mu, yoksa birliktelik mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 34–44.
- Özkan, N. (2017). Fibromiyalji sendromunda bütüncül yaklaşım. *Journal of Complementary Medicine*, 11(1), 12–19.

- Saracoğlu, I., Akin, E., & Aydın Dincer, G. B. (2022). Efficacy of adding pain neuroscience education to a multimodal treatment in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 25, 394–404. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.14293>
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020). Fibromyalgia: An update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*, 16(11), 645–660. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w>
- Sindel, D., Saral, İ., & Esmailzadeh, S. (2012). Fibromiyalji sendromunda uygulanan tedavi yöntemleri. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58, 136–142. <https://doi.org/10.4274/tftr.53244>
- Stournaras, D., & Petrovic, K. (2019). Fibromyalgia treatment and management considerations for nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(6), 371–377. <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000178>
- Taylor, S., Steer, M., Ashe, S., Furness, P., Haywood-Small, S., & Lawson, K. (2019). Patients' perspective of the effectiveness and acceptability of pharmacological and non-pharmacological treatments of fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(1), 167–181. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0116>
- Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği. (2018). Fibromiyalji tanı ve tedavi önerileri. *Cortex İletişim Hizmetleri A.Ş.*
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., et al. (2016). Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46, 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>