

HEMŞİRELİK VE EBELİK

ALANINDA ARAŞTIRMALAR VE DEĞERLENDİRMELER



EDİTÖR

Doç. Dr. Aysun TÜRE

ARALIK 2025

YAYIN KODU

gece
kitaplığı

İmtiyaz Sahibi / Yaşar Hız
Yayına Hazırlayan / Gece Kitaplığı

Birinci Basım / Aralık 2025 - Ankara
ISBN / 978-625-8570-28-1

© 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
DEĞERLENDİRMELER**

ARALIK 2025

EDİTÖR

Doç. Dr. Aysun TÜRE

gece
kıtıplığı

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

MENOPOZ DÖNEMİNDE MEYDANA GELEN FİZİKSEL VE RUHSAL DEĞİŞİKLİKLER

Aynur ATAMAN KUFACI, Nuray TÜRK DENİZ 7

BÖLÜM 2

ÖNDERLİK, GÜÇ VE HEMŞİRELİK

Gökhan TEZ, Melek ARDAHAN 19

BÖLÜM 3

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON VE KAÇIŞ ODASI UYGULAMALARI

Esmâ KÖYLÜ, Tuba YILMAZER, Hilal TÜZER 37

BÖLÜM 4

METABOLİK SENDROM VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Merve AKINCI 51

BÖLÜM 5

İHMAL VE İSTİSMARIN GÖSTERGELERİ VE SAĞLIK SONUÇLARI

Aynur ATAMAN KUFACI, Nuray TÜRK DENİZ 63

BÖLÜM 6

CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE ALTERNATİF AĞRI YÖNETİMİ: PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİNİN TERAPÖTİK ROLÜ

Büşra ERGEN TURAN , Gülay YAZICI 77

BÖLÜM 7

İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR VE HEMŞİRELİK

Gözde ÇETİNKAYA ALKAYA, Aysun TÜRE, Özlem KERSU 87

BÖLÜM 8

GESTASYONEL DİYABETESMELLİTUS TANISI ALMIŞ GEBELERDE ÖZYETERLİLİĞİN VE YAŞAM KALİTESİNİN ARTTIRILMASINDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ÖNEMİ

Fatma YILMAZ FINDIK, Meltem AKBAŞ 101

BÖLÜM 9

YAPAY ZEKÂ DESTEKLİ HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE OTONOMİ

Yusuf SARI, Aysun TÜRE, Özlem KERSU 125

BÖLÜM 1

MENOPOZ DÖNEMİNDE MEYDANA GELEN FİZİKSEL VE RUHSAL DEĞİŞİKLİKLER

Aynur ATAMAN KUFACI¹, Nuray TÜRK DENİZ²

¹ Öğr. Gör., Sinop Üni. Sağlık Hizmetleri MYO, Diyaliz Orcid: 0000-0002-3708-0556

² Öğr. Gör., Sinop Üni. Sağlık Hizmetleri MYO, Anestezi Orcid: 0000-0002-5247-975X

Yunanca: mene (ay); pausis (durma) kelimelerinden oluşan menopo  son adet dönemi olarak tanımlanmaktadır (Ceylan ve  zerdoğan, 2015). Menopozal dönem östrojenin azalması ve overlerin foliküler aktivitesinin kaybı nedeniyle menstrüasyonun kalıcı olarak sonlandığı, biyopsikososyal değişimlerin yařandđı üreme dışı yaşama geçiş sürecidir. Menopozdan bahsedebilmek için kadının 12 aylık amenore süresini tamamlaması gerekmektedir. (Li ve ark., 2016). Menopoz; premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz dönemlerinden oluşmaktadır. Menopozun ilk semptomlarının görüldüğü, menopozal dönemin başlangıç evresi perimenopoz dönemidir. Bu dönem kişiden kişiye değişmekle birlikte 2-6 yıl arasında sürebilmektedir. Bu dönemin özelliği menstruel siklusun düzensizleşmesi ve gebe kalma şansının azalmasıdır (Susanti ve ark., 2021). Kadınların düzensiz adet görme ve aralıklı amenore yaşadıkları, kadının üreme döneminden üreme dışı yaşamına geçişi temsil eden bir dönem perimenopoz dönemidir. Perimenopoz yaklaşık 47 yaşında başlar ve ortalama 5-8 yıl sürer. Menopozdan 12 ay sonra başlayıp yaşlılık dönemi başlangıcına kadar devam eden süreç ise postmenopozal dönem olarak kabul edilmektedir. Bu süreç 6-8 yıl kadar sürebilmektedir. Bu dönemde overlerin fonksiyonu tamamen sona ermiştir, üreme yeteneği bitmiştir (Tümer ve Kartal, 2018). Menopozal dönemde hormonal düzensizlikler nedeniyle bir takım fiziksel ve duygusal değişimler meydana gelmektedir. Bu değişimler menopoz semptomları olarak adlandırılmaktadır (Monteleone ve ark., 2018). Bu semptomlar kadınların %80'inden fazlasını etkilemekle birlikte kadınların yaklaşık üçte biri bu semptomları şiddetli şekilde yaşamaktadır (Talaulikar, 2022). Semptomlar kadınlar arasında sıklık, şiddet ve süre açısından farklılık göstermektedir. Yaşanan semptom deneyimini menopoz yaşı, eğitim, istihdam, bireysel ve kültürel farklılıklar, sağlık durumu, menopoz tipi (doğal veya cerrahi), stres, çevresel koşullar ve sosyal iletişim gibi faktörler etkilemektedir (Namazi ve ark., 2019). Menopoz belirtileri oldukça sıkıntı verici olabilir ve kadınların kişisel, sosyal ve iş yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilir. Menopoz döneminde yaşanan başlıca semptomlar; vazomotor semptomlar (ateş basması ve gece terlemeleri), uyku ile ilgili semptomlar, yorgunluk, ruh hali değişiklikleri, artan anksiyete, çarpıntı, vajinal kuruluk, dispareuni, mesane semptomları (sıklık, aciliyet ve idrar kaçırma), beyin sislenmesi, eklem ağrıları, tırnakların incilmesi, cilt/göz kuruluğu ve cilt ve saçta değişikliklerdir.

Siklus Düzensizlikleri

Menopozun tipik bir belirtisi olan siklus düzensizlikleri, adet döngüsünün süresinde, kanama miktarında veya d zenliliğinde meydana gelen her türlü anormallik olarak kabul edilmektedir (Bae ve ark., 2018). Over fonksiyonlarının azalması sonucunda  det kanamalarının düzeni değişmekte ve fertilit  kaybı yaşanmaktadır. Bu süreçte adet döngülerinde gecikme, amenore,

siklus süresinde uzama gibi değişiklikler görülebilmektedir (Martin ve ark., 2016). Hipotalamus-hipofiz ekseninin östrojen tarafından hem pozitif hem de negatif geri bildirimle duyarlılığını kaybettiği için anovulatuvar adet döngüsü ortaya çıkmaktadır (Talaulikar, 2022). Menopoza geçiş döneminde hormonal sekresyon değişmiş, ovulasyon bozulmuş ve menstrual düzensizlik görülmeye başlanmıştır. Erken reproduktif dönem gebe kalabilirlik oranının azaldığı ve sikluslarda değişikliklerin başladığı dönemdir. Geç reproduktif dönemde ise FSH değerleri değişkenlik göstermekte, foliküler fazın kısalmasına bağlı olarak sikluslar kısalmaktadır. Erken foliküler fazda FSH'nın yükselmesi genellikle reproduktif yaşlanmanın ilk bulgusu olarak kabul edilmektedir (Jalil ve ark., 2021). Menopoza geçiş dönemi siklus sürelerinin ve hormon değerlerinin oldukça değişken olduğu ve anovulatuvar siklus sayısının oldukça artmış olduğu bir dönemdir. Erken menopoza geçiş evresinde siklusların süreleri arasında 7 gün veya daha fazla değişkenlik varken geç menopozal geçiş evresinde 60 gün veya daha uzun süren amenore olmaktadır (Martin ve ark., 2016).

Vazomotor Semptomlar

Menopozun en yaygın belirtilerinden biri olan vazomotor semptomlar şiddeti ve sıklığı büyük ölçüde değişebilen ateş basması ve gece terlemeleri ile karakterizedir (Talaulikar, 2022). Kadınların yaklaşık %75'i menopoz sırasında vazomotor semptomlar yaşar. Vazomotor semptomlar menopozun ayırt edici özelliğidir ve sıcak basması ve terleme, bazen bunları titreme ve soğukluk hissi izler (Monteleone ve ark., 2018). Kadınlar tarafından üst gövde ve yüze yayılan, 1-5 dakika süren ve ardından soğukluk ve titreme hissinin geldiği yoğun ve bunaltıcı bir sıcaklık hissi olarak tanımlanmaktadır (Patel ve Dhillon, 2022). Aşırı terleme, titreme, çarpıntı ve anksiyete ile ilişkili olan bu durumun görülme sıklığı ara sıra görülen ataklardan saatte bir veya iki kez görülen ataklara kadar değişebilmektedir (Bansal ve Aggarwal, 2019). Vazomotor semptomlar, seks steroidlerinin eksikliğine yanıt olarak merkezi sinir sistemindeki termoregülasyondaki değişiklikler nedeniyle meydana gelmektedir. Sıcaklık homeostazının kötü ayarlanması sonucu ciltte kızarıklık, sıcaklık hissi, terleme ve buna bağlı olarak daralma oluşabilmektedir (Khan ve ark., 2023). Sıcak basmaları birkaç dakika sürebilen, vücudun üst kısmına yayılan bir kızarma hissiyle başlayarak derin titremeye sonlanabilmektedir (El Khoudary ve ark., 2019; Talaulikar, 2022). Ülke Çapında Kadın Sağlığı Çalışması (SWAN) sıcak basmalarının 52 ila 55 yaşlarındaki kadınların %46'sında yaygın olduğunu göstermiştir (Saccomani ve ark., 2017). Tipik olarak menopozun perimenopozal (geçiş) evresinde ortaya çıkan vasomotor semptomların küresel yaygınlığının Avrupa'da en yüksek olduğu ve özellikle Türk kadınlarında yüksek oranda (%97) görüldüğü belirlenmiştir (Patel ve Dhillon, 2022). Sıcak basması genellikle gece terlemeleri olarak ortaya çıkmakta ve uyku bozukluklarıyla ilişkilidir. Şiddetli olduklarında günlük yaşam aktivitelerinde bozulmaya ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Bansal ve Aggarwal, 2019). Vazomotor semptomlar kadınların gündüz yaşam kalitesinin yanı sıra uyku kalitesini de büyük ölçüde değiştirir. Gece vazomotor semptomları olan kadınların, gece semptomları olmayan kadınlara kıyasla yatakta daha fazla motor huzursuzluğu, daha az verimli uyku ve sabahları azalmış bir dinlenmişlik hissi yaşadığı bilinmektedir (Monteleone ve ark., 2018). Vazomotor semptomlar kadınların çoğunda 1-6 yıl arası sürerken kadınların yaklaşık %10-15'inde 15 yıl veya daha uzun sürebilmektedir (Talaulikar, 2022). Vazomotor semptomların sıklığı/şiddeti ırksal ve etnik farklılıkların yanı sıra, fizyolojik farklılıklardan, genetik yatkınlıktan, soya ürünleri açısından zengin diyetlerden ve sosyo-kültürel farklılıklardan etkilenmektedir (Johnson ve ark., 2019). Düşük eğitim seviyesi, sigara içme, fiziksel hareketsizlik, obezite, depresif ve kaygılı ruh hali gibi durumlar daha fazla vazomotor semptomlarla ilişkili bulunmuştur (Bansal ve Aggarwal,

2019; El Khoudary ve ark., 2019; Talaulikar, 2022). Vazomotor semptomlar, uyku ve ruh hali bozukluklarının yanı sıra bilişsel işlevde azalmayla ilişkili olan ve yaşam kalitesini azaltan semptomlardan biridir (Johnson ve ark., 2019).

Genito riner Sistem Değişikleri ve Cinsel Sorunlar

Foliküler aktivitenin ve seks hormonlarının azalmasına bağlı olarak genital, üriner ve cinsel işlevle ilgili semptomların birlikte görüldüğü klinik tablo genitoüriner menopoz sendromu olarak adlandırılmaktadır (Pallavee, 2017). Bu kavram menopozal dönemde görülen vajinal kuruluk, vulva ve vajina atrofisi, vulvada irritasyon ve kaşıntı, postkoital kanama, cinsel uyarılmada azalma, orgazm olamama, üriner inkontinans ve idrar yolu enfeksiyonu gibi semptomları içermektedir (Wasserman ve Rubin, 2023; Gonzlez-Arboleda ve ark., 2024). Bu semptomların oluşum mekanizmasında östrojenin azalması nedeniyle vajinal elastikiyetin azalması, epitel hücrelerin büzülmesi ve bu bölgedeki sinir ve damarlanma kayıpları yer almaktadır (Pallavee, 2017). Ayrıca menopozal dönemde östrojen seviyesinin azalması nedeniyle mesanenin kollajen yapısında meydana gelen değişiklikler, mesanenin idrarı depolama ve boşaltma yeteneğini bozmaktadır. Bu durum idrar kaçırmaya şikayetlerinin yaşanmasına neden olmaktadır. Vajinal florada bulunan lactobacillus bakterilerinin azalması ve PH sisteminin bozulması ürogenital sistemi enfeksiyonlara yatkın hale getirmektedir (Calleja-Agius ve Brincat, 2015). Genitoüriner sistem semptomları kadınların %50'sinden fazlasında rahatsız edici olup, yaşam kalitesi, sosyal aktivite ve cinsel ilişkiler üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Farrel ve ark., 2017). Menopozal dönemdeki kadınlarda yapılan çalışmalar da vajinal kuruluk, disparoni ve cinsel istekte azalma oranlarının arttığı (Cagnacci ve ark., 2022), vajinal tahriş/yanma (%68,2), vajinal kaşıntı (%61,9), pelvik ağrının (%60) yaygın genital semptomlar arasında olduğunu bulmuştur (Shukla, 2021).

Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu, kadınların menopoz geçişi sırasında deneyimlediği genel sağlığı ve yaşam kalitesini etkileyen, gçten düşürücü semptomlardan biridir. Uyku güçlükleri, özellikle gece uyanmaları, başlıca şikayetlerdir ve menopoz dönemindeki kadınların %40-60'ı tarafından bildirilmektedir (Maki ve ark., 2024). Menopoz dönemindeki kadınlarda sık karşılaşılan uyku sorunları arasında uykusuzluk, obstrüktif uyku apnesi en yaygın olanı olmak üzere gece solunum bozuklukları ve fibromiyalji, huzursuz bacak sendromu, periyodik bacak hareketi sendromu, depresyon ve anksiyeteye eşlik eden ilişkili uyku bozuklukları yer almaktadır (Guidozzi, 2013; Maki ve ark., 2024). Menopoz dönemindeki kadınlarda uyku bozukluklarının etiyolojisi net olmamakla birlikte olası faktörler arasında; östrojen seviyelerinin azalması, yaşın etkisi, vazomotor semptomlar, depresyon, anksiyete, panik bozuklukları, ilaçlar, artan kilo, diğer ilişkili kas-iskelet sistemi hastalıklarından kaynaklanan ağrı ve psikososyal faktörler olan bir dizi faktör yer almaktadır (Guidozzi, 2013; Salari ve ark., 2023).

Yapılan bir çalışmada 40-55 yaş arası kadınların %38'inin menopozla ilişkili uyku zorlukları yaşadığı belirlenmiştir (El Khoudary ve ark., 2019). Uyku bozukluğu oranlarının postmenopozal kadınlarda anlamlı şekilde arttığı, vazomotor ve fiziksel menopoz semptomların kötü uyku kalitesiyle ilişkili olduğunu bilinmektedir (Kim ve ark., 2018). Uyku bozukluklarının sağlık üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Yetersiz uyku süresi ve uyku kalitesindeki bozulma kardiyovasküler hastalık, obezite, kanser, depresyon, diyabet ve düşük yaşam kalitesi gibi olumsuz sağlık çıktılarıyla ilişkilidir. Bu nedenle, uyku bozukluklarını anlamak ve

menopozlu kadınlarda ilgili risk faktörlerini belirlemek önemlidir (Kim ve ark., 2018; Zolfaghari ve ark., 2020).

Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Kardiyovasküler hastalıklar, gelişmiş ülkelerdeki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve hastalık nedenidir (Jensen ve ark., 2014). Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, romatizmal kalp hastalığı, arter hastalığı, periferik arter hastalığı, konjenital kalp hastalığı, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi bozuklukları içermektedir (Ryczkowska ve ark., 2023). Menopoz döneminde östrojen düzeylerindeki azalmanın damar endotel fonksiyonlarını olumsuz etkilemesi, lipid profilinde bozulma, kan basıncında artış ve aterosklerotik süreçlerin hızlanması gibi kardiyovasküler değişikliklere yol açtığı bildirilmektedir (Biglia ve ark., 2017).

Üreme çağındaki kadınlar, benzer yaş ve yaşam tarzına sahip erkeklerle karşılaştırıldığında daha düşük kardiyovasküler hastalık riskine sahipken menopoza giren kadınlarda bu risk artmaktadır (El Khoudary ve ark., 2020). Menopozla kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişki incelendiğinde, östrojen eksikliği nedeniyle vücutta dislipidemi ve kolesterol birikimi, folikül uyarıcı hormonun (FSH) karaciğerde kolesterol üretimini artırmasının kardiyovasküler hastalıklara zemin hazırladığı düşünülmektedir (Ryczkowska ve ark., 2023). Menopoz sırasında östrojene maruz kalmanın belirgin şekilde azalması, endotel hücre büyümesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir ve kadın cinsiyet hormonlarının vasküler düz kas hücrelerinin büyümesi ve çoğalması üzerindeki inhibe edici etkisini azaltabilmektedir (Monteleone ve ark., 2018). Framingham çalışması, menopoz ile kardiyovasküler mortalite arasındaki ilişkiye dair kanıtlar sunmuştur; 42 yaşından önce doğal menopoza giren kadınlarda, daha geç menopoza giren kadınlara kıyasla iskemik inme riskinin %103 oranında arttığı ve doğal menopoz yaşı azalmasıyla iskemik inme riskinin arttığı yönünde bir eğilim olduğu görülmüştür (Biglia ve ark., 2017).

Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Kas-iskelet sistemi semptomları, sağlık bakım maliyeti yüksek olan, şiddetli uzun vadeli ağrı, sıkıntı ve fiziksel engelliliğin en yaygın nedenidir. Kasların, tendonların, bağların ve kemiklerin fizyolojisinde önemli bir rol oynayan östrojen hormonunun menopozla geçişle birlikte azalması sonucunda iskelet sisteminde çeşitli değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Frange ve ark., 2016). Başlıca kas-iskelet sistem semptomları; kas ve eklem ağrıları, rahatsızlık ve uyuşma, osteoporoz, motor hareketlerde ve esneklikte azalma el bileği, omurga ve kalça kırığı riskinde artış ve pelvik taban kas ve bağ dokusu miktarında azalma nedeniyle organ sarkmasıdır (Ogwumike ve ark., 2016). Menopoz döneminde östrojen eksikliğinin kemik, kas, bağ, tendon, kollajen, kıkırdak, sinovyal membran ve eklem kapsülü sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olması kaçınılmazdır. Hareket kısıtlılığı ve kırılabilirlik (düşmeler) ve kırıklar, menopoz sonrası kadınlarda yaşam kalitesinde büyük bir düşüşe yol açmakla kalmayıp, ilişkili ölüm oranlarını da önemli ölçüde artırmaktadır. Osteoporoz, menopoz sonrası kadınlarda düşük kemik mineral yoğunluğu ve kemiğin mikro mimarisinin bozulmasıyla karakterize, iyi bilinen ve en yaygın görülen bir kemik hastalığıdır. Bu risk, düşme riskini artıran zayıf kaslar, zayıf eklemler ve kırılabilirlik ile daha da artmaktadır. Osteoartrit de kıkırdak kaybını içeren, iyi bilinen ve teşhisi kolay bir rahatsızlıktır. Ancak sarkopeni, yaşa bağlı iskelet kısıtlılığı ve fonksiyon kaybını gösteren yeni tanınan bir rahatsızlıktır. Sarkopeni, kırılabilirliğe ve sarkopenik obeziteye ilerleyerek bu kadınları hem yaşam kalitesinin düşmesi hem de ölüm oranının artması riski

altına sokabilir (Khadilkar, 2019). Kadın Sağlığı alışması (SWAN), 42-52 yaş aralığındaki kadınlarda ağrı ve sızılarının yaygınlığının yüksek olduğunu, %16'sının günlük eklem sertliğinden ve 17 %10'unun günlük sırt ağrılarından şikayetçi olduğunu; %17'sinin bel ağrısı nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu göstermiştir (Gao ve ark., 2013). Postmenopozal dönem sonrasında özellikle osteoporoz görülme sıklığı artmaktadır. Osteoporoz, kemik kütlesinin kaybı ve kemik direncinin bozulması ile karakterize kronik bir hastalıktır ve kırıklara karşı artan duyarlılık nedeniyle klinik önemi artmaktadır (Fistarol ve ark., 2019). Menopoz geçişi sırasında kemik mineral yoğunluğundaki ortalama azalma yaklaşık %10 iken menopoz sonrası bu oranın yaklaşık %25 civarında olduğu bilinmektedir (Yong ve Logan, 2021). Kemik mineral yoğunluğundaki bu azalma nedeniyle osteoporotik kırık riski yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklerden daha yüksektir (Van Dijk ve ark., 2015). Östrojen seviyesindeki değişikliğin yanı sıra sigara içme, düşük fiziksel aktivite, düşük kalsiyum ve D vitamini alımı, yetersiz güneşe maruz kalma ve ırk gibi risk faktörleri osteoporotik kırıklarla ilişkilidir (Jensen ve ark., 2014). Kas iskelet sistemi sağlığıyla ilişkili risk faktörlerine bakıldığında; alkol tüketimi, sigara kullanımı, düşük vücut kitle indeksi, düşük kalsiyum alımı, D vitamini eksikliği, yetersiz fiziksel aktivite, sık düşme, ergonomik, psikososyal ve mesleki faktörler gibi birçok değiştirilebilir risk faktörü bulunurken, değiştirilemeyen risk faktörleri arasında kadın cinsiyeti, ileri yaş, aile öyküsü, önceki kırıklar, ırk veya etnik köken, menopoza girme ve daha önce histerektomi geçirme yer alır. Menopozdan 5 yıl geçmiş, geç adet gören ve erken menopoza girmiş kadınlara, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları açısından daha yüksek risk altındadır (Khadilkar, 2019).

Cilt Değişiklikleri

Cilt, insan vücudunun en büyük organıdır ve vücut ısısının korunması, vücudunda hastalık yapıcı ajanların girişini engelleme, besin ve sıvıların düzenlenmesi gibi birçok işlevi vardır (Reus ve ark., 2020). Cilt, endokrin bir organdır ve östrojen, androjen hormonları (testosteron gibi) ve kortizol için temel bir hedeftir. Sıcak basması ve gece terlemeleri gibi vazomotor semptomlar daha yaygın ve menopozun karakteristik özellikleri olsa da cilt ve kılcal damar semptomları genellikle menopozun diğer belirtileriyle karşılaştırıldığında göz ardı edilir. Bununla birlikte, yaşam kalitesi üzerinde önemli ölçüde olumsuz bir etkiye sahiptirler (Bravo ve ark., 2024). Menopozla birlikte cilt incelmekte, yapı ve işlevi değişmektedir. Menopozal dönemde östrojen eksikliği nedeniyle cildin kollajen, sebum ve su içeriği azalmakta, elastikiyet kaybı yaşanmaktadır. Bunun sonucunda ciltte kuruluk, çabuk tahriş olma, yaraların iyileşmesinde gecikme gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Cesur ve Erbağcı, 2018). Menopoz nedeniyle östrojenin azalması, g, elastikiyet ve dayanıklılık sağlayıcısı olan cildin hücre dışı matrisini olumsuz etkiler. Kollajen retiminde azalma olur, bunun sonucunda elastikiyet kaybı ve kırıklıklar, kuru cilt, kaşıntı, atrofi ve sarkma artar (Bravo ve ark., 2024). Ayrıca, cilt koyu lekeler ve pigmentasyon düzensizliklerine daha yatkın hale gelebilir. Menopozdan sonraki ilk beş yılda cilt kollajeninin %30 kadarı kaybolmaktadır. Kadınlarda bu dönemde meydana gelen diğer bir durum ise saçlarda incelme ve dklmedir (Calleja-Agius ve Brincat, 2012). Sa menopoz semptomları arasında, kafa derisinde azalmış sa büyümesi ve yoğunluğu, değişmiş sa kalitesi ve yapısı ve yüz bölgelerinde istenmeyen kıl büyümesinde artıştır. 1287 Fransız kadın üzerinde yapılan bir ankette, kadınlara %72'si perimenopoz/menopoz döneminde ciltlerinde değişiklikler fark ettiklerini bildirirken, %50'si bu semptomlar hakkında yeterince bilgilendirilmediklerini belirttiler; bu da kadınlara ve sağlık uzmanlarının menopozun cilt üzerindeki etkisi konusunda eğitilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (Zouboulis ve ark., 2022).

Duygu Durum ve Bilişsel Değişikler

Menopoz döneminde hormonal değişikliklere bağlı olarak kendini üzgün ve ağlamaklı hissetme, sinirlilik, huzursuzluk, bellekte zayıflama, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık gibi bilişsel ve ruhsal değişiklikler meydana gelmektedir. (Campbell ve ark., 2017). Östrojenin sinir sistemi üzerindeki düzenleyici etkisinin azalması; serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin dengesini etkileyerek duygu durum dalgalanmalarına yol açabilir. Bu dönemde kadınlarda depresyon, anksiyete, irritabilite, huzursuzluk ve motivasyon kaybı gibi duygusal belirtiler sıkça gözlenir. Hormonal değişimlerin yanı sıra, uyku bozuklukları, sıcak basmaları, yaşam rolündeki değişiklikler ve sosyal destek eksikliği de duygusal istikrarsızlığı artırabilir. Bilişsel açıdan ise unutkanlık, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü ve bilgi işleme hızında azalma gibi belirtiler rapor edilmiştir. Bu değişiklikler genellikle geçici olmakla birlikte, bazı kadınlarda yaşam kalitesini ve günlük işlevselliği belirgin biçimde etkileyebilir (El Khoudary ve ark., 2019). Menopoz sürecinde yaşanan duygu durum ve bilişsel değişikliklerin yalnızca hormonal değil, aynı zamanda psikososyal ve çevresel etmenlerle de ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, menopoz dönemindeki kadınlara yönelik değerlendirme ve bakım süreci, biyopsikososyal bir yaklaşımla ele alınmalı hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı destekleyecek müdahaleler planlanmalıdır (Gava ve ark., 2019). Menopozal dönemdeki kadınlarda hafıza, planlama ve beyin sisi dahil diğer bilişsel bozukluk şikayetlerinin yaygın olduğu ve menopoza daha erken yaşta girilmesinin daha yüksek sıklıkta şikayetlere yol açtığı ileri sürülmüştür (Hogervorst ve ark., 2022). Menopozal dönemdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların negatif ruh hali, stres, duygusal sıkıntı ve depresif semptomlar deneyiminin menopoz geçişinde en yüksek olduğu belirlenmiştir (Campbell ve ark., 2017). Menopoz geçişi sırasında öğrenme becerilerinde ve bilişsel performansta meydana gelen bozulmalar menopoz sonrası dönemde iyileşme göstermektedir (El Khoudary ve ark., 2019).

Depresyon

Depresyon, sürekli üzüntü, ilgisizlik ve isteksizlikle seyreden, kişinin duygusal, düşünsel ve fiziksel işlevlerini olumsuz etkileyen bir ruhsal bozukluktur. Kadınların depresyon yaşama olasılığı erkeklerden iki kat daha fazladır, gonadal hormonlardaki (östrojen ve progesteron) döngüsel dalgalanmaların bu soruna katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Menopoz sırasında merkezi sinir sisteminde (MSS) östrojen seviyelerinin dalgalandığı ve azaldığı bir dönemde, östrojenik nöroprotektif etkilerin azalmasının kadınlar üzerinde olumsuz psikolojik etkilere sahip olduğu bilinmektedir (Herson ve Kulkarni, 2022). Bu etkilerin yanı sıra menopozal dönemde yaşanan semptomlarda kadınlarda depresyon gelişimine zemin hazırlamaktadır. Menopoz geçişindeki kadınlar, majör depresif bozukluklar bakımından menopoz öncesi kadınlara göre iki ila dört kat daha yüksek risk altındadır (Yağcı ve ark., 2022). Ülke Çapında Kadın Sağlığı Çalışması, menopoz semptomlarının, menopozun kendisinin değil, perimenopozal dönemdeki kadınların genel duygusal işlevleri üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Herson ve Kulkarni, 2022). Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre 40 yaşından önce menopoz yaşayan kadınlar, en yüksek depresyon insidansına sahiptir (Shea ve ark., 2020). Menopozdaki psikolojik yakınmalarda ve menopozal depresyonda, biyolojik ve psikolojik etkenlerin yanında kültürel, toplumsal ailesel etkenler de söz konusudur. Emeklilik, sosyal geri çekilme, çocukların evlenip aileden ayrılmaları gibi etmenler menopozda depresyon gelişiminde dikkate alınması gereken diğer durumlardır. Menopoz genellikle 45–55 yaş aralığında görülür. Daha genç yaşta menopoza giren kadınlarda (erken menopoz), depresyon riski daha yüksektir çünkü ani hormonal düşüşe psikolojik hazırlık

süresi kısadır (Johnson ve ark., 2019). Düşük ekonomik gelir, yaşam stresini, sağlık hizmetine erişim zorluklarını ve sosyal izolasyonu artırır. Bu durum, menopoza döneminde yaşanan bedensel değişimlerin daha zor tolere edilmesine ve depresyon belirtilerinin şiddetlenmesine yol açabilir. Ayrıca ekonomik koşullar kadının İlaç, vitamin, düzenli kontroller veya psikolojik destek almasını engelleyerek semptom yönetimi güçleşir. Yüksek eğitim düzeyi, genellikle menopoza hakkında farkındalık ve başa çıkma becerilerini artırır. Düşük eğitim düzeyinde ise menopoza ilgili yanlış inanışlar, çaresizlik duygusu ve bilgi eksikliği depresyon riskini yükseltir (Namazi ve ark., 2019). Eşiyle iletişimi güçlü, aile desteği yüksek olan kadınlar bu dönemi daha kolay atlattır. Sosyal destek eksikliği ve evlilik çatışmaları, yalnızlık hissini ve depresif belirtileri artırır. Duygusal destek, menopozun getirdiği ruhsal dalgalanmalara karşı koruyucu faktör olarak kabul edilir. Ayrıca menopoza semptomlarının şiddetinde depresyon riskini etkiler. Sıcak basmaları, uyku bozukluğu, kilo artışı, cinsel isteksizlik gibi fiziksel belirtiler yaşam kalitesini düşürür. Bu belirtiler arttıkça depresyon riski de paralel olarak artar (Natari ve ark., 2018).

Sonuç

Menopoz dönemi kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarını çok yönlü olarak etkileyen bir süreçtir. Bu nedenle semptomların erken tanınması, bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımlarının geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Menopoz, her kadın için doğal ve kaçınılmaz bir yaşam evresidir. Bu dönemde hormonal değişiklikler nedeniyle fiziksel belirtiler, ruhsal dalgalanmalar ve yaşam tarzıyla ilgili uyum süreçleri ortaya çıkabilmektedir. Menopoz döneminde östrojen değişikliği özellikle kas iskelet sistemi sorunları, kardiyovasküler sorunlar, uyku bozuklukları, cilt sorunları, vazomotor sorunlara neden olmaktadır. Bu değişiklikler, menopozun doğal bir süreç olarak karşılanmasıyla birlikte doğru bilgi ve destekleyici yaşam alışkanlıkları ile yönetilebilir. Düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme, stres yönetimi ve gerektiğinde profesyonel psikolojik destek, menopozun olumsuz etkilerini azaltmada önemli rol oynar. Menopoz semptomlarının yönetiminde erken farkındalık, uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi, kadınların bu dönemi daha sağlıklı ve konforlu geçirmelerini sağlamaktadır. Menopoz, bitiş değil, yaşamın farklı bir evresine uyum sağlama ve kendi sağlığını nceliklendirme fırsatı olarak görülebilir. Sonuç olarak, menopoz dönemi; östrojen düzeylerindeki azalmaya bağlı olarak ortaya çıkan sıcak basması, terleme, uyku düzensizliği, duygudurum değişiklikleri, bilişsel yavaşlama ve depresif belirtiler gibi çok boyutlu semptomlarla karakterizedir. Bu semptomların erken dönemde tanımlanması ve uygun biyopsikososyal müdahalelerin planlanması, menopoz sürecinin olumsuz etkilerini azaltarak kadınların yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Kaynaklar

- Bansal, R., & Aggarwal, N. (2019). Menopausal hot flashes: a concise review. *Journal of Mid-Life Health*, 10(1), 6-13.
- Bae, J., Park, S., & Kwon, J. W. (2018). Factors associated with menstrual cycle irregularity and menopause. *BMC women's health*, 18(1), 36.
- Biglia, N., Cagnacci, A., Gambacciani, M., Lello, S., Maffei, S., & Nappi, R.E. (2017). Vasomotor symptoms in menopause: a biomarker of cardiovascular disease risk and other chronic diseases? *Climacteric*, 20(4), 306-312.
- Bravo, B., Penedo, L., Carvalho, R., Dal Vesco, C., Calomeni, M., Gapanowicz, D., ... & Renke, G. (2024). Dermatological changes during menopause and HRT: what to expect?. *Cosmetics*, 11(1), 9.
- Cagnacci, A., Venier, M., Xholli, A., Paglietti, C., & Caruso, S. (2020). Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. *Menopause*, 27(1), 14-19.
- Calleja-Agius, J., & Brincat, M. (2012). The effect of menopause on the skin and other connective tissues. *Gynecological Endocrinology*, 28(4), 273-277.
- Calleja-Agius, J., & Brincat, M.P. (2015). The urogenital system and the menopause. *Climacteric*, 18(1), 18-22.
- Campbell, K.E., Dennerstein, L., Finch, S., & Szoek, C.E. (2017). Impact of menopausal status on negative mood and depressive symptoms in a longitudinal sample spanning 20 years. *Menopause*, 24(5), 490-496.
- Cesur, A., & Erbağcı, Z. (2018). Menopoz fizyopatolojisi ve deri. *Türkiye Klinikleri*, 11(4), 1-6.
- Ceylan, B., & Özerdoğan, N. (2015). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 12(1), 43.
- El Khoudary, S. R., Greendale, G., Crawford, S. L., Avis, N. E., Brooks, M. M., Thurston, R. C., ... & Matthews, K. (2019). The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, 26(10), 1213-1227.
- El Khoudary, S.R. (2020). Age at menopause onset and risk of cardiovascular disease around the world. *Maturitas*, 141, 33-38.
- Farrell, E. (2017). Genitourinary syndrome of menopause. *Australian Family Physician*, 46(7), 481-484.
- Frangé, C., Hirotsu, C., Hachul, H., Pires, J.S., Bittencourt, L., Tufik, S., & Andersen, M. L. (2016). Musculoskeletal pain and the reproductive life stage in women: is there a relationship? *Climacteric*, 19(3), 279-284.
- Fistarol, M., Rezende, C.R., Figueiredo Campos, A.L., Kakehasi, A.M., & Geber, S. (2019). Time since menopause, but not age, is associated with increased risk of osteoporosis. *Climacteric*, 22(5), 523-526.
- Gao, H.L., Lin, S. Q., Wei, Y., Chen, Y., & Wu, Z.L. (2013). The effect of age and menopausal status on musculoskeletal symptoms in Chinese women aged 35–64 years. *Climacteric*, 16(6), 639-645.

- Gava, G., Orsili, I., Alvisi, S., Mancini, I., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2019). Cognition, mood and sleep in menopausal transition: the role of menopause hormone therapy. *Medicina*, 55(10), 668.
- González-Arboleda, A.A., Arias-Castillo, L., & García-Perdomo, H.A. (2024). Urologic perspective of genitourinary syndrome of menopause. *International Journal of Urological Nursing*, 18(1), 1-8.
- Guidozzi, F. (2013). Sleep and sleep disorders in menopausal women. *Climacteric*, 16(2), 214-219.
- Herson, M., & Kulkarni, J. (2022). Hormonal agents for the treatment of depression associated with the menopause. *Drugs & aging*, 39(8), 607-618.
- Hogervorst, E., Craig, J., & O'Donnell, E. (2022). Cognition and mental health in menopause: a review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 69-84.
- Jalil, E. M., Domingues, R. M., Derrico, M., Dias, M. B., Andrade, A. C. V., Rocha, V. S. O., ... & Grinsztejn, B. (2021). Evaluating the menopausal transition with the STRAW+ 10 in a Brazilian cohort of women with HIV, 2015–2016. *Climacteric*, 24(3), 305-312.
- Jensen, M.D., Ryan, D.H., Apovian, C.M., Ard, J.D., Comuzzie, A.G., Donato, K.A., ... & Yanovski, S.Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the obesity society. *Circulation*, 129, 102-138.
- Johnson, A., Roberts, L., & Elkins, G. (2019). Complementary and alternative medicine for menopause. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 24, 1-14.
- Khan, S.J., Kapoor, E., Faubion, S.S., & Kling, J.M. (2023). Vasomotor symptoms during menopause: a practical guide on current treatments and future perspectives. *International Journal of Women's Health*, 14, 273-287.
- Khadilkar, S. S. (2019). Musculoskeletal disorders and menopause. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 69(2), 99-103.
- Kim, M.J., Yim, G., & Park, H.Y. (2018). Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *Plos One*, 13(2), 1-10.
- Li, S., Ho, S. C., & Sham, A. (2016). Relationship between menopause status, attitude toward menopause, and quality of life in Chinese midlife women in Hong Kong. *Menopause*, 23(1), 67-73.
- Maki, P.M., Panay, N., & Simon, J. A. (2024). Sleep disturbance associated with the menopause. *Menopause*, 31(8):724-733.
- Martin, V.T., Pavlovic, J., Fanning, K.M., Buse, D.C., Reed, M.L., & Lipton, R.B. (2016). Perimenopause and menopause are associated with high frequency headache in women with migraine: results of the American migraine prevalence and prevention study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 56(2), 292-305.
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A.R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause—global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199-215.
- Namazi, M., Sadeghi, R., & Behboodi Moghadam, Z. (2019). Social determinants of health in menopause: an integrative review. *International Journal of Women's Health*, 11, 637-647.

- Natari, R. B., Clavarino, A. M., McGuire, T. M., Dingle, K. D., & Hollingworth, S. A. (2018). The bidirectional relationship between vasomotor symptoms and depression across the menopausal transition: a systematic review of longitudinal studies. *Menopause*, 25(1), 109-120.
- Ogwumike, O.O., Adeniyi, A.F., & Orogbemi, O.O. (2016). Musculoskeletal pain among postmenopausal women in Nigeria: Association with overall and central obesity. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 34, 41-46.
- Pallavee, P. (2017). Recent Advances in the management for genitourinary syndrome of menopause. *Journal of SAFOMS*, 6(1), 65-68.
- Patel, B., & Dhillon, W.S. (2022). Menopause review: Emerging treatments for menopausal symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 134-144.
- Reus, T.L., Brohem, C.A., Schuck, D.C., & Lorencini, M. (2020). Revisiting the effects of menopause on the skin: functional changes, clinical studies, in vitro models and therapeutic alternatives. *Mechanisms of Ageing And Development*, 185, 3-23.
- Ryczkowska, K., Adach, W., Janikowski, K., Banach, M., & Bielecka-Dabrowa, A. (2023). Menopause and women's cardiovascular health: is it really an obvious relationship? *Archives of medical science: AMS*, 19(2), 458.
- Sacomani, S., Lui-Filho, J.F., Juliato, C.R., Gabiatti, J.R., Pedro, A.O., & Costa-Paiva, L. (2017). Does obesity increase the risk of hot flashes among midlife women? a population-based study. *Menopause*, 24(9), 1065-1070.
- Salari, N., Hasheminezhad, R., Hosseini-Far, A., Rasoulpoor, S., Assefi, M., Nankali, S., ... & Mohammadi, M. (2023). Global prevalence of sleep disorders during menopause: a meta-analysis. *Sleep and Breathing*, 27(5), 1883-1897.
- Shea, A. K., Soheli, N., Gilsing, A., Mayhew, A. J., Griffith, L. E., & Raina, P. (2020). Depression, hormone therapy, and the menopausal transition among women aged 45 to 64 years using Canadian Longitudinal Study on aging baseline data. *Menopause*, 27(7), 763-770.
- Shukla, J. (2021). To study prevalence and determinants of genitourinary syndrome among menopause women. *Journal of Cardiovascular Disease Research*, 40(50), 369-375.
- Susanti, H. D., Sonko, I., Chang, P. C., Chuang, Y. H., & Chung, M. H. (2022). Effects of yoga on menopausal symptoms and sleep quality across menopause statuses: A randomized controlled trial. *Nursing & health sciences*, 24(2), 368-379.
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 3-7.
- Tümer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2018; 11(3): 337-346
- Van Dijk, G.M., Kavousi, M., Troup, J., & Franco, O.H. (2015). Health issues for menopausal women: the top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*, 80(1), 24-30.
- Yağcı, N., Şimşek, Ş., & Şenel, A. (2022). Klimakterik dönemdeki kadınların menapoza ilişkin tutumları ve psikolojik semptomların rolü: Denizli örneği. *Turkish Journal of Public Health*, 20(1), 80-89.
- Yong, E.L., & Logan, S. (2021). Menopausal osteoporosis: screening, prevention and treatment. *Singapore Medical Journal*, 62(4), 159-166.

- Zolfaghari, S., Yao, C., Thompson, C., Gosselin, N., Desautels, A., Dang-Vu, T. T., ... & Carrier, J. (2020). Effects of menopause on sleep quality and sleep disorders: Canadian Longitudinal Study on Aging. *Menopause*, 27(3), 295-304.
- Zouboulis, C. C., Blume-Peytavi, U., Kosmadaki, M., Roó, E., Vexiau-Robert, D., Kerob, D., & Goldstein, S. R. (2022). Skin, hair and beyond: the impact of menopause. *Climacteric*, 25(5), 434-442.
- Wasserman, M.C., & Rubin, R. S. (2023). Urologic view in the management of genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric*, 26(4), 329-335.

BÖLÜM 2

ÖNDERLİK, GÜÇ VE HEMŞİRELİK

Gökhan TEZ¹ , Melek ARDAHAN²

¹ Hem. Selçuk Devlet Hastanesi, SELÇUK/İZMİR, gokhantezyl@gmail.com , Orcid: 0009-0003-1999-4084

² Prof. Dr. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ÇİĞLİ/İZMİR, melekardahan@hotmail.com , Orcid : 0000-0003-2699-0885

1.GİRİŞ

Önderlik diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de üzerinde en çok durulan konulardan biridir. Önderlik bir vizyonu gerçekleştirmek üzere belirlene amaç ve hedefler doğrultusunda belli bir grup insanı etkileyerek harekete geçebilme süreci olduğundan güç kullanımı ile de yakından ilişkilidir. Yapılan araştırmalarda bir önderin uygulamalarında gücü ve etkilemeyi nasıl kullanacağını bilmesi gerektiğine de değinilmekte ve etkili bir önderliğin aynı zamanda kurum içinde iyi iletişim becerilerine sahip olmayı, aktif olmayı ve kişilerarası ilişkileri yönetebilmeyi de kapsadığı belirtilmektedir. “Etkili Önderliğin” her kurumun başarıya ulaşmasında yaşamsal bir önemi bulunmaktadır. Dolayısı ile 21. yüzyılda yönetici hemşirelerin sağlık bakım kurumlarında etkili yönetsel rolünü yerine getirebilmesi için gücü elde etmeleri ve bu gücü önderlik davranışları ile bütünleştirerek kullanabilmeleri gerekmektedir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.ÖNDERLİK

Türk Dil Kurumu’na göre önder “‘Gücü ve toplumsal yeri dolayısıyla, belli zaman ve durumlar içinde, ilişkili bulunduğu küme veya toplumun tutum, davranış ve etkinliklerini değiştirip yönetme yeteneğini gösteren kimse’’dir. (TDK, 2025). Önderlik ise “‘Önder olma durumu; öncülük, liderlik’’ şeklinde tanımlanmıştır. Hersey, Blachard ve Johnson (2013) “‘Önderlik, belirli bir durumda herhangi bir nedenle hedeflere ulaşmak için bir kişinin ya da bir grubun davranışlarını etkileme sürecidir’’ şeklinde tanımlarken Yukl (2013) “‘Önderin diğerlerini hedefleri başarmak için etkilediği bir etkileşim süreci’’ olarak tanımlamıştır. Literatürdeki bir diğer tanım Kaiser ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmış olup “‘Önderlik; önderin, izleyicilerini bağlılık konusunda güdülemek ve grup hedeflerine katkıda bulunmak için ellerinden gelenin en iyisini yapması için kişilerarası davranışları kullandıkları sosyal bir etki süreci’’ şeklindedir. Literatürdeki tanımlamalar incelendiğinde, her araştırmacının önderlik tanımını yaparken kendi bakış açıları ve önem verdikleri durumu ve olguları göz önüne aldığı görülmektedir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016)

2.1.Önderlik Süreci

Süreç, Türk Dil Kurumu tarafından “‘aralarında birlik olan ve ya belli bir düzen ve ya zaman içinde tekrarlanan, ilerleyen, gelişen olay ve hareketler dizisi’’ olarak tanımlanmaktadır. Önder ve izleyeni etkileşimde tuttuğundan, bu önderliğin karşılıklı bir ilişki olduğu anlamına gelmektedir. Önderlik, önder ve başka bir birey, önder ve bir grup ya da önder ve bir kuruluş,

bir topluluk ya da toplum arasında gerçekleşen bir etkileşim süreci olmaktadır. Bir kişinin izleyenleri olmadığı sürece önderlik yapması söz konusu değildir. Çünkü izleyenler, önderi kabul eder ya da reddederler ve önderin gücünü gösterirler. Bir önderi izlemeyi seçen kişiler bunu zorunlu oldukları için değil kendi istekleriyle yapmalıdırlar. (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022) Önderler ancak izleyenleri varsa önder olabilirler.(Grossman & Valiga, 2020) İnsanlar bazen önder olabilirken izleyenlerde diğer zamanlarda önder olma olanağı yakalayabilirler (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022)

2.2.Önderin Özellikleri

Hızla değişen ve gelişen günümüz koşullarında önderlik kavramı eskiye oranla daha da önemli hale gelmiştir. Çünkü ekibin ya da örgütün başarılı olması için tüm üyelerin uyumlu bir şekilde hedefe yönelik çalışması gerekmektedir bu da ancak örgüt ile izleyenler arasında uyumun oluşturulmasıyla ve süreçte izleyenlerin güdülenmesiyle yani başarılı bir önderlik ile mümkündür. Önder, izleyenlerine odaklanıp yapılan işte kaliteyi artırmak ve yüksek verimliliği sağlayabilmek için önderlik becerilerini ve güçlerini kullanmalıdır (Bakan & Büyükbeşe,2010 ;Sarioğlu Uğur & Uğur 2014). Önderler, dürüst, saygı duyulan, iyi iletişim becerisine sahip, cesur, ileri görüşlü, yaratıcı ve yenilikçi kişiliğe sahiptir. Ayrıca izleyenlerini dinleyen ve izleyenleri çalışmaya motive eden, yeni görüş ve düşüncelere açık olan önderler birer danışman olmanın yanı sıra değişimden çekinmeyen cesur kişilerdir (Bakan & Büyükbeşe,2010 ;Sarioğlu Uğur & Uğur 2014 ; Önen & Kanayran, 2015).

Tablo 1. Önderin Roller

Önderin Roller	
Mentor	Rol model
Yenilikçi	Risk Alıcı
Karar Verici	Değişim Öncüsü
Arabulucu	Savunucu
Değerlendirici	Güdüleyici

Kaynak: Sarioğlu Uğur S, Uğur U (2014). Yöneticilik ve liderlik ayrımında kişisel farklılıkların rolü. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* 6(1): 122-136.

Önderler, ekip içinde karar verici, değerlendirici, kolaylaştırıcı, risk alıcı ve iletişimi sağlayan mentorlerdir. Etkili olmak isteyen bir önder değişime kendinden başlamalı öncelikle eksik olduğu düşünülen özelliklerini değiştirmelidir. Bunun yanında değişime ve gelişime açık

olmalı, teknolojik gelişmeleri takip etmeli ve önderlik sürecinde her izleyen görüş ve düşüncelerini almalıdır (Önen & Kanayran, 2015).

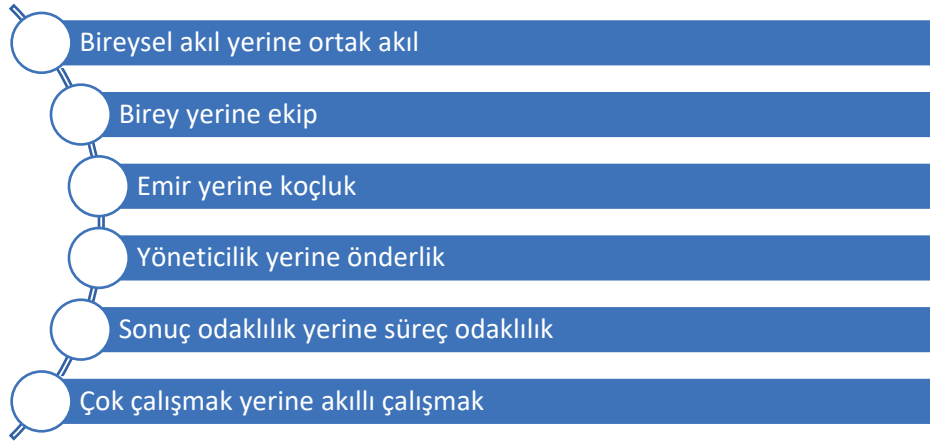
2.3.Önder ve Yönetici Arasındaki Farklar ve Benzerlikler

Önder ve yönetici kavramları bazen birbiri yerine kullanılsa da aslında farklı anlamlara gelen kavramlar olup her yönetici önder olamayacağı gibi her önderde yönetici olmadığı için bu iki kavramı ayırt etmek önemlidir. Önderlik ve yöneticilik aynı kavramlar değildir. Ancak izleyenleri belirli amaçlara ya da hedeflere yöneltme açısından örtüşmektedirler. Bu açıdan değerlendirildiğinde her ne kadar önder ve yönetici kavramı farklı anlamlardaki kavramlar olsa da aralarında benzer özelliklerin olması kaçınılmazdır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022 ; Sarioğlu Uğur & Uğur 2014).

Önder ve Yönetici arasındaki farklar ise şöyle sıralanabilir;

- Önder izleyenler tarafından seçilir, yönetici atanır.
- Önderin verilmiş yetkileri yokken yöneticiler görev tanımlarına sahip resmi bir pozisyonadadır.
- Önderler genellikle karizmatik, bilgi, uzmanlık, özdeşlik gibi bireysel güç kaynaklarını kullanırken yöneticiler pozisyonadan gelen yasal güce sahiptir.
- Önderler hedeflere ulaşmak için izleyenleri yönlendirirken yöneticiler insan, para, zaman gibi kaynakları yönetir.
- Önderler insan, yöneticiler sistem odaklıdır.
- Önderler değişimi başlatırken yönetici değişimle başa çıkmaya çalışır.
- Önderler doğru işleri yapar, yöneticiler ise işleri doğru yapar.
- Önderler ilham vericidir, yöneticiler ise denetleyicidir. (Sarioğlu Uğur & Uğur 2014; Ardahan, & Konal, 2017)

Etkili yönetici ve önderlerin amaç ve hedefleri gerçekleştirmede yenilmez takımlar oluşturacağı unutulmaması gereken bir gerçektir. Bu nedenle hem önderlik hem yönetici becerilerinin etkili kullanımı örgütsel hedeflere ulaşmada büyük önem arz eder. Kişileri belli amaçlara yöneltme açısında örtüşmeleri sebebiyle başarılı bir yönetici olabilmek için önderlik özelliklerine de sahip olunması gerekmektedir. Bu kavramların birleşimlerinden oluşan “Önder Yönetici” kavramı bu durumun önemini ifade edilmektedir. Önder yöneticiler, örgütün amaçlarını gerçekleştirmeye çalışırken, bunu kişilerin/izleyenlerin çaba ve istekleriyle bütünleştirerek yapmaya çalışırlar (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2014; Sarioğlu Uğur & Uğur 2014).



Şekil 1. Önder Yöneticiliğin Esasları

Kaynak: Uğur, S. S., & Uğur, U. (2014). *Yöneticilik Ve Liderlik Ayırımında Kişisel Farklılıkların Rolü. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 6(1), 122-136.*

2.4.Önderlik Kuramları

Yüzlerce yıldır önderlik, örgütsel yapılar açısından önem taşıyan bir konu olmasıyla birlikte, önderin kim olması gerektiği ve hangi özelliklerin önderde bulunması gerektiği gibi konular halkın olduğu kadar bilim insanlarının da ilgi odağında olmuştur. Değişen örgüt yapısı ve insan gereksinimleriyle birlikte önderlik kavramına ilişkin kuramlar da zaman içinde değişip gelişmiştir.

2.4.1.Büyük adam kuramı

Büyük adam kuramı, önderliğin doğuştan gelen ve genellikle soylu ailelere özgü özelliklerle kazanıldığını, başka bir deyişle “önder olunmaz, doğulur” düşüncesini temel alır. Ancak bu anlayış, önderliğin yalnızca kraliyet kanını taşımak ya da kalıtsal özelliklerle açıklanamayacağını fark edilmesiyle eleştirilmiştir. Aynı zamanda bir kişinin önder olup olmayacağını belirleyen bireysel özelliklerin ya da özellik kümelerinin araştırılmasına zemin hazırlamıştır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.2.Özellikler kuramı

Özellikler kuramı önderi diğer insanlardan ayıran özellikler (boyu, ağırlığı, eğitimi, karar verme yeteneği, bilgisi, sözel olarak kendini anlatma yeteneği, kişisel arası ilişkilerin iyi olması, kendine güveni, yaratıcılığı ve benzeri) üzerinde durmuş ve 1940’lı yılların ortasına kadar birçok önderlik araştırmasının temelini oluştururken, “bir önderi diğerlerinden ayıran özellikler nelerdir? Ya da başarılı önderleri başarısız önderlerden ayıran özellikler nelerdir?

'sorularına yanıt aramıştır. Önderde kılavuzluk, dürüstlük, güven, ilgi ve cesaret bulunması gerektiğini belirtmenin yanı sıra bu özelliklerin kişileri her zaman önder konumuna getirmemesi ve önderliğin öğrenme ve deneyim yoluyla geliştirilebileceği görüşlerinin ortaya çıkmasıyla önemini yitirmiştir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.3.Davranışsal önderlik kuramı

Bu kuramda önderlik sürecinde önderin davranışlarına odaklanılmıştır. Ayrıca önderlik için en iyi yaklaşımın ne olabileceği üzerinde de durulmaktadır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.3.1.Otokratik önderlik

Otokratik önderlikte önderler kararları tek başlarına almakta olup izleyenlere neyi nasıl yapacaklarını emreder. İnsan odaklı olmaktan çok görevin başarılmasına odaklanan bu yaklaşım yaratıcılığı ve yeniliği engelleyebilmektedir. Aslında otokratik önderlik, kriz gibi hızlıca karar verilip uygulanması gerektiği durumlarda zaman kaybının en aza inmesi sebebiyle diğer yaklaşımlara göre daha etkili olabilmektedir. Örneğin; doğal afet sonucu hastaneye fazla sayıda ve farklı nitelikte hasta kabulünün gerektiği bir durumunda, yönetici hemşireden otokratik önderlik yaklaşımı sergilemesi işleyişi hızlandıracaktır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016; Bakan & Büyükbeşe,2010).

2.4.3.2.Demokratik önderlik

Demokratik önderlik yaklaşımı takım çalışması odaklı olup, önder izleyenlerini takım kararlarına katılma konusunda cesaretlendirmekte, yardımcı olmakta ve sorumluluğu paylaşmaktadır. Ortak karar alınması konusunda zamana ihtiyaç duyulması sebebiyle otoriter önderlik yaklaşımına göre daha zaman alıcı gibi görülmektedir.(Uyer ve Kocaman, 2016; Bakan & Büyükbeşe,2010). Bakan ve Büyükbeşe tarafından 2010 yılında yapılan araştırmaya göre, Türkiye’de kamu ve özel sektör yöneticilerinin daha çok otoriter önderlik tarzını uyguladığı görülmektedir. Aynı çalışmada özel sektörde demokratik yönetim tarzı uygulaması, kamu sektöründe ise serbestlik tanıyan önderlik uygulaması daha yüksektir. Sonuç olarak; hem özeldede hem kamuda demokratik önder davranışlarının benimsenmesi gerektiği belirtilmektedir. (Bakan & Büyükbeşe,2010).

2.4.3.3.Serbestlik tanıyan önderlik / Laissez-faire

Serbestlik tanıyan önderlikte önderin kararlara katılımı en düşük düzeyde olup, asıl görevi kaynak sağlamaktır ve grup kararları için tam özgürlük desteklenmektedir. Bu sebeple

önder ilgisiz olarak görülebilir. Bazı sakıncaları bulunmasıyla birlikte görev bilinci yüksek olan ve yapılacak işte tecrübeli gruplarda rahatlıkla uygulanabilir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022). Alsadaan ve arkadaşları tarafından 2025 yılında yapılan çalışmaya göre; özerklik tanıyan önderliğin iş gücü motivasyonunu artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Alsadaan, Ramadan, Algahtani & Farghaly, 2025).

2.4.3.4.Göreve yönelik önderlik

Bu yaklaşım izleyenlerin gereksinim, duygu ve düşüncelerini önemsemeyen önderin sadece yapılması istenilen işe odaklandığı yaklaşımdır. Göreve yönelik önderlik yaklaşımı, izleyenlerde mutsuzluğa, yapılan işte verimsizliğe ve uzun dönemde ise çalışanların işten ayrılmasına sebep olarak kuruma zarar vermektedir (Çelik & Ergün,2016).

2.4.3.5.İnsan ilişkilerine yönelik önderlik

Önderlerin demokratik ve atılgan davranışlarıyla izleyenlerin mutluluğunu en az yapılması gereken iş kadar önemseyen, izleyenlerin gereksinimleri ile ilgilenen ve izleyenleri karar vermeye dâhil eden bir yaklaşım sergilemesidir. Önder bu yaklaşım ile izleyenlerde doyum ve mutluluk geliştirmenin yanı sıra yüksek verim elde edilmesini sağlayabilmektedir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

2.4.4.Durumsal önderlik kuramları

Durumsal önderlik kuramları çevrenin ve koşulların önderlikte önemli etmenler olduğu üzerinde durmakta ve önderin sahip olması gereken özelliklerin, davranışın ve önderlik yaklaşımının değişen koşullara durumlara göre farklılaştığını savunmaktadır. Durumsal önderlik kuramları, çalışma alanındaki karmaşıklığı kabul ederek önderlik sürecinde önderi bir çok etken üzerinde düşünmeye yöneltir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.4.1.Hersey'in durumsal önderlik yaklaşımı

Bu önderlik yaklaşımında odak nokta görev ve izleyendir. Hersey izleyenin hazır oluşluğu ile yapılması istenilen görevi bir araya getirmektedir. Bu yaklaşımda önder, izleyenlerin hazır olma düzeyleri ve görevleri duruma göre değiştiği için, izleyenlerin gereksinimlerini uygun şekilde karşılamaya odaklanır. Hersey'in önderlik yaklaşımında önder davranışları söylemeden, kılavuz etmeye, yetki devretmeye, gözlemlleme ve izlemeye kadar uzanmaktadır ((Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.4.2.Fred Fiedler'in etkin önderlik modeli

Fred Fiedler durumları, önderlerin izleyenlerini etkileme durumunun uygunluğuna bakarak uygun, orta derecede uygun ve çok uygun olarak değerlendirmiştir. Durumlar karmaşılaştıkça önderlik etmekte güç hale gelmektedir. Örneğin çok uygun olarak değerlendirilen bir durumda iş tam olarak ortaya konulmuş olup, önder yasal gücünü kullanabilmektedir. Uygunluğu düşük durumda ise önder sevilme, yapılacak işler belli olmayıp yasal güç kullanımı sınırlı olmaktadır. Bu sebeple etkili bir önder olabilmek için bu durumların iyi incelenmesi gerekmektedir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.4.3.Vroom-Yetton-Jago modeli

Tek biçimde karar vermek yerine durumun gerektirdiği şekilde karar vermenin etkililiği belirtilmektedir. Bu model olasılık kuramının mantığı ile ilişkilendirilmiş olup 3 bileşeni vardır. Bunlar;

- Tüm durumlarda geçerli tek bir önderlik şekli yoktur.
- Bu nedenle durumlar tanımlanmalıdır.
- Hangi duruma hangi yaklaşımın en uygun olacağı belirlenmelidir. (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Bu yaklaşım ilk olarak Vroom ve Yetton tarafından geliştirilmiş olsa da son yıllarda Jago tarafından yaygınlaştırılmıştır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

2.4.4.4.Yol-Amaç modeli (Robert House ve Martin Evans)

Yol amaç modelinde önderin izleyenlerin beklentisini etkileme derecesi yolu izleyenlerin verdiği değeri etkileme derecesi amacı belirtmektedir. Yol–Amaç Modeli, önderin temel görevinin izleyenler için anlamlı amaçlar belirlemek ve bu amaçlara ulaşmada izleyecekleri yolu netleştirerek onları güdülemek olduğunu savunur. Bu yaklaşımda önder, duruma bağlı olarak otoriter, destekleyici, katılımcı ve başarıya yönelik olmak üzere dört farklı önderlik davranışını sergileyebilir. Hangi davranışın etkili olacağı ise izleyenlerin kişisel özellikleri, zaman ve çevre baskısı ile işin niteliği gibi durumsal etmenlere bağlıdır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.5.Çağdaş önderlik kuramları

Bilimsel yazın da çağdaş önderlik yaklaşımları olarak etkileşimci (transaksiyonel), dönüşümcü (transformasyonel) özgün, stratejik, kuantum ve hizmetkar (servant) önderlik ele alınmaktadır.

2.4.5.1.Otantik önderlik

Otantik önderler iyi iletişim becerisine sahiptir ve öz-farkındalığı güçlüdür. Otantik önderlik yaklaşımının temel dayanakları öz farkındalık, ilişkide şeffaflık, dengeli bilgi işleme ve etik bakış açısıdır. Sürekli değişim yaşanan durumlarda otantik önderlik gereklidir, çünkü olumlu sinerji etki sayesinde otantik önderler istedik örgütsel ve bireysel çıktılar elde edebilir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022). Maziero ve arkadaşları tarafından (2020) hemşirelerle yapılmış olan çalışmada otantik önderlik davranışının hemşirelerde iş tatmini ve kurumsal bağlılığı etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Maizero, Bernardes, Righetti, Spiri & Gabriel, 2020).

2.4.5.2.Hizmetkâr önderlik

Hizmetkâr önderlik yaklaşımında önderlerin öncelikle izleyenlerin gereksinimini dikkate alması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. Bu yaklaşımda hemşireler açısından kişisel gelişimi destekleyen, bakım kalitesini arttıran, takım çalışmasını önemseyen bir yaklaşım söz konusudur. Hizmetkâr önderlikte kişiler arası etkileşim güçlendirilmekte ve önder ile izleyenler arasında güçlü ilişkiler oluşmaktadır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022). Purwanti ve arkadaşları tarafından (2023) yapılan sistematik derlemeye göre; hizmetkâr önderliğin hem hemşireler hem de hastalar üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Purwanti,Sriatmi&Dwianoro, 2023).

2.4.5.3.Etkileşimsel (transaksiyonel) önderlik

Etkileşimsel önderlikte önder ve izleyenler arasındaki ilişki bireysel çıkarların karşılanmasına dayanmaktadır. Bu önderlik yaklaşımında izleyenleri harekete geçirmenin üç yöntemi bulunmaktadır. Bunlar ;

- İstenilen işi yapan izleyenleri ödüllendirme,
- Başarı durumunu izlerken bir sorun fark edildiğinde izleyenleri düzeltme,
- Sorunun meydana gelmesini bekleme ve sorunun çözümü yoluna gitme şeklinde belirtilmektedir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2014).

Paksoy ve arkadaşları tarafından (2019) yapılan çalışmaya göre, transaksyonel önderliğin ve transformasyonel önderliğin örgütsel yaratıcılık üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Paksoy,Kumral & Sarp, 2019).

2.4.5.4.Dönüşümcü (transformasyonel) önderlik

Dönüşümcü önder izleyenlerin de manevi güç, motivasyon ve başarı oluşturan kişidir. Aynı zamanda dönüşümcü önder, insanları eyleme yöneltir, izleyenleri birer öndere

dönüştüren ve önderleri de değişimin temsilcisi haline getiren kişidir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Uyer ve Kocaman, 2016). İntepeler ve Barış tarafından (2018) dönüşümcü ve etkileşimci lider-izleyen ilişkilerinin hemşirelik ve sağlık hizmetlerine etkisi konusunda yapılmış çalışmada; dönüşümcü önderliğin etkileşimci önderliğe göre klinik çıktılarına daha olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Fakat buna rağmen, dönüşümcü önderliğin her koşulda ve her kurumda başarı sağlayacağını güvencesi bulunmadığı belirtilmiştir.(İntepeler & Barış,2018). Azizoğlu ve Erkal İlhan tarafından (2024) yapılan çalışmada; dönüşümcü liderlik davranışı gösteren yöneticilerin, çalışanlarda kurum bağlılığı, iş memnuniyeti, iş üretkenliğini, motivasyonu arttırdığı, işten ayrılma niyetini, klinik devir hızını azalttığı vurgulanmıştır (Azizoğlu & Erkal İlhan,2024).

2.4.5.5.Kuantum önderlik

Kuantum önderlik kaos kuramından temel almakta olup, bu yaklaşıma göre dünyada hiçbir şey düzenli değildir ve olanlar hep aynı şekilde devam etmez. Kargaşalar gelişmeye sebep olan bir ortam oluşturur. Kuantum önderler bu süreçte sürekli olarak merak ederek soru sormakta ve keşfetmeye çalışmaktadır. Kuantum önderlik yaratıcı, esnek ve yenilikçi düşüncelere sahip olmayı gerektirir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2014; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.4.5.6.Bütünleyici önderlik

Bu yaklaşımda manevi, duygusal, fiziksel, kültürel, ruhsal, kurumsal gibi bakış açılarının tümü önem taşımaktadır. Önder, izleyen ve içinde bulunulan durumlar tüm kuramları bütünleştirerek bir önderlik yaklaşımı sergilenmesinin daha doğru olduğunu savunmaktadır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2014).

2.5.Etkili Önderlik

Etkili bir önder olmak için birey önce kendini tanımalı, kendisini diğerlerinden ayıran noktayı bulmalı ve o alanı geliştirmelidir. Etkili önder, önderlik sürecinde bir vizyon oluşturur, bu vizyonu izleyenlerle paylaşır, izleyenleri vizyone dahil etmek için onları etkiler, oluşturduğu vizyonu geliştirmek için izleyenleri harekete geçirir ve vizyonu geliştirir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2014; Uyer ve Kocaman, 2016).



Şekil 2.Kouzes ve Posner'a Göre Önderin 10 Özelliği

Kaynak: Kouzes, J.M. & Posner B.Z., (2023) *The Leadership Chalange : How to Make Extraordinary Things Happen in Organizations*. New Jersey. Wiley Brand.

Etkili bir önderlik 21. yüzyılda örgütsel başarı için vazgeçilmez bir unsurdur. Tatar Baykal ve Ercan Türkmen'in (2014) aktardığına göre Yoder-Wise etkili önderlik için bazı önerilerde bulunmuştur. Bunlar; bir mentor seçme, örnek olarak önderlik etme, sorumluluğu kabul etme, ödülleri paylaşma, net bir vizyona sahip olma, gelişmeye istekli olma şeklinde sıralanabilir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2014; Uyer ve Kocaman, 2016). Zen ve arkadaşları tarafından (2023) yapılan çalışmaya göre, etkili önderliğin temel özellikleri vizyon sahibi olmak, dürüstlük, empati, iletişim yeteneği, kişilerarası beceriler, astları motive etme ve ilham verme yeteneği şeklinde belirtilmiştir (Zen, Siminto, Harahap, Prasetya & Almaududi Ausat, 2023).

2.6.Hemşirelikte Önderlik

Hemşirelerin sahip olması gereken önemli yetkinliklerden birisi önderliktir. Hemşirelik mesleği tarih boyunca geçirdiği hızlı değişim sebebiyle önderlik ve yenilikçilik yönünden önemli gelişmeler göstermiştir. Önderlik, Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği'nin (AONE) yönetici hemşireler için belirlediği temel yetkinliklerden birisidir. AONE önderlik yetkinliği içerisinde temel düşünce becerileri, bireysel deneyim öğretileri, sistemsel düşünme, personel yedekleme planlaması, değişim yönetimi alt yetkinliklerine yer verilmektedir. Önderlik becerilerini geliştirmek için öncelikle önderliğin ne olduğunu anlamak gerekmektedir.

Becerileri geliştirmek için ise tecrübeli önderler gözlenmeli, hatta birlikte çalışılmalıdır. Önder hemşireler alandaki bilimsel gelişmeleri, politikaları takip eder ve değişimi yöneterek sahaya yansıtır. Hemşireliği geleceğe önderlik özelliğine sahip hemşireler taşıyacaktır. Bu anlamda değişim yaratacak önder hemşirelere ve yönetici hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır (Uyer ve Kocaman, 2016; Uyurdağ & Çerçi, 2023; Çiftçioğlu & Tunç,2022).

Önderlik yeteneği, bir kişinin etkinlik düzeyini belirler. Etkili bir hemşire olmak için etkili bir önder olunmalıdır. Etkili bir önder sürekli öğrenmeyi ve gelişmeyi asla bırakmaz. Önder hemşirelerin 21. yüzyılda sahip olması gereken temel beceriler şunlardır;

- Sağlık hizmetleri ve profesyonel hemşirelik sorunları hakkında global bir anlayış,
- İlişkileri etkileşimi ve uygulama süreçlerini kolaylaştıracak teknoloji becerileri,
- Bilimsel araştırmalara dayalı karar verme konusunda uzmanlaşma,
- Bakımın kalitesini, hastaları ve çalışanların güvenliğini sağlayacak bir örgüt kültürü yaratma,
- Politik gelişmeleri anlama ve uygun şekilde yönetme,
- İş birliği ve ekip oluşturma,
- Gerçek durumla performans beklentilerini dengeleme,

Bakım ortamındaki hızlı değişim ve kaosu ön görebilme ve uyum sağlamadır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2014; Uyer ve Kocaman, 2016).

2.7. Önderliği Öğrenme

Bir beceriyi öğrenmenin farklı yöntemleri vardır. Önderlik becerileri geliştirilebilir yetenekler olduğundan, bu kişiler önderlik rollerine girmeden önce eğitim almalıdır (Kalargyrou, Pescosolido & Kalargiros, 2012). Önderliği öğrenmek konusunda Kouzes ve Posner üç temel öğrenme yaklaşımı ortaya koymuşlardır. ‘Öğrenmenin Üç E’si’ olarak geçen bu yaklaşımlar; *deneyim (experience)* deneme yanılma yoluyla öğrenme, *örnek alma (example)* diğerlerini gözlemleyerek öğrenme, *eğitim (education)* biçimsel bir eğitime katılarak öğrenme şeklinde belirtilmektedir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

- Deneyim yoluyla öğrenme: Bu yaklaşımda bireylerin gerçek yaşamda kendilerinin uygulama yapması durumunda daha iyi bir önder olma şansının daha yüksek olacağı belirtilmektedir.
- Örnek Alarak Öğrenme: Burada diğer kişiler, öğrenmenin temel kaynağını oluşturmaktadır.

- Eğitim Yoluyla Öğrenme: Kurumsal ve kişisel eğitim olanaklarının iyi kullanılmasının etkili bir önder olmada hemşirelere üstünlük sağlayacağı belirtilmektedir. (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

3.GÜÇ VE GÜÇ KAYNAKLARI

Güç ve önderlik kavramları çok yakın ilişkide olan kavramlardır. Önderlik güç olmadan var olamaz. Önderlerin izleyenleri harekete geçirmede kullandıkları en önemli araç güçtür. Güç kavramı Latince ‘potere’ (to be able) yani ‘muktedir olma, yapabilme’ anlamındadır. Gücün Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde çok fazla tanımı bulunmaktadır. Fakat ‘fizik, düşünce ve ahlak yönünden bir etki yapabilme ve ya bir etkiye direnebilme yeteneği, kuvvet, efor’ tanımı bu konuya en yakın anlamıdır (TDK 2025). Kanter gücü ‘bir kişinin amaçlarına ulaşmak ya da harekete geçmek için, gereksinimi olanları elde etme, kaynakları harekete geçirme ve o amaca ulaşma yeteneği’ olarak tanımlamaktadır. Yukl (2013) ise gücü ‘insanların tutum ve davranışlarını istenilen yönde etkileme yeteneği olarak tanımlamıştır. Önderler bir veya birkaç güç kaynağına sahip olabilirler ve farklı zamanlarda farklı kaynaklardan yararlanarak farklı önderlik tarzları sergileyebilirler. Çünkü her zaman ve her koşulda başarılı olan tek bir önderlik türü yoktur (Kessler, 2010; Açıkgoz, & Esen, 2024).

3.1.Güç Kaynaklarının Sınıflandırılması

Bilim insanları güç kavramını ve gücün nereden kaynak aldığını bulmaya çalışmışlardır. Yukl ve Falbe’nin yaptığı sınıflamada ise güç, bireysel ve kurumsal güç kaynakları olarak ele alınır.

3.1.1.Bireysel güç kaynakları

Önderin yaşamı boyunca kazandığı, temelini olgunluktan, egodan, kişilik özelliklerinden ve kişilerin güveninden alan güç çeşidi olarak tanımlanmaktadır. Bireysel güç kaynakları; karizmatik, özdeşlik, ikna ve uzmanlık gücünü içermektedir (Bakan & Büyükbeşe,2010).

Karizmatik güç: Bireyin diğer insanlardan kendini ayıran, doğuştan gelen üstün özelliklerini kullanarak diğerlerini etkileme becerisine dayanan kişisel yetenekleridir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Bakan & Büyükbeşe,2010).

İkna Gücü: Bireyin amaçlarına ulaşmak için mantıklı nedenler ve kanıtlar kullanarak diğerlerini ikna etme yeteneği olarak tanımlanabilir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Özdeşlik Gücü: İzleyenlerin bireyin kişiliğinden etkilenmesi sonucu oluşan güçtür. Genellikle izleyenler, etkilendikleri kişiler gibi olmak isterler (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Uzmanlık Gücü: Bilgi, uzmanlık ya da deneyim yoluyla kazanılabilir. Eleştirel bilgiye sahip olmak, yöneticinin bu bilgiye gereksinim duyan izleyenler üzerinde güç kazanmasını sağlamaktadır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Bakan & Büyükbeşe,2010).

3.1.2.Kurumsal güç kaynakları

Resmi pozisyonlar ile ilişkili olan güç türleridir. Önderler bu gücü kurumdaki pozisyonundan alır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Ödül gücü: Önderin, izleyenlerin değer verdikleri şeyleri bilmesi ve bu kaynakları ödül olarak kullanabilmesidir. Ayrıca bu süreçte kişilerin bu ödülleri alacaklarına ilişkin güven duymaları da önemli olmaktadır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Ceza gücü: İzleyenlerin, kurallar, emirler ve ilkelere uygun davranılmadığı durumda cezai yaptırımları olacağı algısına dayanan güçtür (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Bakan & Büyükbeşe,2010).

Yasal Güç: Gücün kaynağı yasa, yönetmelik, görev tanımlarıdır. Önderin kurumda sahip olduğu yetki alanı ile ilişkilidir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Bilgi Gücü: İzleyenlerin gereksinim duyduğu önemli bilgilere sahip olmak ve bu bilgilerin yayılmasını denetleme şeklinde tanımlanmaktadır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Kaynak Gücü: Desteğine ihtiyaç duyulabilecek kişileri tanıma ve onlarla iletişim kurabilmenin verdiği güçtür (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022).

Bakan ve Büyükbeşe tarafından (2010) yapılan çalışma yönetici konumundaki kişilerin astlarına iş yaptırırken kullandığı güç kaynaklarının kamu ve özel sektörde farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Kamuda yasal güç kaynağı başı çekmekle birlikte, diğer güç kaynakları uzmanlık, karizmatik ve ödüllendirici güçtür. Özel sektörde ise uzmanlık gücü başı çekmekle birlikte karizmatik, ödül, yasal güç kullanılmaktadır (Bakan & Büyükbeşe,2010).

3.2. Güçlendirme

Fiziksel, düşünsel ve ahlaksal bir etki yapabilme ya da bir etkiye direnebilme yeteneğini ve bir şeyi yapabilme yeterliliğini geliştirmek; güçlü duruma getirmek şeklinde tanımlanabilir. Güçlendirme; sorumluluk ile otonomi arasında bağlantı kuran, paylaşılmış veya devredilmiş gücün söz konusu olduğu insanlar arasında karşılıklı etkileşimden kaynaklanan bir süreç ve sonuçtur. Özgüveni yüksek, değişime açık olan bireyleri güçlendirmek daha kolaydır. Başarılı bir güçlendirme için karşılıklı saygı, güvenli bir ilişki ve değişime istek gereklidir. İletişim, görüşme becerileri, güç devri veya güçten feragat etmede isteklilik hem güçlendirme öncesinde bir gereklilik hem de güçlendirmenin sonucu oluşan durumlardır. Güç, güçlendirmenin öncesinde gerekli olan bir koşul iken, aynı zaman güçlendirmenin bir sonucudur (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Ulupınar, 2011).

3.3.Hemşirelikte Güç

Hemşireler hastaların sağlığını geliştirmek amacıyla hastaları etkilemeye çalışmaktadırlar. Hemşireler bilgi ve uzmanlık gücünü kullanarak bireylerin sağlık ve iyilik halinin sağlanması ve onlarda davranış değişikliği oluşması için onlara eğitim vermektedir. Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda da hemşirelerin güç kullanımı ve güç kaynaklarına sahip olma açısından kendilerini çok sınırlı gördükleri vurgulanmıştır (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Ulupınar, 2011).

3.5.Yönetici Hemşirenin Rolü

Sağlık sisteminde değişim hızlıdır. Hemşireliğin bu değişime ayak uydurabilmesi için de etkili önderlere ve önderlik ruhunu benimsemiş önder yönetici hemşirelere ihtiyaç vardır. Yönetici hemşireler sağlık bakım kurumlarında gerekli olan yenilikleri gerçekleştirebilecek stratejik bir konumdadır. Önderlik özelliklerine sahip çok sayıda hemşire olup onları desteklemek, değişik düzeylerde görevler vermek ve önder olabilmeleri için gerekli destekleyici eğitimleri yapmak doğru bir yaklaşım olacaktır. Bunun için de yönetici hemşirelerin hemşirelere iş yaşamında önderlik becerilerini deneyimleyebilecekleri olanakları sunmaları, onlara koçluk yapmaları ve onları güçlendirmeleri önemlidir. Yönetici hemşirelerin bazı sorumlulukları şu şekildedir:

- Hemşirelerin güç düzeylerine ve güç kaynaklarına göre güçlendirme programları oluşturma ve geliştirme,
- Güç kaynaklarını etkili kullanma,

- Yetki devri yapma,
- Hemşirelerin mesleki araştırma yapmalarını ve araştırmalara katılmalarını teşvik etme,
- Örgüt içi güç dengesini oluşturma ve koruma,
- Güç kullanımı ve güç kaynaklarının doğru kullanımı konusunda hemşireliği yönlendirme,
- Mesleki yayınları ve yasal düzenlemeleri ve değişiklikleri takip etmedir (Tatar Baykal & Ercan Türkmen,2022; Azizoğlu & Erkal İlhan,2024; Uyurdağ & Çerçi, 2023; Çiftçioğlu & Tunç,2022; Ardahan, & Konal, 2017).

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, R., & Esen, Ü. B. (2024). Liderlik Özellikleri İle Kullanılan Güç Kaynakları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Sağlık Kurumu Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(2), 311-328.
- Alsadaan, N., Ramadan, O. M. E., Alqahtani, M., & Farghaly, S. M. (2025). Examining the mediating role of intrinsic motivation in Laissez-Faire leadership and nurses' task performance: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 1-15.
- Ardahan, M., & Konal, E. (2017). Hemşirelikte Yöneticilik ve Liderlik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 140-147.
- Azizoğlu, F., & Erkal İlhan, S. (2024). Dünyada Dönüşümcü Liderlik ve Hemşirelik Alanında Yapılan Yayınların Bibliyometrik Analizi (1990-2023). *Akademik Hassasiyetler*, 11(26), 218-242.
- Bakan İ, Büyükbeşe T (2010). Liderlik “türleri” ve “güç kaynakları” na ilişkin mevcut-gelecek durum karşılaştırması: Eğitim kurumu yöneticilerinin algılarına dayalı bir alan araştırması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 12(19): 73-84.
- Çelik, S., & Ergün, E. (2016). Managers' Task-Oriented and Employee-Oriented Leadership Behaviors: Effects on Nurse Job Satisfaction, Organizational Commitment and Job Stress. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 23(3), 203-214.
- Çiftçiöğlu, G., & Tunç, G. (2022). Yönetici Hemşirelerin Değişen Rollerini. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 2(2), 23-30
- Grossman, S.C. & Valiga T.M. (2020) The new leadership challenge: Creating the future of nursing, FA Davis.
- İntepeler, Ş. S., & Barış, V. K. (2018). Dönüşümcü ve etkileşimci lider-izleyen ilişkilerinin hemşirelik ve sağlık hizmetlerine etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 97-104.
- Kalargyrou, V., Pescosolido, A. T., & Kalargiros, E. A. (2012). Leadership skills in management education. *Academy of Educational Leadership Journal*, 16(4), 39.
- Kessler, V. (2010). Leadership and power. *Koers: Bulletin for Christian Scholarship= Koers: Bulletin vir Christelike Wetenskap*, 75(3), 527-550.
- Kouzes, J.M. & Posner B.Z., (2023) The Leadership Chalange : How to Make Extraordinary Things Happen in Organizations. New Jersey. Wiley Brand.
- Maziero, V. G., Bernardes, A., Righetti, E. A. V., Spiri, W. C., & Gabriel, C. S. (2020). Positive aspects of authentic leadership in nursing work: integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(6), e20190118.
- Önen SM, Kanayran HG (2015). Liderlik ve Motivasyon: Kuramsal Bir Değerlendirme. *Birey ve Toplum* 5(10): 43-63

- Paksoy, M., Kumral, T., Sarp, P., (2019). The mediating role of knowledge sharing in the effect of transactional leadership and transformational leadership on the organizational creativity. *PressAcademia Procedia (PAP)*, V.9, p.69-73
- Purwanti, R. Y., Sariatmi, A., & Dwiantoro, L. (2023). The impact of servant leadership in nursing practice at the hospital: A literature review. *Journal of Holistic Nursing Science*, 10(2), 82-88.
- Sarioğlu Uğur S, Uğur U (2014). Yöneticilik ve liderlik ayrımında kişisel farklılıkların rolü. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* 6(1): 122-136.
- Tatar Baykal, Ü., Ercan Türkmen, E. (Ed.). (2022). *Hemşirelikte Yönetim*. İstanbul. Akademi Basın Yayıncılık.
- Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen, E.(Ed.). (2014). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul. Akademi Basın Yayıncılık.
- Türk Dil Kurumu Online Sözlük: <https://sozluk.gov.tr/>
- Ulupınar, S. (2011). Hemşirelikte güçlendirme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 77-84.
- Uyer G., Kocaman G., (Ed.). (2016). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı*. İstanbul. Koç Üniversitesi Yayınları.
- Uyurdağ, N., & Çerçi, S. (2023). Yönetici Hemşirelerin Liderlik Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 52-62.
- Whitehead, D.K., Weiss, S.A., Tappen, R.M.(Ed.). (2010). *Essentials of nursing leadership and management*. Philadelphia. E.A. Davis Company.
- Zen, A., Siminto, S., Harahap, M. A. K., Prasetya, Y. B., & Almaududi Ausat, A. M. (2023). Effective Leadership: A Literature Review of Concepts, Characteristics, and Best Practices . *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 3(2), 2209–2219.

BÖLÜM 3

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON VE KAÇIŞ ODASI UYGULAMALARI

Esmâ KÖYLÜ¹, Tuba YILMAZER², Hilal TÜZER³

¹ Araş. Gör., Başkent Üniversitesi, Hemşirelik, esmakyd@gmail.com, 0009-0002-9065-8668

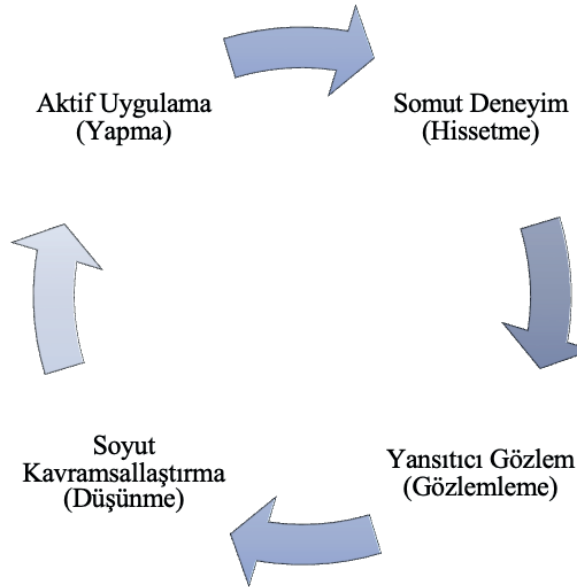
² Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik, tyilmazer@aybu.edu.tr, 0000-0002-4052-8753

³ Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik, hilaltuzer@aybu.edu.tr, 0000-0002-9929-3688

Hemşirelik, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde, bakımın güvenliğinin ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında aktif görev alan; her bir bireyin güvenli, adil ve birey merkezli bakıma ulaşma hakkı olduğunu savunan bir meslektir. Hemşirelik bakımı, bilim temelli disiplinler bilgi, teknik beceri, etik standartlar ve terapötik ilişkilerin benzersiz bileşimine dayanmaktadır (International Council of Nurses, 2025). Hemşirelik mesleğinin gereklikleri dolayısıyla, hemşirelik eğitimi; kuramsal teorik bilgiyi, uygulamalı teknik beceriyi, kritik karar verme, eleştirel düşünme, etkili iletişim gibi becerileri geliştirmeyi hedefleyen bilim ve sanatı içeren bir süreçtir (Karadağ ve Öztürk, 2022). Hemşirelik eğitimi; birey, aile ve toplumun sağlığının değerlendirilmesi, korunması ve geliştirilmesine yönelik katkı sunabilen, bireyin bakım gereksinimlerini kanıt temelli yaklaşımlarla karşılayabilen, bakım sürecini değerlendirebilen ve yönetebilen, diğer disiplinler ile iş birliği içinde etkili iletişim kurarak profesyonel bir tutumla hemşirelik rollerini sürdürebilen, etik ilkelere dayalı bakım sunabilen, eğitim ve araştırmalarda aktif rol alabilen ve yaşam boyu öğrenmeyi ilke edinen hemşireler yetiştirmeyi hedeflemektedir (Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2022).

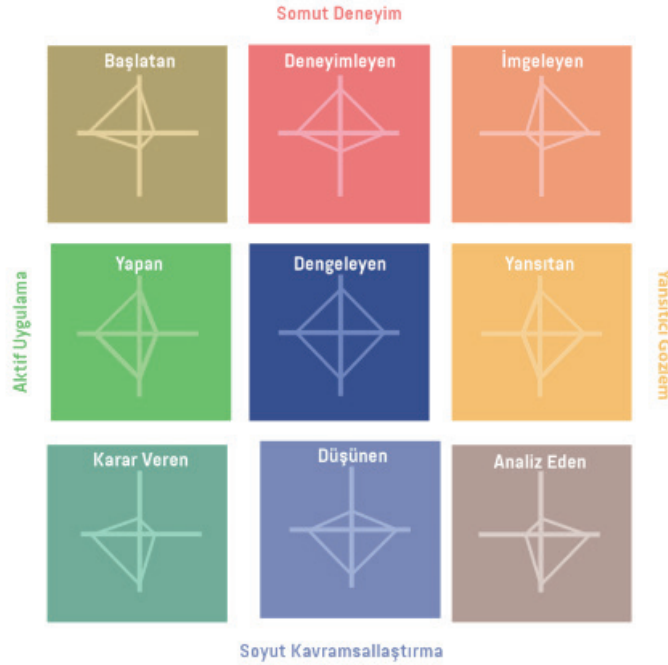
Kaliteli bir hemşirelik eğitimi için öğrenci merkezli bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, hemşirelik eğitimcilerinin; öğrencilerin öğrenme süreçlerini ve sonuçlarını etkileyebilecek cinsiyet, kültür, deneyim, yaş ve kuşak özelliklerini tanımayı, bu çeşitlilik doğrultusunda öğrenme stili tercihlerini belirlemeleri gerekmektedir (Phillips, 2022).

Deneyimsel Öğrenme Kuramı, öğrenmenin yaşantı içinde deneyimleme vasıtasıyla gerçekleştiğini savunmaktadır. Kolb’a göre, bireyin yaşantısında doğrudan katılım sağladığı ve etkileşim içinde gerçekleşen somut deneyim (concrete experience), bu deneyimi gözlemlemeyi ve düşünmeyi içeren yansıtıcı gözlem (reflective observation), bu süreçten elde edilenlerin kavramsal çerçeveye dönüştürüldüğü soyut kavramsallaştırma (abstract conceptualization) ve öğrenilenlerin yeni durumlarda denendiği, eyleme dönüştürüldüğü aktif uygulama (active experimentation) aşamalarından oluşan döngüsel bir süreç olarak ele alınmaktadır (Kolb, 2014).



Şekil.1 Kolb'un Öğrenme Döngüsü

Bir deneyimde, bireylerin bu döngüde yer alan her bir aşamaya yönelimi farklıdır. Kolb, bu yönelimler doğrultusunda öğrenme stilleri geliştirmiştir. Bireylerin deneyimi algılama ve işleme biçimlerindeki farklılıklar sistematik olarak tanımlanmış; bireye özgü öğrenme yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Kolb, 2014).



Şekil.2 Kolb'un Öğrenme Stili (Gencel ve Erdoğan, 2022)

Hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun 1997 sonrası doğan, Z kuşağı olarak adlandırılan kuşağa ait olduğu görülmektedir. Z kuşağının öğrenme özellikleri incelendiğinde; bu kuşağın deneyimsel ve etkileşimli öğrenme süreçlerini benimsediği görülmektedir (Phillips, 2022; Shorey vd., 2021). Bu durum Kolb'un Deneyimsel Öğrenme Kuramı'nın, Z kuşağı öğrencilerin, öğrenme ihtiyaçlarını anlamada önemli bir kuramsal çerçeve olduğunu ortaya koymaktadır. Z kuşağı öğrencilerin, kısa dikkat süresi, yaygın teknoloji kullanımı ve bilgiye hızlı erişim sağlayabilmesi, anında geri bildirim alma isteğini doğurmaktadır (Chicca ve Shellenbarger, 2018; Phillips, 2022; Shorey vd., 2021). Bu öğrencilerin geleneksel öğrenme yöntemleri yerine; çoklu görev yapabildikleri, eğlenceli, dinamik, aktif katılım sağlayabildikleri yöntemleri tercih etmektedir (Dodson ve Thompson-Hairston, 2025; Phillips, 2022; Shorey vd., 2021; Vizcaya-Moreno vd., 2020).

Aktif öğrenme, öğrencinin, öğrenme sürecine katılım sağlamasını ve öğrenmeye yönelik aktif düşünce süreçlerini yürütmesini hedefleyen öğrenme yaklaşımı olarak ifade edilmektedir (Bonwell ve Eison, 1991). Bu bölümde, hemşirelik eğitiminde yaygın olarak kullanılan aktif öğrenme yöntemlerinden biri olan simülasyon ile oyun temelli öğrenme uygulamalarından biri olan kaçış odası; hemşirelik eğitimindeki kullanımı ve tasarımı açısından incelenecektir.

1. Simülasyon

Simülasyon, Gaba tarafından "gerçek dünyanın var olan önemli yönlerini çağrıştırarak veya çoğaltarak, gerçek deneyimleri rehberli deneyimlerle değiştiren bir teknik" olarak tanımlanırken; Jeffries tarafından ise "rol yapma, etkileşimli video veya farklı simülatörlerin kullanımı vb. tekniklerle prosedürler veya hedeflenen davranışların gerçek klinik ortamı taklit eden tasarım ve faaliyetlerle gerçekleştirilmesi" olarak tanımlanmıştır (Gaba, 2004; Jeffries, 2012).

Simülasyon gerçeklik düzeyine göre Hayden tarafından düşük gerçeklikli, orta gerçeklikli ve yüksek gerçeklikli simülasyon olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmıştır (Hayden, 2010). Temel psikomotor becerileri geliştirmek amacıyla kullanılan kısmi ya da tam parça görev öğreticileri düşük gerçeklikli simülatörlere örnek verilebilirken; gerçekliğin arttırıldığı geri bildirim verebilen görev öğreticileri orta gerçeklikli simülatörlere örnek verilebilmektedir. Fizyolojik tepkilerin gerçeğe uygun olarak görülebildiği görev öğreticileri ya da gerçek bir kişinin canlandırdığı standart hastalar yüksek gerçeklikli simülatörlere örnek olarak verilebilmektedir (Pasklinsky ve Latimer, 2024).

Simülasyon; ön bilgilendirme, senaryo ve çözümleme aşamalarından oluşmaktadır. Ön bilgilendirme, katılımcılara simülasyon alanının ve senaryonun tanıtıldığı aşamadır. Senaryo, planlanmış uygulamanın gerçekleştirildiği aşamadır. Çözümleme ise katılımcıların, bir rehber eşliğinde geri bildirimler vasıtasıyla uygulamayı değerlendirdiği, analiz ettiği aşamadır. Simülasyon uygulamasından sonra yapılan çözümleme oturumu, eğitimcinin yürüttüğü, katılımcıların senaryo uygulamasındaki performansının baştan sona incelenip, analiz edildiği, tartışıldığı, katılımcıların ve eğiticinin geri bildirimleri ile etkili öğrenmenin sağlandığı oturumdur. Çözümleme oturumunda doğru olan uygulamalar pekiştirilirken, uygulamalarda neyin daha iyi yapılacağı tartışılır ve yanlış uygulamalar da fark edilir. (Jeffries, 2012).

Çözümleme sürecinin etkili olabilmesi için oturumun mutlaka yapılandırılmış bir modele dayanması, psikolojik güvenliğin sağlanması ve öğrencilerin aktif katılımını desteklemesi gerekmektedir. Kolaylaştırıcı, açık uçlu sorularla yansıtıcı düşünmeyi teşvik etmeli, hataları yargılamadan ele almalı ve grup dinamiğini yönetebilmelidir. Çözümleme oturumunda süre öğrenme hedefine ve öğrenciye bağlı olarak değişmekle beraber genellikle simülasyon uygulamasına verilen süreden 2-3 kat fazla olması gerekmektedir. Gerekli durumlarda video ve teknoloji desteği kullanılmalıdır. Süreç, bireysel ve ekip performansını analiz etmeye, öğrenme hedefleriyle ilişki kurmaya ve öğrencinin içgörü geliştirmesine olanak tanımalıdır. Bu unsurların bütüncül biçimde uygulanması, çözümlemenin öğrenmenin en önemli aşaması olarak değerini artırmaktadır (INACSL Standards Committee, 2025).

Çözümleme Metotları	
<i>Plus-Delta Yöntemi:</i>	Simülasyon uygulaması, katılımcılar ve gözlemciler tarafından plus (artı, +) ve delta sütunları altında toplanır. Plus olumlu olan eylemleri yansıtırken, delta değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerek eylemleri yansıtır.
<i>Savunma-Sorgu:</i>	Katılımcının beklenmedik bir eylemi sonrası eğitici olguyu fark ettirmek amacıyla simülasyonun bir bileşenini seçer ve tanımlar. Eğitici güvenli ve iletişime açık bir ortamda katılımcıdan eylem hakkında bilgi ve açıklama bekler, bu yöntemle öğrenme iyileştirilir.
<i>Toparla, Analiz et, Özetle:</i>	Bilginin verilmesi, yeni durumun keşfedilmesi, derinleşme olmak üzere üç aşamadan gerçekleşen yöntemde öncelikle katılımcıların deneyim hakkındaki tüm bilgileri sıralanır. Simülasyon uygulaması hedef, çıktı ve deneyim açısından tartışılır. Sürecin tamamı özetlenerek, pekiştirme sağlanır.
<i>Olaylar, Duygular, Empati, Açıklayıcı:</i>	Olay aşamasında katılımcılar deneyim ve görüşlerini açıklarken, duygular aşamasında katılımcıların duygularına odaklanılır. Empati aşamasında katılımcıların uygulamaya dair yaşadıkları anlamaya çalışılır, açıklama aşamasında ise önemli noktalar vurgulanır ve oturum tamamlanır.

Tablo 1. Çözümleme Metodları (Jeffries, 2012; Kan Öntürk ve Uslu, 2019).

1.1. Sağlık Hizmetleri Simülasyonunda En İyi Uygulamalama Standartları

Uluslararası Klinik Simülasyon ve Öğrenim Hemşireliği Derneği (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, INACSL), simülasyon uygulamalarında standart bir rehber olarak kullanılması amacıyla Sağlık Hizmetleri Simülasyonunda En İyi Uygulamalama Standartları'nı geliştirmektedir. Güncellenen son standartlar; simülasyon öncesi hazırlık ve bilgilendirme, simülasyon tasarımı, kolaylaştırma, çözümleme süreci, öğrenme çıktıları ve hedefleri, öğrenme ve performansın değerlendirilmesi, operasyonlar, profesyonel bütünlük, simülasyonla güçlendirilmiş meslekler arası eğitim ve mesleki gelişimdir (INACSL Standards Committee, 2025).

1. Simülasyon öncesi hazırlık ve bilgilendirme süreci (Prebriefing: Preparation and Briefing), öğrenenlerin psikolojik güvenliğini sağlamayı, beklentilerin netleştirilmesini ve simülasyonun amaç ile hedeflerinin açık şekilde paylaşılmasını içermektedir. Bu aşama, öğrenme sürecinin temelini oluşturan yapılandırılmış bir hazırlık ve yönlendirme sağlamaktadır.
2. Simülasyon tasarımı (Simulation Design), senaryonun öğrenme hedeflerine uygun biçimde planlanmasını, kullanılacak kaynakların belirlenmesini, pedagojik ilkelerin entegrasyonunu ve deneyimin doğruluk düzeyinin (fidelity) yapılandırılmasını kapsamaktadır. Amaç, öğrencilerin aktif öğrenmesini destekleyen amaçlı bir eğitim deneyimi oluşturmayı sağlamaktadır.
3. Kolaylaştırma süreci (Facilitation), eğitmenin öğrenme ortamını yönetme, yönlendirme ve öğrenenlerin ihtiyaçlarına göre pedagojik stratejiler kullanma sorumluluğunu içermektedir. Kolaylaştırıcı, öğrenci merkezli bir yaklaşım benimseyerek öğrenme sürecinin etkin bir şekilde ilerlemesini sağlamaktadır.
4. Çözümleme süreci (Debriefing), simülasyon sonrası gerçekleşen yapılandırılmış değerlendirme, yansıtma ve geri bildirim sürecini içermektedir. Duyusal, bilişsel ve davranışsal boyutları kapsayan çözümleme, öğrenmenin pekiştiği en kritik aşama olarak kabul edilmektedir.
5. Öğrenme çıktıları ve hedefleri (Outcomes and Objectives), simülasyon deneyiminin amaçlarının açıkça tanımlanmasını ve ölçülebilir hedeflerle ilişkilendirilmesini gerektirmektedir. Bu standart, eğitim tasarımının yönünü belirleyen temel bileşeni oluşturmaktadır.
6. Öğrenme ve performansın değerlendirilmesi (Evaluation of Learning and Performance), katılımcıların bilgi, beceri ve tutum düzeylerindeki gelişimin geçerli ve güvenilir yöntemlerle ölçülmesini amaçlamaktadır. Bu süreç, hem öğrenci ilerlemesini hem de simülasyonun etkililiğini değerlendirmede kritik önem taşımaktadır.
7. Operasyonlar ve program yönetimi (Operations), simülasyonun yürütülmesi için gerekli fiziksel alan, ekipman, teknik destek, insan kaynağı ve sürdürülebilir yönetim süreçlerinin planlanmasını içermektedir. Simülasyon merkezinin güvenli ve etkili şekilde çalışması bu standarda bağlı bulunmaktadır.
8. Profesyonel bütünlük (Professional Integrity), gizlilik, etik ilkelere uyum, adil değerlendirme, kültürel duyarlılık, eşitlik ve kapsayıcılık gibi etik unsurları temel almaktadır. Bu standart, profesyonel davranışın korunmasını ve güvenli bir öğrenme ortamının sürdürülmesini sağlamaktadır.
9. Simülasyonla güçlendirilmiş meslekler arası eğitim (Simulation-Enhanced Interprofessional Education, Sim-IPE), farklı sağlık disiplinleri arasında iş birliği, iletişim ve ekip çalışması becerilerinin geliştirilmesini amaçlayan simülasyon temelli öğrenme deneyimlerini ifade etmektedir. Sağlık ekibi üyelerinin ortak karar verme ve koordinasyon becerilerini desteklemektedir.
10. Mesleki gelişim (Professional Development), simülasyon eğitmenlerinin ve uygulayıcılarının sürekli eğitim, mentorluk ve uzmanlaşma yoluyla yetkinliklerini geliştirmelerini teşvik etmektedir. Bu standart, simülasyon programlarının kalitesinin korunması için kritik bir yapı taşı oluşturmaktadır.

1.2. Jeffries Simülasyon Çerçevesi

Simülasyon uygulamaları belirli bir çerçeveye dayanmadığında süreç tutarlı yönetilememekte, öğrenme hedeflerine ulaşamamakta ve çıktılar sağlıklı biçimde değerlendirilememektedir. Bu nedenle standardizasyon ve ortak bir dil gereksinimi ortaya çıkmıştır. Jeffries, bu gereksinimleri karşılamak amacıyla; kolaylaştırıcı, katılımcı, eğitim uygulamaları, simülasyon tasarımı ve çıktılardan oluşan bir simülasyon çerçevesi geliştirmiştir. Jeffries Simülasyon Çerçevesi; kolaylaştırıcı, katılımcı, eğitim uygulamaları, simülasyon tasarımının özellikleri ve çıktılar olmak üzere beş temel bileşenden oluşmaktadır (Jeffries, 2012).

1.2.1. Kolaylaştırıcı: Simülasyon uygulamalarında eğitici, klasik eğitici merkezli modelden farklı olarak kolaylaştırıcı ve rehberlik edici bir rol üstlenmektedir. Kolaylaştırıcı, uygulama sırasında katılımcıya destek sağlamak, çözümleme oturumunda yansıtıcı düşünmeyi teşvik etmekte ve gözlemci rolüyle değerlendirme yapmaktadır (Jeffries, 2012).

1.2.2. Katılımcı: Simülasyonda katılımcı kendi öğrenme sürecinden sorumlu olmakla birlikte yönlendirme ve motivasyona ihtiyaç duymaktadır. Temel kuralların bilinmesi motivasyonu artırmakta, stres ve anksiyeteyi azaltmaktadır. Katılımcılar tepki temelli ya da süreç temelli rollerde bulunabilmektedir. Tepki temelli rollerde katılımcı gözlemci konumunda olurken, süreç temelli rollerde araştırma yapmakta, incelemekte ve aktif görev üstlenmektedir (Jeffries, 2012).

1.2.3. Eğitim Uygulamaları: Simülasyon sürecinde öğrenmeyi desteklemekte ve performansı artırmada rehberlik etmektedir. Aktif öğrenme, geri bildirim, eğitici-öğrenci etkileşimi, işbirlikli öğrenme, yüksek beklentiler, farklı öğrenme türleri ve görevde geçirilen zaman eğitim uygulamalarının temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Bu uygulamalar öğrenme motivasyonunu artırmakta ve sürecin etkililiğini desteklemektedir (Jeffries, 2012).

1.2.4. Simülasyon Tasarımının Özellikleri: Simülasyon tasarımı, öğrenme hedefleri ve çıktılarla uyumlu olacak şekilde düzenlenmektedir. Tasarım; hedefler, gerçeklik düzeyi, problem çözme yaklaşımı, öğrenciye sağlanan destek ve ipuçları ile çözümleme sürecini kapsamaktadır. Simülasyonun hedefe uygun düzeyde hazırlanması, aşırı bilgi yükü oluşturmaması ve gerçek yaşamla uyumlu olması gerekmektedir (Jeffries, 2012).

1.2.5. Simülasyon Çıktıları: Simülasyon çıktıları, eğitim programında beklenen öğrenme kazanımlarını yansıtmaktadır. Bu çıktılar; teorik bilgi düzeyinin artması, teknik beceri performansının gelişmesi, öğrenci memnuniyetinin yükselmesi, eleştirel düşünmenin desteklenmesi ve özgüvenin güçlenmesi gibi unsurları içermektedir (Jeffries, 2012).

1.3. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon

Hemşirelik eğitiminde simülasyon, geleneksel yöntemlere güçlü bir alternatif oluşturan, deneyimsel ve aktif öğrenmeyi merkeze alan çağdaş bir öğretim yaklaşımıdır (Jeffries, 2012; Saragih vd., 2024). Gerçeğe yakın ve güvenli biçimde yapılandırılmış ortamlarda yürütülen simülasyon uygulamaları, hemşirelik öğrencilerinin klinik durumları risk almadan deneyimlemesine, teorik bilgiyi uygulama ile bütünleştirmesine ve eleştirel düşünme ile kritik karar verme becerilerini geliştirmesine olanak tanımaktadır (Sundler vd., 2015; Cant ve Cooper, 2017; Aebersold, 2018; Son, 2023). Bu süreçte öğrenciler, hata yapma korkusu olmadan uygulama yapabilmekte ve anında geri bildirim alarak öğrenmelerini derinleştirebilmektedir (Saragih vd., 2024; Thomas ve Baker, 2022). Simülasyon, bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını eş zamanlı olarak destekleyerek teknik becerilerin gelişimini, özgüven kazanımını ve tıbbi hataların azaltılmasını sağlamaktadır (Nehring & Lashley, 2010; Jeffries, 2012; Akhter vd., 2021). Bununla birlikte, ekip çalışması, liderlik ve etkili iletişim gibi hemşirelik uygulamalarında kritik öneme sahip sosyal ve profesyonel becerilerin

gelişimine de önemli katkı sunmaktadır (Erenel vd., 2021; Koukourikos vd., 2021; Karagözoğlu vd., 2023; Sadeghi vd., 2023). Bu yönüyle simülasyon, hemşirelik eğitiminde öğrenmeyi tüm boyutlarıyla destekleyen etkili bir öğretim yöntemi olarak öne çıkmaktadır (Koukourikos vd., 2021).

2. Kaçış Odası

Kaçış odası, katılımcıların odadan ya da odalardan oluşan parkur düzeneğinde, oyun kuralları doğrultusunda, genellikle zaman sınırlaması altında, ipuçlarını analiz ederek bir sonraki hedefe ulaştıkları ve bir dizi görevi tamamlayarak, odadan kaçışın hedeflendiği oyun düzeneğidir (Nelson, 2017; Nicholson, 2015; Wiemker vd., 2015). Kaçış odasının ilk örnekleri eğlence amacıyla ortaya çıkmıştır. İlk iyi belgelenmiş kaçış odası örneği, 2007’de Japonya’da takımlar halinde tek oda içinde oynanan bir oyundur. Kaçış odalarının ortaya çıkışında, canlı aksiyon rol yapma oyunları, tıkla oyna tarzındaki macera oyunları, bulmaca avları, etkileşimli tiyatrolar ve korku evleri gibi farklı eğlence ve oyun türleri etkili olmuştur. Kaçış odasına yönelik ilgi, 2012–2013 yıllarından itibaren belirgin biçimde artmış; başlangıçta Asya’da yaygınlaşmış, ardından Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika’ya hızla yayılmıştır (Nicholson, 2015). İlk ortaya çıkan kaçış odalarında ağırlıklı olarak zorlayıcı mantık bulmacaları ele alınırken, buna ek olarak günümüzde yüksek kaliteli dekorlara, görsel ve işitsel efektlere, ayrıntılı kurgulara yer verilerek sürükleyici bir deneyim haline dönüşmüştür (Wiemker vd., 2015). Zaman içerisinde öğretim hedefinin senaryolara dahil edilmesiyle geliştirilmiş ve günümüzde farklı birçok alanda kullanılmaktadır (Davis vd., 2022; Hui Quek, 2024; Tavares, 2022; Veldkamp vd., 2020). Hemşirelik eğitiminde de son yıllarda oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (Fernandes vd., 2025; Gómez-Urquiza vd. 2019; Reed ve Ferding, 2021).

2.1. Hemşirelik Eğitiminde Kaçış Odası

Hemşirelik eğitiminde kaçış odaları, yapılandırılmış bir ortamda teorik bilginin pekiştirilmesinde ve teknik becerinin geliştirilmesinde kullanılmaktadır (Gates ve Youngberg-Campos, 2020; Kubin, 2020). Aşağıda hemşirelik eğitiminde yapılan kaçış odası çalışmalarına yer verilmiştir.

Kaçış odası uygulamasının, birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinde paranteral ilaç uygulamalarının öğrenilmesine etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada; dörder kişilik gruplar, her bir odada farklı bir paranteral ilaç uygulama yönteminin uygulanması gereken bir etkinliğin yer aldığı dört kaçış odasında takım olarak yarışmışlardır. Takımların, kaçış odası uygulamasını tamamladığı süre ve kullanılan ipuçları incelenerek gruplar arasından birinci seçilmiştir. Öğrencilerin bilgi ve beceri düzeyi incelenmiş ve kaçış odasının öğrencilerinin bilgi ve beceri düzeyini anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır. Öğrenciler kaçış odasını; eğlenceli, motive edici ve beceriyi artırıcı bir öğrenme deneyimi olarak olumlu değerlendirmiştir (Aktaş vd., 2024).

Yılmaz ve Bıyık Bayram’ın (2025) randomize kontrollü çalışmasında, birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinde kaçış odasının, hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği bilgisi ve ekip iş birliği düzeyleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma, hasta güvenliği kaçış odalarının bilgi kazanımını ve ekip çalışmasını güçlendiren etkili bir aktif öğrenme stratejisi olduğunu; ancak tek merkezli örneklem nedeniyle genellenebilirliğin sınırlı kalabileceğini vurgulamaktadır (Yılmaz ve Bıyık Bayram, 2025).

Arrue ve arkadaşları (2025), hemşirelik lisans öğrencilerinin şizofreni konusundaki ruh sağlığı bilgisini geliştirmek için yüz yüze, film temalı bir eğitici kaçış odası tasarlamış ve bunu vaka tabanlı öğrenme ile karşılaştırmıştır. Bu çalışmada diğerlerinden farklı olarak kaçış odası, rol yapan karakterlerle yapılandırılmıştır. Atı odadan oluşan uygulamada çeşitli etkinlikler çözülmüştür. Bilgi düzeyi kaçış odası grubunda vaka grubuna nispeten yüksek çıkarken, kaygı düzeyinin kaçış odası grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Arrue vd., 2025).

Sağlık öğrencilerinde yapılan kaçış odası çalışmalarının incelendiği bir sistematik derlemede çalışmaların %58'inin hemşirelerde yapılmış olduğu saptanmıştır (Hui Quek vd., 2024). Yapılan çalışmaların öğrenme hedefleri; akut ve kronik bakımda hasta yönetimi, teknik beceri geliştirme ve ekip çalışması ile iletişim becerilerinin geliştirmesi olmak üzere üç ana konudan oluştuğu belirlenmiştir. Fiziksel kaçış odaları, simülasyon merkezleri ve sınıflarda yapılırken 2020 yılı itibarıyla pandemi dolayısıyla dijital olarak uygulandığı ifade edilmiştir. İncelenen çalışmalarda uygulanan kaçış odalarının tamamı takımlar halinde yapılmış ve bu takımların çoğunluğu dört ile altı kişi arasında değişmektedir. Zaman sınırlaması uygulanmış ve süreler 15–75 dakika arasında değişmekle beraber en sık 60 dakika tercih edilmektedir. Etkinliklerde ağırlıklı sıralı doğrusal yöntem kullanılmış; bir etkinlik tamamlandıktan sonra ulaşılan ipucu sonraki etkinliğe yönlendirmiştir. Bilişsel bulmacalar, bilmeceler, kodlanmış mesajlar etkinlikleri oluştururken, bazı çalışmalar, vaka-senaryo tabanlı olarak kurgulanmıştır. Kaçış odalarında dijital olarak video konferans platformları, QR kodlar ve çevrim içi formlar kullanılarak görev geçişleri ve etkileşim sağlanmıştır. Ayrıca web tabanlı araçlar ve görsel-işitsel donanımlar ile katılımcıların yönlendirilmesi ve izlenmesi desteklenmiştir. Kolaylaştırıcının, uygulama öncesinde ön bilgilendirme yapmak, uygulama sırasında kaçış odasını yönetmek ve sonrasında çözümleme oturumunu yönetmek üzere üç ana görevi bulunmaktadır. Kaçış odalarında zaman yönetimi, rehberlik ve ipucu eksikliği gibi olumsuz öğrenci deneyimleri, takım ilerlemesini sağlamak açısından kolaylaştırıcının önemini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, öğrencilerin özerkliğini desteklemek için kolaylaştırıcının uygulamaya yalnızca gerektiğinde müdahale etmesi ve çözümleme sürecinin öğrenme çıktılarının güçlendirilmesi açısından sistematik biçimde ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Hui Quek vd., 2024).

Fernandes ve arkadaşlarının (2025) hemşirelikte kaçış odalarını incelediği bir sistematik derleme çalışmasında, incelenen 72 çalışmanın %74'ü fiziksel kaçış odası iken %23'ü dijital, %3'ü ise hibrit yapıda uygulanmıştır. Ağırlıklı kullanılan süre kısıtlaması 30 dakika ve 60 dakikadır. Uygulamaların %36'sında geri bildirim ve memnuniyet, %22'si bilgi düzeyinde artış, %16'sı iş birlikli çalışma, %13'ünde aktif katılım ve motivasyon artışı, %8'i çeşitli teknik becerilerin gelişimi, %5'i ise klinik karar verme becerilerinde artış raporlanmıştır (Fernandes vd., 2025).

2.2. Kaçış Odasının Geliştirilmesi

Kaçış odası geliştirmek için şu adımların izlenmesi önerilmektedir (Casler, 2022; Hui Quek vd., 2024; Iverson vd., 2023; Wintheiser ve Becknell, 2023):

1. Ele alınacak konuyu belirleyin: Konu hasta yönetimi, teknik beceri geliştirme ya da ekip çalışması ile iletişim gibi sosyal becerilerin gelişimine yönelik olarak seçilebilmektedir.
2. Konuya göre öğrenme hedefi geliştirin.
3. Öğrenme hedefinize bağlı olarak uygulamanın fiziksel/ dijital bir kaçış odası olacağına karar verin.
4. Öğrenme hedefiniz doğrultusunda senaryoyu tasarlayın. Senaryoyu kaçış odası dinamiğine entegre edin. Senaryoda bir kaçış durumu oluşturun ve kaçış odanıza isim verin: Senaryo geliştirme sürecinde öncelikle mevcut fiziksel ortam, ekipman, gerekli personel sayısı ve zaman gibi kaynaklar dikkate alınmalıdır. Ardından kaçış odası tasarlanarak görevler ve ipuçları planlanmalı, her bir görevin belirlenen öğrenme hedefleriyle ilişkili olması sağlanmalıdır. Senaryo öğeleri bir araya getirilerek akışın doğrusal ya da doğrusal olmayan yapısı belirlenmeli ve motivasyonu artırmak amacıyla başlangıç görevlerinin daha basit düzeyde kurgulanması önerilmektedir. Ayrıca oyunun süresi, ipucu alma koşulları ve görevlerin başarı ölçütlerini içeren oyun kuralları netleştirilmeli ve son olarak senaryonun değerlendirilmesinde kullanılacak ölçme aracı belirlenmelidir.
5. Senaryoya göre süre sınırını belirleyin.
6. Kaçış odasının konusunu, öğrenme hedeflerini ve kuralları içeren bir ön bilgilendirme metni ve kaçış odasının tamamlanması durumunda verilecek bir değerlendirme raporu oluşturun.
7. Ön uygulama yapın ve tespit edilen sorunları giderin.

2.3. Hemşirelik Eğitiminde Kaçış Odası Uygulamasının Avantajları

Hemşirelik eğitiminde kaçış odasının avantajlarına ek olarak dezavantajları ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Z kuşağının öğrenme özelliklerine göre, bu kuşağın deneyimsel ve etkileşimli öğrenme süreçlerini benimsediği, çoklu görev yapabildikleri, eğlenceli, dinamik, aktif katılım sağlayabildikleri, hızlı geri bildirim aldıkları yöntemleri tercih ettikleri görülmektedir (Chicca ve Shellenbarger, 2018; Dodson ve Thompson-Hairston, 2025; Phillips, 2022; Shorey vd., 2021; Vizcaya-Moreno vd., 2020). Kaçış odası uygulaması, işbirlikli çalışmayı, akran öğretimini ve eğiticinin geri bildirimini içermektedir (Veldkamp vd., 2020). Kaçış odasının dinamiği incelendiğinde bu tekniğin Z kuşağının ihtiyaçlarına karşılık geldiği; çalışma sonuçları incelendiğinde kaçış odası uygulamasının memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (Arrue vd., 2025; Gómez-Urquiza vd., 2019; Gutiérrez-Puertas vd., 2020; Fagundo-Rivera, 2025; Hui Quek, 2024; Reed ve Ferding, 2021; Valdes vd., 2021; Yang vd., 2023; Yılmaz ve Bayram, 2025).

- Kaçış odası, katılımcıların dikkatini çeker, motivasyonunu artırır ve aktif katılımı sağlar (Gómez-Urquiza, 2019; Gutiérrez-Puertas vd., 2020; Molina-Torres, 2022; Veldkamp vd., 2020).
- Bilginin deneyimlenmesi; bilgi düzeyini ve bilginin kalıcılığını arttırmaktadır (Arrue vd., 2025; Gómez-Urquiza, 2019; Molina-Torres, 2022)
- Kaçış odası, öğrencilere takımlar halinde iş birlikli bir deneyim sunar. Öğrencilerin iş birliği yaparak durumu yönetmesi, akran öğretimini de desteklemekle beraber; etkili iletişim ve iş birlikli çalışma becerisini de geliştirmektedir (Sarage vd., 2021; Valdes vd., 2021; Veldkamp vd., 2020; Yılmaz ve Bıyık Bayram, 2025).
- Öğrencilerin sorunları deneyimleyerek, kısıtlı kaynaklarla hızla çözüm üretmesine teşvik eden bu uygulama, öğrencilerin yaratıcı düşünme, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisini de güçlendirmektedir (Fagundo-Rivera, 2025; Veldkamp vd., 2020; Yang vd., 2023)
- Kaçış odaları, farklı senaryolar ve uzmanlık alanları için sınırsız deneyim potansiyeline sahip olmakla birlikte, sınıf ortamına entegre edilebilen küçük malzemeler ve etkinliklerle olarak kurulabilmekte ve yazılım gerektiren ciddi oyunlara nispeten daha düşük maliyet gerektirmektedir (Arrue vd., 2025; Gómez-Urquiza, 2019; Iverson vd., 2023; Reed ve Ferding, 2021).
- Kaçış odasında uygulama sırasında, eksik ya da yanlış bir durumda kolaylaştırıcının anında müdahalesi ve uygulama sonrasında çözümle oturumunda yapılan analiz öğrencilere hızlı bir geri bildirim sağlamaktadır (Yılmaz ve Bıyık Bayram, 2025).

2.4. Simülasyon ve Kaçış Odası

Simülasyon ve kaçış odası uygulamalarına yönelik benzer ve farklı yönler ele alınmıştır (Aktaş vd., 2024; Erenel vd., 2021; Gómez-Urquiza, 2019; INACSL, 2025; Iverson vd., 2023; Jeffries, 2012; Karagözoğlu vd., 2023; Koukourikos vd., 2021; Phillips, 2022; Sadeghi vd., 2023):

- İki yöntem de aktif katılımı destekleyen, öğrenme sürecini tüm boyutlarıyla ele alınabilen, deneyimsel öğrenme yöntemleridir.
- İki yöntem de öğrenme yöntemi olmasının yanı sıra ölçme ve değerlendirme yöntemi olarak da kullanılabilir.
- İki yöntem de ön bilgilendirme, uygulama ve çözümleme oturumları dikkat çekmektedir. Simülasyon uygulamalarının, tasarım çerçevesi ve uygulaması standartlarla belirlenmişken; kaçış odası uygulamalarında bu mevcut değildir.
- Simülasyon uygulamaları klinik senaryo akışı doğrultusunda doğrusal ilerlerken; kaçış odası, oyun-senaryo kurgusu ile döngüsel ya da çoklu ipucu yapısında ilerleyebilmektedir.
- Simülasyon uygulamasında öğrenme hedefleri açık ve net şekilde belirgin olmakla beraber; kaçış odasında öğrenme hedefleri etkinliklerin içine gömülü halde bulunmaktadır.

- Simülasyon uygulamalarında doğruluk ön planda karşımıza çıkarken; kaçış odası uygulamalarında tasarıma bağlı olarak motivasyon ve problem çözme ön planda olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aebersold, M. (2016). The history of simulation and its impact on the future. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 56–61. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016436>
- Akhter, Z., Malik, G., & Plummer, V. (2021). Nurse educator knowledge, attitude and skills towards using high-fidelity simulation: A study in the vocational education sector. *Nurse Education in Practice*, 53, 1–8.
- Aktaş, N., Göçmen Baykara, Z., & Öztürk, D. (2024). The effect of education provided with the escape room game on nursing students' learning of parenteral drug administration. *Nurse Education in Practice*, 80, 104133. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104133>
- Arrue, M., Suárez, N., Ugartemendia-Yerobi, M., & Babarro, I. (2025). Let's play and learn: educational escape room to improve mental health knowledge in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 144, 106453.
- Bonwell, C. C., & Eison, J. A. (1991). Active learning: Creating excitement in the classroom (ASHE-ERIC Higher Education Report No. 1). ERIC Clearinghouse on Higher Education, The George Washington University.
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2017). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today*, 49, 63–71.
- Casler, K. (2022). Escape passive learning: 10 steps to building an escape room. *The Journal for Nurse Practitioners*, 18(6), 569–574. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.03.007>
- Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2018). Connecting with Generation Z: Approaches in nursing education. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(3), 180–184.
- Davis, K., Lo, H. Y., Lichliter, R., Wallin, K., Elegores, G., Jacobson, S., & Doughty, C. (2022). Twelve tips for creating an escape room activity for medical education. *Medical Teacher*, 44(4), 366–371.
- Dodson, T. M., & Thompson-Hairston, K. (2025). A scoping review of Gen Z nursing students: Learning preferences and educator strategies. *Teaching and Learning in Nursing*, 20(1), 85–90.
- Erenel, A. Ş., Sözbir, Ş. Y., Aksoy, M. U., Gürcüoğlu, E. A., Aksu, S. P., Toprak, F. Ü., & Asalıoğlu, C. U. (2021). Effect of scenario-based simulation training on the obstetrics and gynecology nursing clinical practicum. *Journal of Nursing Research*, 29(2), e142.
- Fagundo-Rivera, J., Garrido-Bueno, M., Romero-Castillo, R., Badillo-Sánchez, N., & Fernández-León, P. (2025). Playful experience, learning perception, and motivation in a cooperative escape room activity in undergraduate nursing education: A mixed-methods study. *Learning and Instruction*, 100, 102212. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2025.102212>
- Fernandes, C. S., Moreira, M. T., Ferreira, M. S., & Lima, A. M. N. (2025). Escape rooms in nursing: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 56(5), 175–182. <https://doi.org/10.3928/00220124-20250416-05>

- Fernandes, C. S., Moreira, M. T., Ferreira, M. S., Funghetto, S. S., Stival, M. M., & Lima, A. M. N. (2025). Exploring the use of escape rooms in nursing: A comprehensive scoping review. *Nurse Education in Practice*, 84, 104324. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104324>
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety*, 13(Suppl 1), i2–i10.
- Gates, J. A., & Youngberg-Campos, M. (2020). Will you escape?: Validating practice while fostering engagement through an escape room. *Journal for Nurses in Professional Development*, 36(5), 271–276.
- Gencel, İ. E., & Erdoğan, M. (2022). Kolb'un yenilenen öğrenme stili sınıflamasına ilişkin bir inceleme. *Yaşadıkça Eğitim*, 36(3), 813–833. <https://doi.org/10.33308/26674874.2022363492>
- Gómez-Urquiza, J. L., Gómez-Salgado, J., Albendín-García, L., Correa-Rodríguez, M., González-Jiménez, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). The impact on nursing students' opinions and motivation of using a "Nursing Escape Room" as a teaching game: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 72, 73–76.
- Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., Román-López, P., Rodríguez-Arrastia, M. J., Ropero-Padilla, C., & Molina-Torres, G. (2020). Escape rooms as a clinical evaluation method for nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 49, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.05.010>
- Hayden, J. (2010). Use of simulation in nursing education: National survey results. *Journal of Nursing Regulation*, 1(3), 52–57.
- Hui Quek, L., Tan, A. J. Q., Sim, M. J. J., Ignacio, J., Harder, N., Lamb, A., Chua, W. L., Lau, S. T., & Liaw, S. Y. (2024). Educational escape rooms for healthcare students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 132, 106004. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106004>
- INACSL Standards Committee. (2025). Preamble: Grounded in excellence: The cornerstone Healthcare Simulation Standards of Best Practice®. *Clinical Simulation in Nursing*, 105, 107774. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.107774>
- INACSL Standards Committee, Decker, S., Bipin, L., Chidume, T., Crawford, S. B., Fayaz, J., Johnson, B. K., Szydlowski, J., & others. (2025). Healthcare Simulation Standards of Best Practice®: The debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing*, 105, 101775. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101775>
- International Council of Nurses. (2025). Renewing the definitions of "nursing" and "a nurse": Final project report (June 2025). https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN.pdf
- Iverson, L., Jizba, T., & Manning, L. (2023). Beat the clock! Implementation and evaluation of an escape room. *The Journal for Nurse Practitioners*, 19(5), 104523.
- Jeffries, P. R. (2012). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation* (2nd ed.). National League for Nursing.

- Kan Öntürk, Z., & Uslu, Y. (2019). Simülasyon tasarımı. In Ü. Karabacak & E. Uğur (Eds.), Sağlık bilimlerinde simülasyon: Kavramdan uygulamaya (pp. 145–173). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karadağ, A., & Öztürk, D. (2022). Hemşirelik mesleği: Tarihçe, sorunlar ve çözüm önerileri. *Düşünce Dünyasında Türkiz*, 4(24), 81–86.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT Press.
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V., Iliadis, C., Fratzana, A., & Panagiotou, A. (2021). Simulation in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*, 29(1), 15–20.
- Kubin, L. (2020). Using an escape activity in the classroom to enhance nursing student learning. *Clinical Simulation in Nursing*, 47, 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.07.007>
- Molina-Torres, G., Cardona, D., Requena, M., Rodríguez-Arrastia, M., Román, P., & Ropero-Padilla, C. (2022). The impact of using an “anatomy escape room” on nursing students: A comparative study. *Nurse Education Today*, 109, 105205. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105205>
- Nelson, M., Calandrella, C., Schmalbach, P., & Palmieri, T. (2017). Escape the conference room. *Annals of Emergency Medicine*, 70(4), S64.
- Nehring, W. M., & Lashley, F. R. (Eds.). (2010). *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Jones & Bartlett.
- Nicholson, S. (2015). Peeking behind the locked door: A survey of escape room facilities.
- Pasklinsky, N., & Latimer, B. (2024). Simulation modalities for undergraduate nursing education. In J. M. Kutzin et al. (Eds.), *Comprehensive healthcare simulation: Nursing* (pp. 27–33). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-31090-4_4
- Phillips, B. C. (2022). Understanding the learner. In M. H. Oermann, J. C. De Gagne, & B. C. Phillips (Eds.), *Teaching in nursing and role of the educator* (3rd ed., pp. 43–59). Springer.
- Reed, J. M., & Ferdig, R. E. (2021). Gaming and anxiety in the nursing simulation lab. *Journal of Professional Nursing*, 37(2), 298–305.
- Sadeghi, M., Nematollahi, M., Farokhzadian, J., Khoshnood, Z., & Eghbalian, M. (2023). The effect of scenario-based training. *BMC Nursing*, 22(1), 475.
- Sarage, D., O'Neill, B. J., & Eaton, C. M. (2021). There is no I in escape. *Simulation & Gaming*, 52(1), 40–53.
- Shorey, S., Chan, V., Rajendran, P., & Ang, E. (2021). Learning styles, preferences and needs of Generation Z healthcare students. *Nurse Education in Practice*, 57, 103247.
- Son, H. K. (2023). Effects of simulation with problem-based learning. *BMC Medical Education*, 23(1), 601.
- Sundler, A. J., Pettersson, A., & Berglund, M. (2015). Undergraduate nursing students' experiences. *Nurse Education Today*, 35(12), 1257–1261.

- Tavares, N. (2022). Game-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*, 117, 105484. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105484>
- Thomas, C. M., & Barker, N. (2022). Impact of simulation on undergraduate student outcomes. *Nurse Educator*, 47(6), E127–E131.
- Valdes, B., McKay, M., & Sanko, J. S. (2021). The impact of an escape room simulation. *Simulation & Gaming*, 52(1), 54–61.
- Veldkamp, A., van de Grint, L., Knippels, M. C. P., & van Joolingen, W. R. (2020). Escape education. *Educational Research Review*, 31, 100364.
- Vizcaya-Moreno, M. F., & Pérez-Cañaveras, R. M. (2020). Social media and teaching methods preferred by Generation Z students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8267.
- Wiemker, M., Elumir, E., & Clare, A. (2015). Escape room games. *Game-Based Learning*, 55, 55–75.
- Wintheiser, K., & Becknell, M. (2023). A guide for facilitating an escape room for undergraduate nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 18(1), 181–184.
- Yang, C.-L., Chang, C.-Y., & Jen, H.-J. (2023). Facilitating undergraduate students' problem-solving and critical thinking. *Nurse Education in Practice*, 73, 103828. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103828>
- Yılmaz, A., & Bıyık Bayram, Ş. (2025). The effect of patient safety escape rooms. *Nurse Education in Practice*, 87, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104507>
- Yükseköğretim Kurulu. (2022). Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP-2022). https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/hemsirelik_cekirdek_egitim_programi.pdf

BÖLÜM 4

METABOLİK SENDROM VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

*Merve AKINCI*¹

¹ Öğr. Gör., Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, pekerm92@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3019-8444.

GİRİŞ

Metabolik sendrom (MetS), erişkin bireylerde yaygın olarak görülen ve küresel ölçekte sağlık sistemlerine önemli ekonomik yükler getiren, bir dizi kardiyometabolik risk faktörünü içeren klinik bir durumdur. Bu sendrom; insülin direnci temelinde gelişen abdominal obezite, glukoz intoleransı ya da diyabet, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi birden çok metabolik bozukluğun birlikte bulunduğu, sistemik ve kompleks bir endokrin hastalık tablosu olarak tanımlanmaktadır (Han & Lean, 2015). İlk kez 1988 yılında Reaven, birbiriyle ilişkili çeşitli metabolik risk faktörlerinin sıklıkla birlikte görüldüğüne dikkat çekmiş ve bu durumu "Sendrom X" olarak tanımlamıştır. Reaven, söz konusu risk faktörlerinin bir arada bulunmasının kardiyovasküler hastalık gelişme riskini anlamlı düzeyde artırabileceğini ifade etmiştir (Reaven, 1988).

Metabolik sendromun görülme sıklığı; yaş, cinsiyet ve coğrafi farklılıklar gibi çeşitli demografik değişkenlere bağlı olarak değişiklik gösterse de küresel düzeyde artış eğilimindedir. Günümüzde birçok ülkede erişkin nüfusun yaklaşık %20 ila %30'unu etkileyen bu sendrom, bazı kaynaklar tarafından modern çağın pandemisi olarak nitelendirilmektedir. Özellikle batılı toplumlarda teknolojik gelişmelerin etkisiyle artan sedanter yaşam tarzı ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları, bireyleri metabolik sendrom açısından daha yüksek risk altına sokmaktadır. Yaş ilerledikçe metabolik sendrom sıklığında da artış gözlemlenmekte, kadınlarda ise bu durumun daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Kadınlarda görülen artış hızının abdominal obeziteyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Grundy, 2008). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), 2005 yılında yaptığı metabolik sendrom tanımında, obezite değerlendirmesinde popülasyona özgü bel çevresi sınırlarının kullanılmasını önermiştir. Bu bağlamda, toplumlara özgü epidemiyolojik verilerin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Türkiye özelinde yapılan çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir. TEKHARF Çalışması ile Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Lipid, Obezite ve Hipertansiyon Çalışma Grubu'nun elde ettiği veriler, Türk kadınlarında bel çevresi için belirlenmesi gereken eşik değerlerin hem IDF hem de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen sınırların üzerinde olması gerektiğini ortaya koymuştur. Erkeklerdeki değerlerin ise DSÖ ile IDF arasında yer alması gerektiği belirtilmektedir. IDF, ilgili antropometrik verilerin mevcut olmadığı ülkelerde, bölgesel çalışmalardan elde edilen değerlerin kullanılmasını önermektedir. Örneğin, Avrupa toplumlarında santral obezite için bel çevresi eşik değeri erkeklerde ≥ 94 cm, hamile olmayan kadınlarda ise ≥ 80 cm olarak kabul edilmektedir. ABD'de ise DSÖ tarafından önerilen sınırlar; erkekler için ≥ 102 cm, kadınlar için ise ≥ 88 cm olarak belirlenmiştir. Türkiye'de bel çevresi ölçümleri temel alınarak, fazla kilolu ve obez bireylerin sınıflandırılması için kadınlarda ≥ 80 cm fazla kilolu, ≥ 90 cm obez; erkeklerde ise ≥ 90 cm fazla kilolu, ≥ 100 cm obez olarak kabul edilmektedir (Balkan, 2013).

Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) 2004 yılı verilerine göre, Amerikan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli III (NCEP ATP III) kriterleri esas alındığında, ülkemizde metabolik sendrom prevalansı erkeklerde %28, kadınlarda ise %39,6 olarak saptanmış; genel erişkin nüfusta bu oran %33,9'a ulaşmıştır. Coğrafi bölgelere göre yapılan değerlendirmelerde ise kadınlarda metabolik sendrom görülme sıklığı, en düşük %25,5 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, en yüksek ise %39,2 ile Batı Karadeniz Bölgesi'nde kaydedilmiştir (Satman et al., 2013). Benzer şekilde, 2017 yılında gerçekleştirilen Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında yaklaşık 9,2 milyon erişkinde metabolik sendrom varlığı tespit edilmiş, bu bireylerin 5,3 milyonunu kadınlar oluşturmuştur (Onat & Can, 2017). Bu bulgular, ülkemizde metabolik sendromun halk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturduğunu ve topluma özgü önleme stratejilerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1. ETİYOLOJİ

Metabolik sendrom, tek bir nedene indirgenemeyecek kadar karmaşık, çok faktörlü bir patofizyolojik sürecin sonucudur. Bilimsel çalışmalar ve epidemiyolojik gözlemler, bu sendromun ortaya çıkışında pek çok biyolojik, çevresel ve yaşam tarzı unsurunun bir araya geldiğini göstermektedir. Özellikle son yıllarda artan fiziksel hareketsizlik (sedanter yaşam tarzı) ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları, bu sendromun gelişiminde temel belirleyiciler olarak ön plana çıkmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite ile birlikte aşırı enerji alımına dayalı, yüksek kalorili ve düşük besin değerine sahip gıdaların tüketilmesi; vücutta yağ birikimini artırmakta ve metabolik dengeyi bozmaktadır. Bu yaşam tarzı değişiklikleri, metabolik sendromun hem başlangıcında hem de ilerleyişinde önemli bir rol oynamaktadır. Metabolik sendromun temelinde yer aldığı düşünülen en önemli mekanizmalardan biri **insülin direncidir**. Bu kavram, vücudun dokularının insülin hormonuna yeterince yanıt vermemesi şeklinde tanımlanır. İnsülinin etkisiz kalması sonucu pankreas, bu açığı kapatmak amacıyla daha fazla insülin salgılamaya başlar ve bu süreç **hiperinsülinemi** olarak adlandırılır. Uzun vadede bu durum, birçok metabolik bozukluğun tetikleyicisi haline gelir (Reaven, 1988).

İnsülin direncine bağlı olarak gelişen metabolik düzensizlikler, vücutta çok yönlü etkiler doğurur. Öncelikle glukoz metabolizması bozulur ve **Tip 2 diyabet** gelişimi hızlanır. Bunun yanı sıra, insülinin damarlar üzerindeki etkisinin azalması sonucu **kan basıncı regülasyonu bozulur** ve bu durum **hipertansiyona** yol açar. Ayrıca, lipid metabolizmasında da dengesizlik meydana gelir; bu da **dislipidemi** olarak tanımlanan, kandaki trigliserit düzeylerinin yükselmesi ve HDL düzeylerinin düşmesi ile karakterize bir tabloyu ortaya çıkarır (Han & Lean, 2015).

İnsülin direnci aynı zamanda yağ hücrelerinin (adipositlerin) işleyişini de bozar. Bu bozulma, özellikle abdominal bölgede yağ birikimini artırarak santral obeziteyi tetikler. Bu tabloya zamanla aterosklerotik damar hastalıkları da eşlik eder; çünkü bozulmuş lipid profili, damar çeperlerinde plak oluşumunu kolaylaştırır ve damar sertliği gelişimine zemin hazırlar. Tüm bu durumlar birlikte ele alındığında, metabolik sendromun karakteristik bileşenleri olan obezite, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet ve ateroskleroz gibi sağlık sorunlarının, birbirini tetikleyen bir zincirleme reaksiyon şeklinde geliştiği görülmektedir (IDF, 2023).

2. TANI KRİTERLERİ

Metabolik sendromun tanısında günümüzde en sık başvurulanan ölçütlerden biri, **Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli III (NCEP-ATP III)** tarafından 2001 yılında geliştirilen tanı kriterleridir. Bu kriterler, hem klinik pratikte kullanım kolaylığı sunması hem de geniş popülasyon çalışmalarında güvenilir sonuçlar vermesi nedeniyle uluslararası düzeyde yaygın olarak kabul görmüştür. NCEP-ATP III, metabolik sendromu; kardiyovasküler hastalıklar, Tip 2 diyabet ve diğer metabolik bozukluklar açısından yüksek risk taşıyan bireyleri belirleyebilmek amacıyla bir dizi metabolik parametre üzerinden tanımlamaktadır (TEMĐ, 2019).

Bu kriterler çerçevesinde, bireyde metabolik sendrom tanısı konulabilmesi için aşağıda sıralanan beş temel risk etmeninden en az üçünün birlikte bulunması gerekmektedir:

2.1. Abdominal obezite (bel çevresi artışı): Kadınlar için ≥ 88 cm, erkekler için ≥ 102 cm olarak belirlenen sınırlar, karın bölgesindeki aşırı yağ birikiminin kardiyometabolik riskle olan ilişkisini vurgular.

2.2. Trigliserid yüksekliği (≥ 150 mg/dL) ya da bu duruma yönelik tedavi alıyor olmak.

2.3.HDL kolesterol düşüklüğü: Kadınlar için <50 mg/dL, erkekler için <40 mg/dL olarak belirlenmiştir. HDL kolesterol düzeylerinin düşük olması, aterosklerotik hastalık gelişimi açısından önemli bir risk unsurudur.

2.4.Kan basıncının yüksek olması ($\geq 130/85$ mmHg) ya da mevcut hipertansiyon tedavisi alıyor olmak.

2.5.Açlık kan glukoz düzeyinde yükseklik (≥ 100 mg/dL) ya da diyabet tedavisi görmek (TEMĐ, 2019).

Bu kriterlerden en az üçünün eş zamanlı varlığı, bireyin metabolik sendrom tanısı almasını mümkün kılar. Tanıda esas alınan bu bileşenler, doğrudan veya dolaylı olarak insülin direnci, adipoz doku disfonksiyonu, kronik düşük dereceli inflamasyon ve endotel disfonksiyonu gibi fizyopatolojik süreçlerle ilişkilidir. NCEP-ATP III kriterlerinin pratikte kullanılabilir olması, bireylerin erken dönemde tanımlanmasını ve hemşirelik dahil olmak üzere sağlık profesyonellerinin uygun yaşam tarzı müdahaleleri ve sağlık eğitimi ile sürece erken dahil olmasını mümkün kılar. Bu durum, metabolik sendromun ilerleyici yapısına karşı önleyici ve tedavi edici stratejilerin geliştirilmesini kolaylaştırmaktadır (TEMĐ, 2019).

3. METABOLİK SENDROMDA RİSK FAKTÖRLERİ

3.1.Genetik Yatkınlık

- Aile öyküsünde Tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi veya obezite bulunan bireylerde metabolik sendrom gelişme riski artar.
- Genetik varyasyonlar insülin duyarlılığı, yağ dağılımı ve lipid metabolizması üzerinde etkili olabilir.

3.2.Yaşam Tarzına Bağlı Faktörler

a. Fiziksel İnaktivite (Sedanter Yaşam)

- Düşük fiziksel aktivite düzeyi, insülin direncini artırarak abdominal obeziteye ve glukoz metabolizmasında bozulmaya neden olur.
- Düzenli egzersiz eksikliği metabolik dengenin bozulmasına zemin hazırlar.

b. Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları

- Yüksek kalorili, doymuş yağ ve basit karbonhidrat içeren beslenme tarzı; hiperinsülinemi, hiperglisemi ve dislipidemiye yol açar.
- Liften yoksun diyet ve fast food tüketimi abdominal yağlanmayı destekler.

c. Sigara ve Alkol Kullanımı

- Sigara içimi, HDL kolesterol düzeylerini düşürerek ve insülin direncini artırarak riski yükseltir.
- Aşırı alkol tüketimi trigliserid düzeylerini yükseltebilir.

Obezite ve Vücut Yağ Dağılımı

- Özellikle abdominal (visseral) obezite, metabolik sendromun merkezi komponentidir.
- Vücut kitle indeksinin (VKİ) yüksek olması yanında bel çevresi ölçümünün artması da önemlidir.

İnsülin Direnci

- Metabolik sendromun temel patofizyolojik mekanizması olarak kabul edilir.
- Kas, yağ ve karaciğer dokularının insüline karşı duyarlılığının azalması sonucu glukoz regülasyonu bozulur.

İleri Yaş

- Yaşla birlikte metabolik süreçlerdeki yavaşlama ve hormonal değişiklikler riski artırır.
- Hücre düzeyindeki metabolik esneklik azalır, visseral yağ oranı artar.

Cinsiyet

- Postmenopozal kadınlarda abdominal yağ dağılımının artması ve östrojenin koruyucu etkisinin azalması riski yükseltir.

- Erkeklerde de visceral yağ oranı yüksek olduğu için genç yaşta riskli grup olabilirler.

3.3.Psikososyal Faktörler

- Kronik stres, depresyon ve uyku bozuklukları gibi durumlar kortizol düzeylerini artırarak metabolik süreci olumsuz etkiler.
- Stres, iştah kontrolünün bozulmasına ve aşırı yeme davranışlarına neden olabilir (TEMĐ, 2019).

4. METABOLİK SENDROM PATOGENEZİ

4.1.İnsülin Direnci: Metabolik sendromun merkezinde yer alan temel patofizyolojik bozukluklardan biridir. Kas, karaciğer ve yağ hücrelerinin insüline yeterince yanıt verememesiyle ortaya çıkar. Bu durum glukozun hücre içine alınamamasına, pankreasın daha fazla insülin salgılamasına ve zamanla hiperglisemi ve hiperinsülinemiye yol açar. İnsülin direnci ayrıca lipid metabolizmasını da bozar ve trigliserit artışı, HDL düşüklüğü gibi dislipidemilere neden olur (Fahed et al., 2022; Rizzo & Rizvi, 2024).

4.2.Obezite ve Adipoz Doku Disfonksiyonu: Özellikle visceral (karın içi) obezite, metabolik sendromun gelişiminde kritik rol oynar. Yağ dokusu sadece bir enerji deposu değildir; aynı zamanda birçok biyolojik olarak aktif molekül (adipokin) salgılar. Bunlar arasında leptin, adiponektin, TNF- α , IL-6 ve resistin gibi maddeler yer alır. Bu moleküller inflamasyon, insülin sinyali ve lipid metabolizması üzerinde önemli etkiler oluşturur (Fahed et al., 2022; Rizzo & Rizvi, 2024).

4.3.Kronik Subklinik İnflamasyon: Metabolik sendrom hastalarında düşük dereceli sistemik inflamasyon sıkça görülür. Adipoz dokudan salınan proinflamatuvar sitokinler (TNF- α , IL-6) ve C-reaktif protein (CRP) gibi inflamasyon belirteçleri artar. Bu inflamatuvar ortam insülin direncini artırır, damar duvarında hasara neden olur ve kardiyovasküler riskleri artırır (Fahed et al., 2022; Rizzo & Rizvi, 2024).

4.4.Genetik Yatkınlık: Bazı bireylerde metabolik sendroma yatkınlık, genetik faktörlerle açıklanabilir. Özellikle kan basıncı regülasyonu, glukoz metabolizması ve lipid taşınmasına dair genlerdeki polimorfizmler, bu bireylerin MetS gelişimine daha yatkın olmasına neden olur (Fahed et al., 2022; Rizzo & Rizvi, 2024).

4.5.Endotelial Disfonksiyon ve Oksidatif Stres: İnsülin direnci ve inflamasyon, endotel hücrelerinin fonksiyonlarını bozar. Bu durum damarların gevşeme kapasitesini azaltır ve ateroskleroz gelişimini kolaylaştırır. Aynı zamanda serbest oksijen radikallerinin artışı, hücre hasarı ve kronik hastalıkların oluşumuna katkı sağlar (Fahed et al., 2022; Rizzo & Rizvi, 2024).

4.6.Bağırsak Mikrobiyotası: Son yıllarda bağırsak mikrobiyotasının MetS ile ilişkisi giderek daha fazla önem kazanmıştır. Bozulmuş mikrobiyal denge (disbiyozis) bağırsak geçirgenliğini artırabilir, sistemik inflamasyonu tetikleyebilir ve metabolik endotoksemiye neden olabilir. Bu da metabolik bozulmaları kötüleştirir. Özellikle kısa zincirli yağ asitleri üretimindeki değişimler, enerji metabolizması ve insülin hassasiyeti üzerinde etkilidir (Rizzo & Rizvi, 2024).

4.7.Beyin İnsülin Direnci ve Nörodejenerasyon: Yeni araştırmalar, beyin dokusunda da insülin direncinin gelişebileceğini göstermektedir. Bu durum sadece metabolik düzeni bozmakla kalmaz, aynı zamanda bilişsel bozukluklar ve Alzheimer hastalığı gibi nörodejeneratif süreçlerle de bağlantılı olabilir. Metabolik sendromun Alzheimer ile olan bu bağlantısı “Tip 3 Diyabet” kavramını doğurmuştur (Rizzo & Rizvi, 2024).

4.8.Hepatik Yağlanma ve Karaciğer Hastalıkları: Obezite ve insülin direnci, karaciğerde yağ birikimine neden olur. Steatohepatit ve ilerleyen vakalarda hepatosellüler karsinom gelişme riski artar. Çalışmada bu süreçlerin fare modellerinde deneysel olarak gösterildiği ve glutamin sentetaz ekspresyonu gibi tümör belirteçlerinin gözlendiği belirtilmiştir (Rizzo & Rizvi, 2024).

5. METABOLİK SENDROMDA GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Metabolik sendrom, yönetiminde temel amaç, Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların gelişimini önlemek ya da geciktirmektir. Bu doğrultuda uygulanacak en etkili ilk adım, yaşam tarzının yeniden düzenlenmesidir. Yaşam tarzı değişiklikleri, metabolik sendromun temel bileşenleri olan abdominal obezite, dislipidemi, hipertansiyon ve glukoz intoleransının kontrol altına alınmasında kritik bir rol oynamaktadır (Fahed et al., 2022).

5.1.Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Kilo kontrolü: Karın bölgesindeki yağlanma; sistemik inflamasyon, insülin direnci ve artan kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Bu nedenle obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması MetS'nin tüm bileşenlerini olumlu yönde etkileyerek yalnızca hastalığın gelişimini önlemekle kalmaz, aynı zamanda mevcut metabolik sorunların gerilemesine de katkı sunar. MetS'nin yönetiminde temel stratejiler; yaşam tarzında köklü değişiklikler yapmak ve kilo kaybını teşvik edecek düzeyde fiziksel aktiviteyi artırmaktır(H.-L. Kim et al., 2022a). Yapılan uzun dönemli takip çalışmalarında, genç erişkinlik döneminde sabit bir vücut ağırlığını koruyan bireylerde risk faktörlerinin daha az ilerlediği ve MetS gelişme olasılığının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Buna karşılık, vücut kitle indeksi artan bireylerde glukoz intoleransı ve diyabet gelişme riski daha yüksektir. Düşük kalorili beslenme programlarıyla sağlanan ılımlı kilo kaybı, sadece birkaç hafta içinde kan basıncında, glukoz ve lipid seviyelerinde anlamlı iyileşmelere yol açabilir. Araştırmalar, kilo verme ilaçlarının aksine, yaşam tarzı temelli müdahalelerin MetS'nin önlenmesinde daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (Ferland & Eckel, 2011). Gerçekçi ve sürdürülebilir bir kilo verme hedefi olarak, 6 ila 12 ay içerisinde toplam vücut ağırlığının yaklaşık %7–10'unun azaltılması önerilmektedir (Grundy et al., 2004).

Sigara Bırakma: Sigara kullanımı, içerdiği nikotin, karbon monoksit ve oksitleyici gazlar nedeniyle lipit metabolizmasını bozmakta, damar endotelinde disfonksiyona yol açmakta ve insülin direncini artırarak MetS gelişimini desteklemektedir. Sigara içmek; kan basıncını yükseltir, kalp atış hızını artırır, HDL kolesterol düzeyini düşürürken LDL ve trigliserit seviyelerini yükseltir. Ayrıca, insülin direnci ve abdominal obeziteyi tetikleyerek MetS'nin temel bileşenlerinin oluşumuna katkı sağlar. Sigara içen bireylerde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları (yetersiz fiziksel aktivite, kötü beslenme, aşırı alkol tüketimi) da sık görülür ve bu durum MetS riskini daha da artırır. Bu nedenle, sigarayı bırakmak yalnızca MetS riskini değil, aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar ve erken ölüm riskini de önemli ölçüde azaltır (Kim et al., 2022).

Diyet Düzenlemesi: Metabolik Sendrom'un önlenmesi ve tedavisindeki temel hedef, kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak ve buna bağlı erken ölümleri önlemektir. Bu süreçte sağlıklı ve dengeli bir beslenme programı kilit rol oynar. Özellikle yağ türleri ve miktarı üzerinde durulmalıdır; doymuş ve trans yağlar kalp-damar sağlığı üzerinde olumsuz etkiler gösterirken, çoklu doymamış yağ asitleri bu riski azaltabilir. Trans yağ tüketiminin HDL kolesterol düzeyini düşürüp LDL'yi artırdığı, böylece kardiyovasküler riskleri artırdığı bilinmektedir. Benzer şekilde, aşırı karbonhidrat tüketimi trigliserit seviyelerini yükselterek ve HDL kolesterolü düşürerek metabolik dengenin bozulmasına neden olabilir. Bu nedenle, işlenmiş şekerlerden ve rafine karbonhidratlardan uzak durmak önemlidir. Sodyum alımının fazlalığı da kan basıncını artırarak MetS riskini yükseltmektedir; bu nedenle düşük sodyumlu beslenme alışkanlıkları teşvik edilmelidir (Weickert & Pfeiffer, 2008). Diyet lifi açısından zengin besinler (tam tahıllar, sebzeler, meyveler), sindirimi düzenlerken kan lipid düzeylerini iyileştirmeye yardımcı olur. Ancak aşırı lif alımı bazı

besinlerin emilimini olumsuz etkileyebileceğinden dengeli tüketim önemlidir. Bu bağlamda, taze sebzeler, meyveler, tam tahıllar, az yağlı süt ürünleri, yağsız protein kaynakları ve sağlıklı yağlar içeren diyet şekilleri, özellikle kan basıncını düşürme ve kalp sağlığını koruma açısından olumlu sonuçlar vermektedir (Kim et al., 2022).

Egzersiz ve Fiziksel Aktivite Düzenlemesi: Egzersiz, sağlıklı yaşam tarzının vazgeçilmez bir unsuru olup, yalnızca kilo yönetimi için değil, aynı zamanda kalp-damar sağlığının korunması, metabolik işlevlerin iyileştirilmesi ve yaşam süresinin uzatılması açısından da büyük öneme sahiptir. Düzenli fiziksel aktivite, MetS gelişim riskini azaltırken, bu sendromla ilişkili pek çok klinik belirteç üzerinde olumlu etkiler yaratır. Bu olumlu etkiler, egzersiz süresi ve yoğunluğu arttıkça daha belirgin hale gelir (Kim et al., 2019). Kalp ve damar hastalıklarını önlemek amacıyla, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta (örneğin hızlı yürüyüş, hafif tempolu bisiklet, yüzme veya aktif yoga) ya da 75 dakika yüksek yoğunlukta (koşu, hızlı bisiklet sürme, yoğun yüzme, tenis gibi) egzersiz yapılması önerilmektedir (WHO, 2024). Fiziksel aktivite, vücut yağ oranı, bel çevresi ve kan basıncını azaltmanın yanı sıra, insülin duyarlılığını artırır ve lipid profilini iyileştirir. Egzersiz türü açısından hem aerobik (kardiyo) hem de direnç (kuvvet) egzersizleri faydalıdır. Aerobik egzersizler kalp-damar sağlığına doğrudan katkı sağlarken, direnç egzersizleri kas kütlesini artırarak kan şekeri regülasyonu ve tansiyon kontrolünde rol oynar. Bu iki egzersiz türünün birlikte uygulanması, özellikle glukoz metabolizması üzerinde daha etkili sonuçlar doğurur. Yalnızca egzersiz ile kilo vermek genellikle yeterli olmadığından, egzersizin dengeli ve kalori kontrollü bir diyet ile desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, kilo kaybı sonrası bu kilonun korunmasında düzenli fiziksel aktivitenin sürdürülmesi büyük önem taşır (Kim et al., 2022).

Kan Basıncı Kontrolü: Hipertansiyon, dünya genelinde kardiyovasküler hastalıkların başlıca risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmekte ve toplum sağlığını ciddi biçimde tehdit etmektedir. Hipertansiyon aynı zamanda, aterosklerotik kalp hastalıklarının gelişimini hızlandırmakta ve bu nedenle erken müdahale gerektiren kritik bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir. Kan basıncının düzenlenmesinde en temel yaklaşım, yaşam tarzı değişikliklerine dayalı önlemlerdir. Bu kapsamda tuz tüketiminin sınırlandırılması, sağlıklı ve dengeli bir beslenme alışkanlığının benimsenmesi, kilo kaybı, düzenli fiziksel aktivite, sigara kullanımının bırakılması ve alkol tüketiminin azaltılması yer almaktadır. Aşırı tuz tüketimi, özellikle gelişmekte olan ve geleneksel mutfak alışkanlıklarına sahip toplumlarda yaygındır ve hipertansiyon gelişimine doğrudan katkıda bulunur. Günlük tuz alımının 5 gramın altına düşürülmesi, sistolik ve diyastolik basınçta anlamlı bir azalma sağlayabilmektedir (TEMD, 2019). Sonuç olarak, hipertansiyonun kontrolü için birey odaklı, sürdürülebilir yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması gereklidir. Beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi, düzenli egzersiz, sigara ve alkol kullanımının sınırlandırılması gibi faktörler hem kan basıncını düşürmekte hem de MetS ile ilişkili diğer sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olmaktadır (Kim et al., 2022).

Dislipidemi Yönetimi: Dislipidemi, kandaki kolesterol ve trigliserit düzeylerindeki bozukluklarla karakterizedir ve kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Yönetiminde öncelikli yaklaşım, yaşam tarzı değişiklikleridir. Beslenme, dislipidemi kontrolünde temel rol oynar. Karbonhidrat tüketimi toplam enerjinin %65'ini geçmemeli, basit şeker alımı sınırlandırılmalıdır. Toplam yağ alımı enerjinin %30'unun altında olmalı, doymuş yağ oranı ise %10'u aşmamalıdır. Trans yağlardan tamamen kaçınılmalı; bunun yerine zeytinyağı, kuruyemiş gibi sağlıklı yağ kaynakları tercih edilmelidir. Günlük 25 gram lif alımı LDL kolesterolü düşürmeye katkı sağlar (Weickert & Pfeiffer, 2008). Fiziksel aktivite, haftada en az 150 dakikalık orta yoğunlukta egzersizlerle desteklenmelidir. Ayrıca haftada en az iki gün direnç egzersizleri yapılması önerilir (WHO, 2024). Alkol, özellikle

yüksek trigliserit düzeyleri olan bireylerde sınırlandırılmalı veya bırakılmalıdır. Sigara kullanımı ise HDL kolesterolü düşürüp LDL ve trigliseritleri artırarak damar sağlığını olumsuz etkiler. Bu nedenle sigarayı bırakmak kardiyovasküler riskin azaltılması açısından büyük önem taşır. Sonuç olarak, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, sigarasız yaşam ve alkol tüketiminin kontrolü, dislipidemi yönetiminin ve kalp-damar hastalıklarından korunmanın temel yollarıdır (Kim et al., 2022).

Kan Glukozu Kontrolü: Metabolik sendrom, Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık gelişme riskini anlamlı düzeyde artırmaktadır. Literatürde, MetS tanısı alan bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin yaklaşık iki kat, Tip 2 diyabet riskinin ise beş kat arttığı bildirilmiştir. Bu nedenle, yaşam tarzı modifikasyonları temel korunma stratejileri arasında yer almaktadır (Kim et al., 2022). Metabolik sendromlu bireylerde kan şekeri kontrolünü sağlamak için fiziksel aktivite, dengeli beslenme, kilo yönetimi ve riskli davranışların modifikasyonu temel yaklaşımlar olarak ön plana çıkmaktadır. Kan şekeri regülasyonunda düzenli fiziksel aktivite kritik öneme sahiptir. Orta yoğunlukta egzersiz (örneğin hızlı yürüyüş), haftada en az beş gün ve günde en az 30 dakika süreyle uygulandığında, insülin duyarlılığını artırmakta ve glukoz metabolizmasını olumlu yönde etkilemektedir. Fiziksel aktivitenin, bazı farmakolojik ajanlardan daha etkin bir koruyucu faktör olduğu gösterilmiştir. Tıbbi beslenme tedavisi, glisemik kontrolün sağlanmasında vazgeçilmez bir bileşendir. Kalori alımının kısıtlanması, karbonhidrat tüketiminin dengelenmesi ve basit şekerlerden kaçınılması önerilmektedir. Bununla birlikte, doymuş ve trans yağ asitlerinin sınırlandırılması; yerine tekli doymamış ve omega-3 gibi çoklu doymamış yağ asitlerinin tercih edilmesi insülin direncini azaltabilir. Özellikle Akdeniz diyeti, içerdiği sağlıklı yağlar, liften zengin besinler ve antiinflamatuvar özellikleri nedeniyle glisemik kontrol açısından önerilmektedir (Sofi et al., 2013). Lifli gıdalar ve baklagiller, postprandiyal glukoz yanıtını azaltarak glisemik kontrolü desteklemektedir. Balık, süt ürünleri ve yumurta gibi protein kaynaklarının da uygun miktarlarda tüketilmesi önerilmektedir (Kim et al., 2022).

5.2.Farmakolojik Yaklaşım

Tip 2 Diyabetin Gelişimini Önlemeye Yönelik Yaklaşımlar: Tip 2 diyabetin ortaya çıkışını engellemek amacıyla yürütülen çalışmalarda, özellikle yaşam tarzı değişikliklerinin belirgin bir koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir. Diyabetin Önlenmesi Programı (Diabetes Prevention Program- DPP) kapsamında yapılan araştırmalar, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi, düzenli fiziksel aktivitenin artırılması ve kilo kontrolünün sağlanması gibi davranış değişikliklerinin, diyabet gelişme riskini %58 oranında azaltabildiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, farmakolojik müdahale olarak metformin tedavisi uygulanan bireylerde riskin %31 oranında azaldığı bildirilmiştir. Metformin ve tiyazolidindion grubu ilaçlar, insülin direncini hedef alarak glukoz metabolizmasında iyileşme sağlayabilir. Bu nedenle, bozulmuş açlık glukoz düzeyleri ya da glukoz toleransı bozulmuş bireylerde metformin kullanımı önleyici bir strateji olarak değerlendirilebilir (Balkan, 2013).

Hipertansiyon Yönetimi: Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında öncelikli yaklaşım, farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır. Özellikle diyabeti olan bireylerde kan basıncı hedefi genellikle 130/80 mmHg'nin altı olarak belirlenmektedir (TEMD, 2019). Antihipertansif tedavide kullanılan bazı ilaç gruplarının metabolik etkileri de dikkate alınmalıdır. Örneğin, diüretikler ve beta blokerler insülin direncini artırma potansiyeline sahiptir. Bununla birlikte, Atenolol gibi bazı beta blokerlerin Tip 2 diyabetli bireylerde olumlu etkiler gösterebildiği bildirilmiştir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörlerinden ramipril, diyabetik hastalarda genel mortalite oranlarını ve diyabete bağlı komplikasyon riskini azaltmada etkili bulunmuştur (Balkan, 2013).

Trombotik Komplikasyonların Yönetimi: Metabolik sendromu bulunan ve koroner arter hastalığı tanısı alan bireylerde, trombotik olayların önlenmesi amacıyla antitrombotik tedavi uygulanması önerilmektedir. Aterotrombotik komplikasyonların riskini azaltmak için düşük doz asetilsalisilik asit (aspirin) kullanımı hem primer hem de sekonder korunmada etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir. Günlük 75-100 mg dozundaki aspirin uygulaması bu amaç için yeterli olmaktadır. Aspirin kullanımına kontraendikasyon bulunan ya da tolere edemeyen hastalar için alternatif olarak Klopidegrol tedavisi önerilmektedir (Li et al., 2024).

Hiperlipidemi Yönetimi: Metabolik sendromu olan hastalarda, ideal lipid profili; LDL kolesterolün 100 mg/dL'nin altında, HDL kolesterolün 40 mg/dL'nin üzerinde ve trigliserid seviyesinin 150 mg/dL'nin altında olması şeklindedir. Metabolik sendrom tanısı olan bireylerde, artmış koroner arter hastalığı riski nedeniyle LDL kolesterol düzeylerinin 100 mg/dL'nin altında tutulması hedeflenmeli; bu amaçla yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra farmakolojik tedaviye de başvurulmalıdır. Bu hasta grubunda, Statinler LDL kolesterolü düşürmede en etkili ilaçlardır. LDL düzeyleri hedef aralıkta olsa bile, metabolik sendromu olan bireyler Statin tedavisinden klinik olarak fayda sağlayabilir. Özellikle trigliserid düzeyi yüksek ve HDL kolesterolü düşük olan hastalarda ise Fibrat grubu ilaçlar tercih edilebilir (S. M. Grundy, 2013).

5.3. Metabolik Sendromda Hemşirelik Bakımı

Dijital sağlık uygulamaları, bireyin öz bakım becerilerini destekleyen yaklaşımlar, hemşire öncülüğünde geliştirilen stratejiler ve toplum odaklı yöntemler, MetS yönetiminde sıkça kullanılan hemşirelik müdahaleleri arasında yer almaktadır. Müdahalenin biçimi ne olursa olsun, hemşirelik uygulamalarının temel hedefi, MetS tanısı alan bireylerin sağlık düzeylerini artırmaya yönelik bütüncül ve destekleyici bir bakım süreci oluşturmak ve sürdürmektir (Jenum et al., 2019).

Hemşirelik bakımında MetS yönetimi, hastalığın risk faktörlerinin tanınması ve bireyin genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ile başlar. Hemşire, yüksek risk taşıyan bireyleri erken dönemde belirleyerek gerekli önleyici yaklaşımları planlamalıdır. Bu kapsamda, bireye özgü bakım planları oluşturulmalı; yaşam tarzı değişiklikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, psikososyal destek sağlama ve ilaç tedavisine uyum gibi konularda birey ve ailesi bilgilendirilmelidir. Hemşire, danışmanlık ve eğitim yoluyla hastayı sürece aktif olarak katmaya, öz bakım becerilerini geliştirmeye ve komplikasyonları önlemeye yönelik çalışmalar yapmalıdır. Ayrıca, düzenli izlem ve değerlendirmeler ile bakım sürecini sürekli gözden geçirerek, ihtiyaçlara göre bakım planını güncellemek hemşirenin önemli sorumluluklarından (Demirtaş & Akbayrak, 2017). Bu uygulamalar, hastaların bireysel risk faktörlerinin ortaya çıkmasını veya kötüleşmesini önlemeye yardımcı olur. Hemşire tarafından atılan bu adımlar, MetS ile ilişkili uzun vadeli morbidite (hastalık) ve mortaliteyi (ölüm) azaltmada önemli rol oynar (Jenum et al., 2019).

Hemşirelerin MetS'in patofizyolojik mekanizmalarını, risk faktörlerini ve hastalığın seyrini iyi derecede kavramış olmaları, planlanacak müdahalelerin başarısını doğrudan etkilemektedir (Spencer et al., 2015). Metabolik sendrom; obezite, insülin direnci, hipertansiyon ve dislipidemi gibi birbirini tetikleyen birçok sağlık sorununu içeren karmaşık bir sendromdur. Bu nedenle hemşirelerin, bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturabilmeleri için sadece klinik bilgiye değil, aynı zamanda kapsamlı eğitim ve danışmanlık becerilerine de sahip olmaları gerekmektedir. Özellikle yaşam tarzı değişiklikleri (dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite, kilo kontrolü ve stres yönetimi) MetS'in olumsuz etkilerinin azaltılmasında temel unsurlar arasında yer alır. Hemşireler, bu

alanlarda hastaları eğitmek, motive etmek ve süreci izlemek gibi çok boyutlu sorumluluklar üstlenmektedir (Jenum et al., 2019).

Yaşam tarzı değişikliği sağlama süreci, yalnızca bireyin çabasıyla değil; aynı zamanda sağlık sisteminin ve profesyonellerin aktif desteğiyle mümkündür. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşirelerin, bireylere yerinde müdahalelerle bakım, eğitim ve izlem sağlaması büyük önem taşır. Ancak yapılan araştırmalar, yaşam tarzı değişikliği sağlamada yalnızca sözlü danışmanlığın yetersiz olduğunu, bireylere özgü, yoğun ve sürekli destek gerektiren programların daha etkili olduğunu göstermektedir (Demirtaş & Akbayrak, 2017).

6. SONUÇ

Metabolik sendrom, günümüzde artan prevalansı ve çok yönlü komplikasyonlarıyla halk sağlığını tehdit eden karmaşık bir klinik tablodur. Obezite, insülin direnci, dislipidemi ve hipertansiyon gibi risk faktörlerinin bir arada bulunması, bireylerde kardiyovasküler hastalıklar ve Tip 2 diyabet gelişimini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu sendromun yönetimi yalnızca tıbbi müdahalelerle sınırlı kalmamalı; bireyin yaşam tarzı değişikliklerine yönelik sürdürülebilir yaklaşımlar da içermelidir. Bu noktada hemşireler, birey ve toplum temelli sağlık eğitimleri, erken risk belirleme, davranış değişikliği danışmanlığı ve kronik hastalık yönetiminde kritik bir role sahiptir. Kanıta dayalı bilgiyle donatılmış, multidisipliner ekiplerle iş birliği içinde çalışan hemşireler, metabolik sendromun önlenmesi ve kontrol altına alınmasında kilit bir konumdadır. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında metabolik sendromla ilgili risk faktörlerinin tanınması, bireyselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi öncelikli hedefler arasında yer almalıdır.

KAYNAKLAR

- Balkan, F. (2013). Metabolik Sendrom. *Ankara Medical Journal*, 13(2), 85–90.
- Demirtaş, A., & Akbayrak, N. (2017). Responsibilities of Nurses in Metabolic Syndrome Management. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2016.196>
- Fahed, G., Aoun, L., Bou Zerdan, M., Allam, S., Bou Zerdan, M., Bouferraa, Y., & Assi, H. I. (2022). Metabolic Syndrome: Updates on Pathophysiology and Management in 2021. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(2), 786. <https://doi.org/10.3390/ijms23020786>
- Ferland, A., & Eckel, R. H. (2011). Does sustained weight loss reverse the metabolic syndrome? *Current Hypertension Reports*, 13(6), 456–464. <https://doi.org/10.1007/s11906-011-0221-z>
- Grundey, S. M. (2013). Hypercholesterolemia and Metabolic Syndrome: Mischievous Partners. *Circulation*, 128(suppl_22). https://doi.org/10.1161/circ.128.suppl_22.A603
- Grundey, S. M., Hansen, B., Smith, S. C., Cleeman, J. I., Kahn, R. A., American Heart Association, National Heart, Lung, and Blood Institute, & American Diabetes Association. (2004). Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation*, 109(4), 551–556. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000112379.88385.67>
- Grundey, SM. (2008). Metabolic syndrome pandemic. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 28, 629–636.
- Han, T. S., & Lean, M. E. J. (2015). Metabolic syndrome. *Medicine*, 43(2), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.11.006>
- IDF. (2023). *International Diabetes Federation consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. <https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-30.pdf>
- Jenum, A. K., Brekke, I., Mdala, I., Muilwijk, M., Ramachandran, A., Kjøllestad, M., Andersen, E., Richardsen, K. R., Douglas, A., Cezard, G., Sheikh, A., Celis-Morales, C. A., Gill, J. M. R., Sattar, N., Bhopal, R. S., Beune, E., Stronks, K., Vandvik, P. O., & van Valkengoed, I. G. M. (2019). Effects of dietary and physical activity interventions on the risk of type 2 diabetes in South Asians: meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. *Diabetologia*, 62(8), 1337–1348. <https://doi.org/10.1007/s00125-019-4905-2>
- Kim, H. C., Ihm, S.-H., Kim, G.-H., Kim, J. H., Kim, K.-I., Lee, H.-Y., Lee, J. H., Park, J.-M., Park, S., Pyun, W. B., Shin, J., & Chae, S. C. (2019). 2018 Korean Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension: part I-epidemiology of hypertension. *Clinical Hypertension*, 25, 16. <https://doi.org/10.1186/s40885-019-0121-0>
- Kim, H.-L., Chung, J., Kim, K.-J., Kim, H.-J., Seo, W.-W., Jeon, K.-H., Cho, I., Park, J. J., Lee, M.-H., Suh, J., Lim, S.-Y., Choi, S., & Kim, S.-H. (2022a). Lifestyle Modification in the Management of Metabolic Syndrome: Statement From Korean Society of CardioMetabolic Syndrome (KSCMS). *Korean Circulation Journal*, 52(2), 93. <https://doi.org/10.4070/kcj.2021.0328>

- Kim, H.-L., Chung, J., Kim, K.-J., Kim, H.-J., Seo, W.-W., Jeon, K.-H., Cho, I., Park, J. J., Lee, M.-H., Suh, J., Lim, S.-Y., Choi, S., & Kim, S.-H. (2022b). Lifestyle Modification in the Management of Metabolic Syndrome: Statement From Korean Society of CardioMetabolic Syndrome (KSCMS). *Korean Circulation Journal*, 52(2), 93. <https://doi.org/10.4070/kcj.2021.0328>
- Li, Z., Xu, S., Chen, L., & Jiang, D. (2024). Effect of aspirin on blood pressure in hypertensive patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 24(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12872-024-03737-x>
- Onat, A., & Can, G. (2017). TEKHARF 2017 Yılı Çalışma Raporu: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri. . *Türkiye Kardiyoloji Derneği Yayınları*.
- Reaven, GM. (1988). Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*, 37, 1595–1607.
- Rizzo, M., & Rizvi, A. A. (2024). New Advances in Metabolic Syndrome. In *International Journal of Molecular Sciences* (Vol. 25, Issue 15). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ijms25158311>
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., & Dinccag, N. (2013). Twelve-year Trends İn The Prevalence And Risk Factors Of Diabetes And Prediabetes İn Turkish Adults. *Eur J Epidemiol*, 28(2), 169–180.
- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2013). Mediterranean diet and health. *BioFactors*, 39(4), 335–342. <https://doi.org/10.1002/biof.1096>
- Spencer, L., Rollo, M., Hauck, Y., MacDonald-Wicks, L., Wood, L., Hutchesson, M., Giglia, R., Smith, R., & Collins, C. (2015). The effect of weight management interventions that include a diet component on weight-related outcomes in pregnant and postpartum women: a systematic review protocol. *JBİ Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 88–98. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1812>
- TEMĐ. (2019). Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. In *Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu*.
- Weickert, M. O., & Pfeiffer, A. F. H. (2008). Metabolic effects of dietary fiber consumption and prevention of diabetes. *The Journal of Nutrition*, 138(3), 439–442. <https://doi.org/10.1093/jn/138.3.439>
- WHO. (2024). *Physical activity*. World Health Organization.

BÖLÜM 5

İHMAL VE İSTİSMARIN GÖSTERGELERİ VE SAĞLIK SONUÇLARI

Aynur ATAMAN KUFACI¹, Nuray TÜRK DENİZ²

¹ Öğr. Gör., Sinop Üni. Sağlık Hizmetleri MYO, Diyaliz Orcid: 0000-0002-3708-0556

² Öğr. Gör., Sinop Üni. Sağlık Hizmetleri MYO, Anestezi Orcid: 0000-0002-5247-975X

İhmal ve istismar, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, etkileri çocukluk dönemiyle sınırlı kalmayıp yetişkinliğe kadar uzanabilen önemli bir toplumsal sorundur. Çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde maruz kalınan her türlü ihmal ve istismar; travmatik sonuçlarının yanı sıra yaşam boyu sürebilecek sağlık sorunlarına da zemin hazırlamaktadır (Yıldız ve Tanrıverdi, 2018). Özellikle çocukluk döneminde yaşanan istismar vakası çocukların ruhsal ve fiziksel sağlığını tehlikeye atmakla kalmayıp yaşamlarının sonraki dönemlerini de etkilemesinden dolayı toplumun tamamını ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilebilmektedir. İhmal ve istismar yalnızca bireyin sağlığını değil, toplumsal düzeni, güven ilişkilerini ve sosyal yapıyı da olumsuz etkileyerek önemli toplumsal sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle ihmal ve istismarın göstergelerini erken dönemde tanımak ve tanımlamak, mağdura yardım edilerek kalıcı sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli bir faktördür. Toplum üyelerinin ihmal ve istismarı tanımlayabilmesi, ihmal ve istismarın göstergelerine karşı duyarlı olması; erken müdahale şansını arttırarak, gerekli destek hizmetlerinin sağlanmasına ve bireyin güvenli bir çevrede yaşamasına olanak sağlar (Zeanah ve Humphreys, 2018).

İhmal ve İstismarın Tanımı

İstismar; bireyin sağlık ve iyilik halini olumsuz şekilde etkileyen uygunsuz ve zarar verici eylemlerdir. İhmal ise dikkatsizlik, önemsememe, koşulların gerektirdiği özeni göstermeme nedeniyle oluşan zarar hali anlamına gelen bir kavramdır. İstismar aktif, ihmal pasif bir durum olmakla birlikte ihmalin belirti ve bulguları istismara göre daha belirsizdir (Yıldız ve Tanrıverdi, 2018; Özyürek, vd., 2018). En çok istismar yaşayan çocuk, kadın ve yaşlılar için tanımlamak gerekirse; kadınlara fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar veren, kadınları rahatsız eden davranışlar, kadınların bağımsızlığının baskıyla sınırlandırılması da dahil olmak üzere içinde şiddet barındıran her türlü cinsiyetçi davranışa kadın istismarı denir (Gökalp ve ark., 2018). Çocuk ihmal ve istismarı, çocuğun bakımından sorumlu bireylerin sergilediği davranışlar sonucunda çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan zarara uğraması, sağlığının tehlike altında olmasıdır. Çocuğun ihmalinde beslenme, barınma, sevgi veya eğitim gibi temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlikler mevcuttur (Mulder ve ark., 2018). Herhangi bir güven beklentisi içinde gerçekleşen, yaşlı kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen eylemler ve davranış eksikliği yaşlı istismarı olarak ifade edilmektedir. Yaşlı ihmal ve istismarı, yaşlı bireyin fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması, günlük gereksinimlerinin bakmakla yükümlü bireyler tarafından karşılanmamasıdır (Teresive ark., 2016). Yaşlı istismarına maruz kalan bireyler, engellilik ve düşük sosyal destek arasında açık bir bağlantı vardır (Sandmoe ve Hauge, 2014).

İstismar beş başlık altında incelenebilir. Bunlar; fiziksel istismar, duygusal ve psikolojik istismar, cinsel istismar, ekonomik istismar ve ihmal veya yoksun bırakmadır.

Fiziksel İstismar: Bireyin bakımından sorumlu kişi tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek biçimde “kaza dışı” yaralanması, zarar görmesidir. Kişinin sağlığına, gelişimine, hayatta kalmasına veya onuruna zarar veren veya verme olasılığı yüksek olan kasıtlı fiziksel güç kullanımı vardır. Vurmak, saçını çekmek, sarsmak gibi eylemleri içerir (Acehan vd., 2013; Kitaw ve ark., 2025).

Duygusal-Psikososyal İstismar: Bağırarak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek, duygusal ihtiyaçlarına karşılık vermeme, aşağılamak gibi davranışlardır (Lin ve ark.,

2024). Duygusal istismarın sürekli küfretme, bağırma, çocuğu eleştirme veya aşağılama gibi belirli yönleri kolayca fark edilebilirken; gerçekçi olmayan beklentiler veya çocuktan makul olmayan talepler ya da adil olmayan muamele gibi belirgin olmayan davranışlar her zaman fark edilmeyebilir (Risser ve ark., 2020). Bireyin cevap vermemesi, iletişim kurmaması, korkma davranışı sergilemesi, kronik fiziksel ve psikolojik sağlık problemlerinin olması gibi faktörler psikolojik istismar göstergeleridir (Arpacı ve Bakır, 2017). Bu istismar türünün genellikle aile içinde yaşanması ve olumsuz sonuçlarının hemen ortaya çıkmaması gibi nedenlerden dolayı tespiti oldukça zordur. Bu durum istismarın yarattığı psikolojik hasarın etkisinin uzun sürmesine neden olmaktadır (Başak, 2023).

Cinsel istismar: Bireyin rıza göstermediği veya rıza gösteremediği durumlarda cinsel içerikli faaliyetlere zorlanmasıdır (Teresi, vd. 2016). Cinsel istismar her iki cinsiyetten çocuğa yönelebilen kültür, cinsiyet, yaş ve sınıfla karakterize olmayan çocuğun cinsel amaçlı eylemlerde kullanılması, mağdur edilmesi durumudur (Barut, 2021).

Ekonomik istismar: Bireyin ekonomik kaynaklarının (para, mal, mülk, gelir, emeklilik maaşı vb.) onun rızası dışında, haksız ve kötüye kullanım yoluyla elinden alınması ya da kısıtlanmasıdır (Demir ve ark., 2023). Çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde, düşük ücretli işgücü olarak çalıştırılması çocuk istismarı iken, yaşlı kişilerin hukuki haklarının ihlal edilmesi, yasadışı ve izinsiz olarak mallarının, parasının, banka/emeklilik hesabının yaşlının zararına veya failin yararına veya kötüye kullanılması ise yaşlıların ekonomik istismarı olarak ifade edilmektedir (Santos ve ark., 2019).

İhmal veya yoksun bırakma: Çocuğun yeterince beslenememesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yeterli olmayan fiziki çevrede yaşaması gibi faktörler fiziksel ihmal olarak tanımlanır. Ayrıca fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sağlık ihmali kavramı ele alınabilir. Çocuğun hasta olduğunda doktora götürülmemesi ya da geç götürülmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi konuları içerir. Annenin gebelikte alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması gibi davranışları da henüz doğmamış bebeğin ihmalidir (Acehan vd., 2013). Çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, ergenlik gibi desteğe ihtiyacı olduğu gelişim dönemlerinde yeterince destek gösterilmemesi duygusal ihmal iken, çocuğun cinsel kimliğine uygun davranılmaması, cinsiyetine uygun giydirilmemesi cinsel ihmal olarak ifade edilmektedir (Geçkil, 2017). Yaşlının yiyecek, barınma, giyecek ve tıbbi bakım gibi temel ihtiyaçların karşılanmamasından kaynaklanan durumda ise yaşlı ihmalinden söz edilir (Teresi, vd., 2016).

İhmal ve İstismarda Risk Faktörleri

İhmal ve istismar için çeşitli risk faktörleri vardır. Çocukla ilgili risk faktörlerinin varlığı, çocuğun istismarından hiçbir şekilde sorumlu olduğu anlamına gelmemekle birlikte, ihmal riskini arttıran faktörleri bilmek ihmale karşı savunmasız çocukların belirlenmesine yardımcı olabilir. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, davranışı ve engelli olma durumu gibi özellikler risk faktörlerinin başında gelmektedir (Avdibegović ve Brkić, 2020). Kızlar erkeklerden daha fazla istismara maruz kalmakla birlikte, 15-18 yaş grubunda erkeklerin fiziksel istismar açısından kızlardan daha fazla mağdur oldukları bilinmektedir (Geçkil, 2017). Çocuğun sahip olduğu ve istismara maruz kalma olasılığını arttıracak özellikler şunlardır; dört yaşın altında (bu dönemde bebekler ve küçük çocuklar temel ihtiyaçlarını karşılamada ebeveynlerine/velilerine bağımlıdır) veya ergen olmak, istenmeyen gebelikte dünyaya gelmek, özel ihtiyaçlara sahip olmak, sürekli ağlamak veya anormal fiziksel özelliklere sahip olmak, davranış bozukluğuna,

zihinsel engelli veya nörolojik bir bozukluğa sahip olmaktır (WHO, 2020; Derebagçe ve zerk, 2021). Davranış bozuklukları gösteren, sosyal becerileri zayıf, içselleştirilmiş veya dışsallaştırılmış davranışlar sergileyen çocukların ihmal edilme riski daha yüksektir (Avdibegović ve Brkić, 2020). Davranış bozuklukları hem bir risk faktörü hem de ihmalin bir sonucudur. Ebeveynin veya bakıcının sahip olduğu, çocuklara kötü muamele riskini artıracak özellikleri ise yeni doğmuş bir bebekle bağlanma zorluğu, çocukken kendilerine kötü davranılmış olması, çocuk gelişimi konusunda farkındalık eksikliği veya gerçeğe olmayan beklentilere sahip olma, hamilelik sırasında da dahil olmak üzere alkol veya uyuşturucuları kötüye kullanmak, düşük özgüvene sahip olmak, zihinsel veya nörolojik bir bozukluğa sahip olmak, ekonomik zorluklar yaşıyor olmak vb. olarak sıralanabilir (WHO, 2020; Rafaiee ve ark., 2021). Ebeveyn stresi, düşük öz saygı, duygusal düzenlemede zorluklar, işsizlik ve sosyal destek eksikliği, ebeveynlerin çocuklukta ki olumsuz deneyimleri ve ebeveynleriyle zayıf ilişkileri, çocuk ihmaline için önemli risk faktörleri olarak gösterilmektedir (Avdibegović ve Brkić, 2020). Çocuk ihmalinde aile ortamıyla ilgilide çok sayıda faktör vardır. Ailenin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, aile içi şiddet varlığı bu faktörlerden bazılarıdır. Yaşlı istismarında bakım veren açısından bazı risk faktörleri ise; istismarcının üstlendiği bakım rolünü zorunlu olarak yapması, parasal ve tıbbi problemlere sahip olma, madde kullanma, sosyal destek eksikliği, kültürel olarak yaşlıya bakmak konusunda koşullanması, bakım verdiği kişıye geçmişe yönelik kırgınlık duyma olarak sıralanabilir (Arpacı ve Bakır, 2017).

Yaşlı istismarında risk faktörlerine bakıldığında; yaşlıların yaşam süresinin uzaması, ekonomik durumun yetersiz olması, yaşlının rol ve statüsünde değişikliğe neden olan toplumsal değişiklikler, aile içi şiddet, gençlerden daha az saygı görme gibi nedenler yaşlı istismarını arttırmaktadır (Arpacı ve Bakır, 2017). Yaşlı istismarı huzurevleri, bakım evleri gibi ortamlarda da görülebilirken, en fazla bireyin yaşadığı ev ortamında gerçekleştii görülmektedir.

İçinde yaşanan toplumların bazı özellikleri de istismar riskini arttırabilmektedir. Cinsiyet ve sosyal eşitsizlik, aileleri ve kurumları desteklemek için yeterli konut veya hizmet eksikliği, yüksek düzeyde işsizlik veya yoksulluk, çocuklara kötü muameleyi, çocuk işçiliğini önlemeye yönelik yetersiz politika ve programlar, başkalarına karşı şiddeti teşvik eden veya yücelten, bedensel ceza kullanımını destekleyen, katı cinsiyet rolleri talep eden sosyal ve kültürel normlar, düşük yaşam standartlarına veya sosyoekonomik eşitsizliğe veya istikrarsızlığa yol açan sosyal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikaları olarak sayılabilir (WHO,2020; H. Zeanah, 2018). Kötü bir çevre ve mahallede yaşamak, zayıf toplum desteği, gelişmemiş veya erişilemeyen sosyal destek hizmetleri, bağımlılık yapıcı maddelere kolay erişim ve bunların yaygın tktilmesi, belirsiz çevre gibi faktörler aile bireyleri davranışlar üzerinde etkili olmakla birlikte çocuk ihmalinde risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Avdibegović ve Brkić, 2020).

İhmal ve İstismarın Göstergeleri ve Sağlık Sonuçları

İstismar veya ihmale uğrayan kişilere yardım etmede ilk adım, belirtilerin tanınmasıdır. Tek bir işaret, istismarın gerçekleştii anlamına gelmez. Fakat bu işaretlerin tekrar tekrar veya birkaçının birlikte olması halinde ihmal ve istismar ihtimalleri değerlendirilmelidir. Çocuk ihmalinin göstergeleri, tıbbi bakım ve hijyen gereksinimlerinin yerine getirilmemesi, yetersiz beslenme, büyüme geriliği, sık sık kazaya uğrama, sağlık kurumuna başvurmada gecikme ya da başvurmama, tedavi ve koruma önerilerine uyulmaması, ailenin çocuk hakkındaki soruları yanıtlayamaması ya da bilmemesi, iletişim kurmada güçlük, uyaran eksikliğine bağlı zihinsel

gelişim geriliği ve öğrenme güçlüğü, çocuğun terkedilmiş ve evden kovulmuş olması sayılabilir (Uğurlu ve Gülsen, 2014; Özyürek, vd., 2018). Yaşlı ihmalini gösteren belirtiler olarak yatak yaraları, aşırı zayıflama, kilo kaybı ve gözlerde çökme, dehidratasyon, bireysel hijyenin kötü olması, ilaç kullanımına uymama ve doktor randevularına gitmeme, bakım vericiden korkma gibi durumlar sayılabilir (M. Hoover ve Polson, 2014). Cinsel istismara uğramış çocuklarda cinsel içerikli konulara aşırı ilgi ya da aşırı kaçınma, uyku bozuklukları, yatağını ıslatma, parmağını emme, karanlıktan, erkeklerden, yabancılarından korkma, okula devamsızlık ve okul başarısızlıkları aşırı sinirlilik ve depresyon, sosyal ilişkilerde bozulma, kurallara uymama, aşırı ketum davranma, intihar düşünceleri, vb. davranış kalıpları görülebilir (Zeanah ve Humphreys, 2018; Çalışkan ve Yılmaz, 2019). Yaşlı bireylerde görülen başlıca cinsel istismar belirtileri ise açıklanamayan anal ve vajinal kanama, kanlı, yırtık giysiler, göğüslerdeki çürük ve morluklar, cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar ve vajinal enfeksiyonlardır (Martinkevich, vd., 2020).

İhmal/istismarın her türü çocukların hayatında geri dönülmez yaralar açmakta yetişkinlikte görülecek problemlere neden olmaktadır. Fiziksel ve duygusal olarak istismara uğramış bireylerin, istismara uğramamış bireylere göre üç kat daha yüksek bir depresif bozukluk geliştirme riski vardır (Cecil ve ark., 2017). Yapılan bir çalışma herhangi bir tür istismara (fiziksel, cinsel ve duygusal istismar, ihmal ve yakın partner şiddetine maruz kalma) maruz kalan bireylerin depresif bozukluk yaşama olasılığının 2,48 kat, anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığının ise 1,68 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Gardner vd., 2019). Çocuk istismarı mağduriyeti ile akademik başarı, sosyal ve duygusal gelişim, psikopatoloji ve nörobiyolojik eksiklikler gibi birden fazla işlev alanındaki sorunlar arasında da bağlantılar bulunmuştur (Gubbels ve rk., 2021). Çocukken cinsel olarak kötü muameleye maruz kalan bireylerde cinsel yolla bulaşan hastalık ve riskli cinsel davranış riski, sigara içmek gibi yaşam tarzı risk faktörlerini artırdığına dair bulgular vardır (Aktay, 2020). Ayrıca cinsel istismara maruz kalan bireylerin, erken ergenlik, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, uyumsuz cinsel gelişim, eğitimini terk etme ve kendine zarar verme gibi birçok sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri gözlenmektedir (M. Hoover ve Polson, 2014; Vachonve ark., 2015; Çalışkan ve Yılmaz, 2019). Uyku sorunları, kabuslara karşı artan duyarlılık, gece uyanmaları, uykuya dalmada zorluk, uykuyu sürdürmede zorluk ve yetersiz uyku nedeniyle gündüz işlev bozukluğu gibi göstergeleri içerebilir (Turner ve ark., 2020). İstismara uğrayan bir çocuğun yetişkinen başkalarını istismar etme ihtimali artar bu nedenle şiddet nesilden nesile aktarılır. Çocuk ihmali ve istismarının sonuçları çocuğun yaşam boyu süren fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasının yanı sıra ve sosyal ve mesleki sonuçlar, nihayetinde bir ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimini yavaşlatabilir (Vachonve ark., 2015). Çocuk istismarı ve ihmali, tüm dünyada gözlemlenen küresel bir sorundur. Dünya’da her yıl bir milyardan fazla çocuk şiddete maruz kalmaktadır. DSÖ, 2-4 yaş arası yaklaşık dört çocukta üçünün ebeveynleri ve bakıcıları tarafından fiziksel cezaya veya psikolojik şiddete maruz kaldığını ve her beş kadından birinin istismara uğradığını bildirmektedir. (WHO, 2020; UNICEF, 2019).

Ülkemizde ve Dünya’da İhmal ve İstismarı Önleme Yaklaşımı

Önleme uygulamaları istismar ve ihmal gerçekleşmeden önce riski azaltmayı, davranışlarda ve tutumlarda toplumsal değişiklik yaratmayı amaçlamaktadır. Önlemede en önemli nokta birey zarar görmeden önce mevcut olumsuz durumu ortadan kaldırabilmektir (Toraman ve ark., 2022). Önlemeye yönelik uygulama basamaklarını birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak sıralayabiliriz.

Birincil koruma; ihmal ve istismar risklerini ortadan kaldırmayı içermektedir. Bireyin bilgilendirilmesi, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, yasal düzenlemeler gibi müdahaleleri kapsamaktadır.

İkincil koruma; ihmal ve istismar vakaların erken tespit edilmesini, hızlı müdahaleyi ve durumun daha ciddi bir soruna dönüşmesini engellemeyi amaçlamaktadır. Risk grubunda bulunan bireylerin takibi, mağdura psikolojik destek ve danışmanlık sağlamak, güvenli ortam oluşturmak, failden uzaklaştırmak gibi müdahaleleri kapsamaktadır. Sağlık personelinin istismar ve ihmal farkındalık düzeylerinin yüksek olması istismar ve ihmal vakalarının erken dönemde fark edilebilmesi ve müdahale edilebilmesi açısından önemlidir (stndağ, 2022).

Üçüncül koruma; ihmal ve istismarın uzun vadeli etkilerini azaltmayı ve tekrarlayan zararları önlemeyi içermektedir. Sosyal beceri programları, travma tedavisi ve rehabilitasyon, mağdurun güvenli yaşam planı ve hukuki takip süreçlerini içermektedir (Atatanır, 2022; Toraman ve ark., 2022).

Yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine, ev ziyaretlerine, çocuk bakımına ve erken eğitime sürekli erişimin çocuk güvenliğini ve refahını desteklediği bilinmektedir. (Risser ve ark., 2020). Örneğin Amerika’da erken gebelik döneminde başlayıp 24 aya kadar devam eden Aile Hemşire Ortaklık Programı’nın çocuk ihmal ve istismarını azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (Kiwanuka ve ark., 2013). Riskli gruplara olumlu ebeveynlik davranışlarının öğretilmesi, çocuk-ebeveyn etkileşiminin artırılması, madde kullanımı ve ruhsal sorunların belirlenerek bunlarla başatmenin desteklenmesi gibi uygulamaların istismarı önlemede etkili olduğu görülmüştür (Geçkil, 2017).

UNICEF Çocuklara yönelik şiddeti önlemek için altı strateji belirlemiştir; birinci strateji ebeveynleri, bakıcıları ve aileleri desteklemek, çocukların erken gelişimiyle ilgili eğitmek olarak belirlenmiştir. İkinci strateji; çocuklara ve gençlere riskleri ve zorlukları yönetmelerine yardımcı olma, şiddet kullanmadan risk ve zorluklarla başa çıkma becerisi kazandırma ve şiddetin ortaya çıkması durumunda uygun destek almayı sağlama, üçüncü strateji; şiddeti ve ayrımcılığı teşvik eden tutumları ve sosyal normları değıştirme, dördüncü strateji; çocuklara yönelik destek hizmetlerinin desteklenmesi, çocukları kaliteli profesyonel destek arayışına teşvik etmek ve şiddet olaylarını rapor etmek, beşinci strateji; çocukları koruyan yasa ve politikaların uygulanması, şiddetin kabul edilemez olduğu ve cezalandırılacağı konusunda topluma güçlü bir mesaj verilmesi, altıncı strateji ise; şiddetle ilgili veri toplanması, şiddetin nerede hangi yaş gruplarında meydana geldiği gibi konuların araştırılmasıdır (Tunçer, 2018). Bunun yanı sıra devletin çocukları ve yetişkinleri ihmal ve istismardan koruma yetkisini belirleyen yapı olarak hukuk karşımıza çıkmaktadır. Çocukların korunmasının yasal boyutuna bakıldığında, insanların sahip oldukları tüm hakları içeren temel insan hakları çocuklar için de geçerlidir. Çocuk, bedensel ve fikirsel olarak olgunlaşmadığı için özel bir grubu oluşturmaktadır ve çocuk hakları konusundaki tüm girişimlerin asıl amacı, çocukların kendilerini koruyan bir ortamda istismardan uzak güvenli bir şekilde büyüme haklarını garanti altına alacak düzenlemeler yapılmasıdır (Atatanır, 2022). Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi (1924) çocuk hakları alanında kabul edilmiş ilk uluslararası yasal belgedir. Bu metin, çocukların maddi, manevi ve ahlaki gelişme; açlık, hastalık, özürlülük ve öksüz/yetimlik gibi durumlarda özel yardım görme; yardımlardan ilk yararlanma, ekonomik sömürüden korunma ve sosyal sorumluluk duygusu taşıyacak şekilde yetiştirilme haklarını içermesine rağmen çocuğun ihmal ve istismardan korunması ile hükümlerin bu metinde olmadığı görülmektedir (Cenevre Çocuk

Hakları Bildirgesi, 1924). 1959'da BM Genel Kurulu, 10 maddelik Çocuk Hakları Bildirgesi'ni kabul etmiştir. Bu bildirmede çocuğun her türlü istismardan, zulüm ve ihmalden korunması, hiçbir şekilde ticarete konu edilmeyeceği, küçük yaştakilerin çalıştırılmasında sınır bir yaş getirilmesi gibi koruyucu hükümler ilk kez yer almıştır (Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi, 1959).

Çocuk haklarının anayasası niteliği taşıyan ve çocuk hukukunun temelini oluşturan, çocukluğun, insan hakları temelinde yeni bir tanımını yansıtan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocukluk yetişkinlikten ayrı bir alan olarak tanımlanmış, ailenin çocukların yaşamındaki rolünü vurgulanmış ve içinde bulundukları koşullara bakılmaksızın bütün çocukların belirli haklara sahip oldukları ilan edilmiştir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde ihmal ve istismar konusu, çocuğun anne-babasının yasal vasi ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemler ve sosyal programların düzenlenmesi koruyucu önlemlerini alma sorumluluğunun devlete ait olduğu ifade edilmiştir (Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 2004). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda (1982) Madde 41 ek fıkrada, devlerin her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirler alacağı ifade edilmiştir. Anayasanın 50. maddesine göre göre kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedenî ve ruhî yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar denilerek, güçsüzlerin korunması ilkesi gereği ile çocukların bu madde ile ekonomik istismardan korunması Anayasa güvencesine alınmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 2010).

Çocuğa yönelik cinsel istismar TCK kapsamında insanlığa karşı işlenen suçlar arasında sayılmıştır. Bakmakla yükümlü olduğu çocuğu terk etmek, çocuk emeğini sömürmek, müstehcen yayınlara maruz bırakmak ya da bu yayınlara ulaşabilmelerini kolaylaştırmak, kumar oynatmak, dilendirmek, kaçırmak veya alıkoymak, işkence etmek, onlara tehlikeli maddeler vermek veya satmak, çocukların doku ve organlarına zarar vermek gibi suçların cezalandırılmasında yetişkinlere göre arttırılmış hapis cezalarının uygulanmasına hükmedilmiştir (Türk Ceza Kanunu, 2004). En son olarak Türkiye'de 2828 numaralı SHÇEK Kanunu ve 5395 numaralı ÇKK bu alanda en kapsamlı kanunlar olarak kabul edilmişlerdir. 2828 numaralı SHÇEK Kanunu ve 5395 numaralı Çocuk Koruma Kanunu ihmal ve istismara uğrayan çocuklara ilişkin, yönlendirme aşamasından izleme ve değerlendirme aşamasına kadar olan bütün sosyal hizmet müdahale süreçlerinin uygulamaya konması ve bu süreçlerin tümünde çocukların yüksek yararının gözetlenmesini il ve ilçe müdürlükleri ve bağlı sosyal hizmet kuruluşlarının bir görevi olarak görmektedir. Bu kanun engelli ve yaşlı bireylere de maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını düzenleyen bir kanundur. Bu kanun kapsamında "Çocuk Yuvaları, Yetiştirme yurtları, "Huzurevleri" Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, Kadın veya Erkek Konukevleri, "Çocuk Destek Merkezler, "Aktif Yaşam Merkezi gibi alanlarda destek sunumu sağlamaktadır (Sosyal Hizmetler Kanunu,1983; Çocuk Koruma Kanunu,2005). Şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin korunması amacıyla alınacak tedbirleri içeren Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'un kadınlara sağladığı haklardan bazıları şunlardır; Sığınak talep etme, Şiddet gören ya da tehdit altında olan kadınlar geçici koruma (yakın koruma) talep etme, geçici maddi yardım yapılması, şiddet uygulayanın evden uzaklaştırılması, kimlik ve ilgili diğer bilgilerin değiştirilmesini isteme vb. (Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun,2014).

Yaşı kişilerin ihmali konusu Türk Ceza Kanunu’nun 97. maddesinde; “Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” hükmü ile yer almaktadır (Türk Ceza Kanunu, 2004).

Uzun yıllardır şiddeti nleme ve şiddete müdahale etme üzerine çalışan ve birçok global kuruluşun destek verdiğı INSPIRE rehberi ocuğa Karşı şiddetin Sona Erdirilmesine Yönelik ebelirlemiş olduğu stratejiler; çocuklara yönelik şiddeti azaltmada başarı göstermiş bu stratejiler; kanunların uygulanması ve icrası, normlar ve değerler, güvenli ortamlar, ebeveyn ve bakım verenlere destek, gelir ve ekonomik genme, müdahale ve destek hizmetleri, eğitim ve yaşam becerileridir (WHO, 2016). Güvenli, sürdürülebilir aile ortamları oluşturmak ve şiddet riski bulunan ailelere özel yardım ve destek sağlamak, kamusal alanlarda risk faktörlerini azaltmak, toplumsal cinsiyet eşitsizliğı konusunda farkındalık oluşturmak, şiddet kullanımını destekleyen kültürel tutum ve uygulamaları değiştirmek, çocuklara yönelik her türlü şiddetin yasaklamasını sağlayacak yasal çerçeveyi güçlendirmek, şiddetten etkilenen çocukların müdahale hizmetlerine erişiminin sağlamak, şiddete neden olan sosyal ve ekonomik eşitsizlikleri ortadan kaldırmak, çocuğa karşı şiddetin önlenmesinde rol oynayan tüm sektörlerin eylem planlarının koordine edilmesi gibi önlemlerin uygulanmasıyla çocuklara yönelik şiddetin önlenebileceğini gösteren güçlü bir bilimsel kanıt temeli vardır (WHO, 2016).

İstismar ve ihtimali önlemeye yönelik lkemizde; Kadına Yönelik şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi Ulusal Eylem Planı, Kadın İstihdamı Eylem Planı, ocuğa Yönelik şiddetle Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı gibi politikalar uygulamıştır (İMDAT, 2021). Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın ocuk İhmal ve İstismarına yönelik kurumsal yaklaşımında yer alan bazı politika ve tedbirler şunlardır; doğum öncesinden başlamak üzere anne baba eğitimlerinin artırılması, kırsal bölgelerde yaşayan çocuklar için koruyucu ve önleyici hizmetlere erişimi artırmaya ve fırsat eşitliğini sağlamaya yönelik çalışmalar yapılması, ocuk İşiliğıyle Mücadele Birimlerinin 81 ilde yaygınlaştırılması, erken çocukluk döneminden başlamak üzere çocuklara ihmal, istismar ve şiddet konularında farkındalık eğitimleri verilmesi ve çocukların yaşam becerileri güçlendirilmesi, çocukların dijital risklerden, yazılı ve görsel medyanın zararlarından korunmasına yönelik çalışmaların artırılması, ocuk Destek Merkezleri (ODEM)’ler yaygınlaştırılması, Suç mağduru ve suça sürüklenmiş çocuklara yönelik etkin bir rehabilitasyon programı uygulanması, risk haritaları ile erken müdahale sistemlerinin oluşturulması; ailelere yönelik bilgilendirici ve çözüm üretici eğitimlerin düzenlenmesi ve ocuk koruma alanında kamuoyu farkındalığı oluşturulmasıdır (Aile, alışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021).

Sonuç

İhmal ve istismar yalnızca bireysel değil, toplumsal boyutları da olan ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuklukta ya da yetişkinlikte deneyimlenen her türlü ihmal ve istismar, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimini olumsuz etkilediği gibi, kuşaklar arası aktarım yoluyla toplumun genel sağlığını da tehdit etmektedir. Bu nedenle farkındalık oluşturmak, erken tanı koymak, önleyici politikalar geliştirmek ve etkin müdahale mekanizmaları kurmak büyük önem taşımaktadır. Özellikle sağlık bakım personellerinin konuyla ilgili farkındalık kazanması önemlidir. Sağlık profesyonelleri, tüm karşılaşmalarda istismara işaret eden belirtilerin farkında olmalı, toplumdaki ilgili destek hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve sorunları mümkün olduğunca hasta ile tartışmalıdır. Yaşlı istismarının önlenmesinde yaşlıya sevgi ve saygı bilincinin kazandırılması amacıyla aile ve eğitim kurumlarına önemli görevler düşmektedir. Diğer açıdan istismarı önlemeye yönelik politikaların yaşama geçirilmesi konusunda ilgili kurumların daha duyarlı davranması gerekmektedir. Koruyucu yaklaşımlar, yalnızca bireylerin yaşam kalitesini artırmakla kalmayacak; aynı zamanda sağlıklı, güvenli ve sürdürülebilir bir toplumun inşasına katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M., Glen, M., Avcı, A., İçme, F. (20139. ocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4).591-614.
- Aile, alışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2021). ocuk Politikaları Serisi yayını. <https://www.aile.gov.tr/chgm/yayinlar/cocuk-politikalari-serisi/> Erişim Tarihi: 19.09.2025
- Ailenin Korunması ve Kadına Karşı şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. (2014). Sayı : 28239. 5(52) <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6284.pdf> Erişim Tarihi: 19.09.2025
- Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmaliin ocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169-184.
- Arpacı, F., & Bakır, B. (2017). Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 21(3), 691-703.
- Atatanır, H. (2022). Çocukluk olgusunun ve ocuk haklarının tarihsel gelişimi. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 205-219.
- Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child neglect-causes and consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(3), 337-342.
- Barut, B. (2021). Cinsel İstismar Mağdurlarına Yaklaşım ve Terapötik Süreç. *Journal of International Social Research*, 14(76), 602-615.
- Baskak, İ. (2023). Çocuğa yönelik duygusal istismar. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 61-72.
- Birleşmiş Milletler ocuk Hakları Bildirgesi. (1959). https://kdkcocuk.gov.tr/anasayfa/contents/files/YasalDuzenlemeler/BM_cocuk_Haklari_Bildirisi.pdf. Erişim Tarihi: 19.09.2025
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 63, 106-119.
- Cenevre ocuk Hakları Bildirgesi. (1924). <https://www.humanium.org/en/geneva-declaration/> Erişim Tarihi: 19.09.2025.
- Çalışkan, D., Yılmaz, B. (2019). Bir Hastanede alışan Hemşirelerin ocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeyi ve Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Sağlık Akademisi Dergisi*, 4(2). 75-89.
- ocuk Haklarına Dair Sözleşme. (2004). https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf Erişim tarihi: 10.08.2025
- ocuk Koruma Kanunu. (2005). Sayı: 25876. 5(44). Erişim Tarihi: 10.09.2025
- Demir, Y., ifti, G. E., & Tüfekçi, İ. (2023). Kadına Yönelik Ekonomik İstismara İlişkin Bibliyometrik Bir Analiz. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 13(1), 552-572.

- Derebagçe, E., Özerk, H. (2021). Türkiye’de 1995-2020 Yılları Arasında Çocuk İstismarını Önleme Programlarına İlişkin Gerçekleştirilen Çalışmaların İncelenmesi ve Değerlendirilmesi. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(7). 651-670.
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 96, 104082.
- Geçkil, E. (2017). Çocuklarda Fiziksel İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1): 129 – 139.
- Gubbels, J., van der Put, C. E., Stams, G. J. J., & Assink, M. (2021). Effective components of school-based prevention programs for child abuse: a meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 24(3), 553-578.
- Gökalp, Y., Kaya, S., Övün, A. (2018). Kadın ve Çocuk İstismarı. *Dergipark akademik*. 2(1). 61-77.
- İMDAT. (2021). 2020 Yılı Çocukta Fiziksel Şiddet Raporu. https://www.imdat.org/media/raporlar/Cocukta_Fiziksel_Siddet_Raporu_-_20_May%C4%B1s_2021.pdf. Erişim Tarihi: 19.09.2025
- Kitaw, T. A., Baylie, A., Tekle, B. A., Tilahun, B. D., Getie, A., Abate, B. B., ... & Haile, R. N. (2025). Elder abuse without borders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 25(1), 1-15.
- Kiwanuka A, Boyar V, Jensen M. (2013). A Nursing Brief: Emerging Best Practice in Department of Children And Families Nursing. *Pediatric Nursing*, 39: 28-38.
- Lin, C., Ren, X., Dai, M., Wu, Y., Pan, L., Song, Y., ... & Luo, J. (2024). Prevalence and associated factors of adolescent psychological abuse, neglect in Western China a multi-center cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2382651.
- Martinkevich, P., Larsen, L. L., Græsholt-Knudsen, T., Hesthaven, G., Hellfritsch, M. B., Petersen, K. K., ... & Rölffing, J. D. (2020). Physical child abuse demands increased awareness during health and socioeconomic crises like COVID-19: a review and education material. *Acta orthopaedica*, 91(5), 527-533.
- M.Hoover, R., Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *Am Fam Physician*. 89(6). 453-460.
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect*, 77, 198-210.
- Özyürek, A., Çetin, A., Yıldırım, R. (2018). Aile Hekimi ve Öğretmenlerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusundaki Görüş ve Tutumları. *İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 7(1). 436-453.
- Rafaiee, R., Mohseni, F., & Akbarian, N. (2021). Prevalence of child abuse and correlations with family factors among elementary school-aged children. *Int J High Risk Behav Addict*, 10(2), e108823.

- Risser, H. J., Svevo-Cianci, K., Karim, E. J., & Morford, A. E. (2020). Achieving comprehensive prevention of child abuse and neglect. *International journal on child maltreatment: research, policy and practice*, 3(1), 63-79.
- Santos, A. M. R. D., Nolêto, R. D. D. S., Rodrigues, R. A. P., Andrade, E. M. L. R., Bonfim, E. G., & Rodrigues, T. S. (2019). Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentary study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, 1-9.
- Sandmoe, A., & Hauge, S. (2014). When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 283-291.
- Sosyal Hizmetler Kanunu. Sayı: 2828. 5(22).<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2828&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>. Erişim tarihi. 19.09.2025
- Teresi, A., Burnes, D., A. Skowron, E., Dutton, M., Mosqueda, L., S. Lachs, M., Pillemer, K. (2016). State of the science on prevention of elder abuse and lessons learned from child abuse and domestic violence prevention: Toward a conceptual framework for research. *J Elder Abuse Negl* Aug-Dec. 28(5).263-300.
- Toraman, H., Özkaya, F., Bulut, M., Ünal, A., Kesen, N. F., & Daşbaş, S. (2022). Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önleneğine Yönelik Uygulamalar. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi*, 13(34), 642-658.
- Turner, S., Menzies, C., Fortier, J., Garces, I., Struck, S., Taillieu, T., ... & Afifi, T. O. (2020). Child maltreatment and sleep problems among adolescents in Ontario: A cross sectional study. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104309.
- Tunçer, P. (2018). Avrupa Birliği'nde Çocuk İstismarına Genel Bir Bakış. *Journal of Institute of Economic Development and Social Researches*, 4(10), 418-439.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 2010. Sayı: 17863. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi. 19.09.2025.
- Türk Ceza Kanunu. (2004). Sayı:25611. 5(43). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf> Erişim tarihi. 19.09.2025
- Uğurlu, Z., Gülsen, İ. (2014). Çocuk Hakları Ve Hukuki Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. *International Journal of Social and Educational Sciences Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1819. 2-24.
- Üstündağ, A. (2022). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalığı: Sağlıklı hayat merkezi örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(4), 241-253.
- UNİCEF. (2019). TÜRKİYE – UNICEF lke İş birliği Programı 2016-2020. <https://www.unicef.org/turkey/media/10451/file/UNICEF%202019%20Y%C4%B1ll%C4%B1k%20Faaliyet%20Raporu.pdf>. Erişim tarihi: 01.09.225
- Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA psychiatry*, 72(11), 1135-1142.

- Yıldız, E., & Tanrıverdi, D. (2018). Child neglect and abuse: a global glimpse within the framework of evidence perspective. *International nursing review*, 65(3), 370-380.
- Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2018). Child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 637-644.
- WHO. 2016. INSPIRE: Çocuklara Yönelik Şiddeti Bitirmek İçin Yedi Strateji. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>.
- WHO. (2020). Global Status Report On Preventing Violence Against Children 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240006379>

BÖLÜM 6

CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE ALTERNATİF AĞRI YÖNETİMİ: PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİNİN TERAPÖTİK ROLÜ

Büşra ERGEN TURAN¹ , Gülay YAZICI²

¹ Öğr. Gör., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan SHMYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Ameliyathane Hizmetleri Programı, Zonguldak, busra.ergen@beun.edu.tr, ORCID: 0000-0001-5223-3787

² Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD, Ankara, gyazici@aybu.edu.tr, 0000-0001-8195-3791

GİRİŞ

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi işlemin neden olduğu, doku hasarına bağlı olarak gelişen ve zamanla azalma eğiliminde olan akut ağrı deneyimi olarak tanımlanmaktadır (IASP, 2020). Bu ağrı nispeten kısa sürelidir genellikle iyi lokalizedir ve insizyonun türü ve kapsamı ile cerrahinin şiddeti ile doğru orantılıdır (Eti Aslan ve Çavdar, 2014). Postoperatif ağrı, hasta konforunu bozar, iyileşme sürecini olumsuz etkiler, sağlık kurumunda yatış süresinin uzamasına, maliyetin artmasına, hayat kalitesinin azalmasına sebep olur (Vadivelu ve ark., 2016; Mazilu ve ark., 2018). Bu sebeple cerrahi işlemin ardından etkili ağrı yönetimi cerrahi süreç için önemli bir husustur ve multidisipliner şekilde değerlendirilmesi gereken karmaşık bir dinamiktir (Aziato ve Adejumo, 2014; Poulsen ve Coto, 2017).

Sağlık ekibi içerisinde hastalarla 7/24 iletişim halinde olan hemşireler cerrahi sonrası ağrı yönetiminde önemli rol üstlenirler (Eti Aslan ve Çavdar, 2014; Mazilu ve ark., 2018). Hemşirelerin cerrahi sonrası ağrı yönetimindeki rolü hastaların ağrı durumlarının değerlendirilmesini, etkili ağrı yönetiminin kayıt edilmesini, dozu ve cinsi hekim istemi tarafından belirlenen farmakolojik ajanların uygulanmasını, hemşirelik girişimlerin sonuçlarının düzenli olarak değerlendirilmesini ve bu girişimlerin olası yan etkilerinin izlenmesini içermektedir (Karadağ Arlı, 2017; Çavdar ve Akyüz, 2017; Mazilu ve ark., 2018).

Ağrı yönetiminde aktif rol üstlenen hemşireler, yalnızca farmakolojik uygulamalara değil, aynı zamanda nonfarmakolojik yöntemlere de yönelmektedir. Farmakolojik yöntemleri; bilişsel-davranışçı terapiler, biyolojik geri bildirim, hipnoz, yönlendirilmiş imgelem, yoga, masaj, müzik terapisi ve reiki gibi nonfarmakolojik yöntemlerle birleştirmek ağrı yönetiminde multimodal bir yaklaşım sağlamaktadır (Casarin ve ark., 2019; Engwall ve Dupps, 2009; Gallagher ve ark., 2018; Gureje ve ark., 2015). Bu yöntemlerin amacı, ağrının şiddetini hafifletmek, yaşam standartlarını artırmak, farmakolojik ajanların kullanım sıklığını ve oluşabilecek yan etkilerini azaltmaktır. Bu bağlamda nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı yönetiminde kullanımı önemli bir yer tutmaktadır (Özveren, 2011; Korkan ve Uyar, 2014; Pak ve ark., 2015; Nemli ve ark., 2017). Bu yöntemlerin arasında dikkat çeken ve etkili bir rahatlama tekniği olarak incelenen progresif gevşeme egzersizleri (PGE), bu çalışmada detaylı bilgi ile sunulacaktır.

Progresif Gevşeme Egzersizleri

Progresif gevşeme egzersizleri, tarihte ilk kez Edmund Jacobson tarafından 1920'lerde geliştirilmeye başlanmıştır. 1929'da Edmund Jacobson'un "Progresif Gevşeme" adlı kitabında ilk kez tanımlanmıştır. Ardından Herbert Benson tarafından gevşemenin bir teknik olarak bilime kazandırıldığı görülmüştür (Özveren, 2011; İbrahimoglu ve Kanan, 2017). PGE ilk defa 1971'de Aiken ve Henrichs'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalar için gevşeme egzersizlerini hemşirelik yaklaşımı olarak uygulanmasıyla kullanılmaya başlanmıştır (Topçu ve Fındık, 2012; İbrahimoglu ve Kanan, 2017). PGE, hemşirelik müdahaleleri sınıflandırması içerisinde yer alan bir hemşirelik müdahalesidir ve duyularda ortaya çıkan farklılıklarla ilgilenirken ardışık kas gruplarının gerilmesini ve aşamalı olarak serbest kalmasını kolaylaştırmak olarak tanımlanır (Mosby, 2009; Butcher ve ark., 2018). PGE, kasları esnetme ve kademeli olarak gevşetme tekniklerini içeren bir stratejidir, gerilimi azaltmak için büyük kas gruplarının gevşetilebileceğini göstermektedir (Jacob ve Sharma, 2018).

Progresif gevşeme egzersizleri, kasların istemli ve sistemli bir biçimde kasılıp gevşemesini sağlayan bilişsel-davranışçı bir terapi tekniğidir. Bu egzersizdeki temel amaç, bireylerin gerilme ve rahatlık arasındaki farkı vücutlarında ve zihinlerinde hissetmelerini, günlük yaşamda kendi başlarına rahatlamalarını sağlamaktır (Kurt ve Kapucu, 2018; Özveren, 2011). Cerrahi süreçte insizyon yerindeki kasların gerginliği postoperatif ağrıyı etkilerken, gevşeme egzersizleri kas gerginliğini azaltarak oluşan cerrahi ağrıyı hafifletir (Topçu ve Fındık, 2012). PGE, hasta tarafından bireysel şekilde uygulanabilen bir yöntemdir (Çapık ve ark., 2016). Literatürde ameliyat sonrası hasta konforunun arttığı ve karın kas gerginliğini azalttığı, postpartum dönemde psikiyatrik

reaksiyonların görülme sıklığını, kaygı ve endişe düzeylerini azalttığı, benlik algısını artırdığı bildirilmektedir (Kısaarslan ve Aksoy, 2020).

PGE birçok hastalığın semptomlarının kontrolünde zihinsel süreçleri ve davranışları geliştirmede kullanılan yaygın, etkin ve maliyetsiz bir nonfarmakolojik yöntemdir (Akmeşe ve Oran, 2014; Nazik ve ark., 2014; Yılmaz ve Kapucu, 2017). PGE'nin en önemli avantajları, hastalar tarafından bağımsız ve kolay uygulanabilmesi, herhangi bir girişim gerektirmemesi, maliyeti düşük olması ve zararsız bir yöntem olmasıdır (Jacob ve Sahrma, 2018). PGE ile birlikte oluşan kas gerginliği ağrıyı ve ağrıyla ilişkili anksiyeteyi azaltmaktadır. Derin bir gevşeme sonrası hasta dikkatini ağrı odağından uzaklaştırır ve böylelikle vücutta endorfin salınımı artar. Bunun ile birlikte baskılanan sempatik aktivite, ağrının azaltılmasına neden olur. Bununla birlikte; kan basıncında, solunum sayısında, nabız ve oksijen tüketiminde azalma görülür. Kasların gevşemesiyle birlikte ağrıda azalma ve uyku kalitesinde iyileşme görülmektedir (Finlay ve Rogers 2015; İbrahimoglu ve Kanan, 2015; Mikolasek ve ark., 2018; Weekes ve ark., 2019). PGE'nin öğrenilmesi ve uygulanması kolaydır ve özellikle akut ağrı deneyimleyen kişiler tarafından kullanımı uygundur (İbrahimoglu ve Kanan, 2015). Cerrahi sonrası hafif ve orta şiddetli ağrıların yönetiminde yaygın kullanılan PGE, farmakolojik ajanlarla birlikte şiddetli ağrıların giderilmesinde de kullanılmaktadır (Weekes ve ark., 2019; Karaman Özlü ve ark., 2016).

Progresif Gevşeme Egzersizinin Uygulama Basamakları

Progresif gevşeme egzersizleri, 16 kas grubunun sıralı bir şekilde nefes alırken gerilmesini, nefes verirken ise gevşemesini içermektedir. PGE baştan ayağa doğru yapılabileceği gibi ayakta başa doğru şekilde de uygulanabilmektedir. Bu egzersizin etkili bir biçimde uygulanabilmesi için duyuşsal ve görsel destekleyicilerin bulunması gerekmektedir. Egzersiz esnasında bireyin bedenindeki gerginliğini algılaması, kontrolünün sağlanması ve gevşeme durumuna geçebilmesi tamamlanmalıdır (Demiralp ve Oflaz, 2007; Ratfisch 2015; Demiralp ve Oflaz 2011; Özveren 2011; Özhanlı ve Akyüz, 2022).

Bireyin çevresinde onu etkileyebilecek herhangi bir uyarının olmaması, odanın loş ve sıcaklığın optimal seviyede olması önemlidir. Birey ayrıca fiziksel ve mental yönden rahat ve sakin olmalıdır. Fiziksel açıdan rahatlığı sağlamak için kıyafetleri bol olmalı, vücudunu sıkacak herhangi bir eşya bulunmamalıdır. Mental açıdan rahatlığı sağlamak için ise, bireyin zihnindeki kötü fikirlerden uzaklaşıp o ana odaklanmasını sağlayacak bir araç/nesne (ses, kelime, obje vb.) etrafta bulunmalıdır (Özhanlı ve Akyüz, 2022; McCallie ve ark., 2006; Özveren, 2011).

PGE'nin uygulama aşamaları aşağıdaki gibidir (Kartal 2017; Otman, 2014; Baltaş ve Baltaş, 2008).

- ✓ Birey egzersiz hakkında bilgilendirildikten sonra sırtüstü yatar pozisyona getirilir.
- ✓ Sağ elin avuç içi karnın altına, sol el ise göğsün üst kısmına konur ve gözler kapatılır.
- ✓ İlk önce nefes verilerek akciğerin boşaltılması sağlanır.
- ✓ Nefes verilirken akciğerler zorlanmamalı ve nefes kendiliğinden çıkarılmalıdır.
- ✓ Nefes almada ise akciğer kapasitesi hayali bir şekilde ikiye bölünür ve “bir”, “iki” diye sayılarak akciğer tamamen doldurulur.
- ✓ Biraz beklenir, “bir-iki” diye sayılarak nefes, alınandan iki kat süre içerisinde boşaltılır.
- ✓ Sağ el göğüs kemiklerinin yan tarafa doğru açıldığını hissedilmelidir.
- ✓ Yeni bir nefes alınmadan önce iki saniye beklenir.
- ✓ Yeniden derin bir nefes alınarak işlem tekrar edilir.
- ✓ Yavaş ve derin solunum egzersizleri birkaç defa uygulandıktan sonra progresif gevşeme egzersizlerine geçilir.
- ✓ Bu egzersizin uygulanmasında aşağıdan yukarıya doğru tüm büyük kaslar sırası ile; sağ-sol ayak, sağ-sol bacak, kalça, karın kasları, sırt kasları, göğüs kasları, sağ-sol el, sağ-sol kol,

boyun, omuzlar ve yüz kasları yavaş ve derin bir şekilde nefes alırken kasılır, nefes verirken ise gevşetilir ve serbest bırakılır.

- ✓ Her kasma ve gevşetme işleminin ardından yeni bir kas grubuna geçilmeden önce aralarda 4-5 kez yavaş ve derin solunum egzersizleri uygulanmalıdır.
- ✓ PGE, böylelikle bütün kas gruplarında uygulanır.
- ✓ Sonrasında nefes alırken tüm kaslar birlikte kasılır ve nefes verirken yine birlikte gevşetilir.
- ✓ Ardından birkaç defa derin solunum hareketiyle birlikte PGE tamamlanır.

Bu egzersiz uygulanırken rahat ve sakin olunması, gözlerin kapalı bir şekilde tutulması, egzersiz esnasında o ana odaklanılarak farklı fikirlerden uzaklaşılması, ekstra hareketlerden kaçınılması, egzersiz esnasında gerilmesi istenen kasın 5 saniye kasılmasından sonra 10 saniye boyunca kasılan kasın gevşetilerek hissedilmesi, egzersiz uygulama basamaklarında rahatlamamanın hissedilmesi, her bir kas grubunda gevşeme işlemine geçmeden önce derin nefes alınarak verilmesi, egzersiz uygulama basamaklarının tamamlanmasının ardından rahatlamamanın tüm bedene yayıldığı düşünülmesiyle birlikte egzersizin sonlandırılması uygulama aşamasında önemli hususlardandır (Bushra ve Ajaz, 2018).

Progresif Gevşeme Egzersizinin Hemşirelikte Kullanımı ve Sonuçları

Progresif gevşeme egzersizleri, son zamanlarda postoperatif ağrının hafifletilmesinde etkili bir hemşirelik müdahalesi olarak ilgi görmüştür (Ju ve ark., 2019).

Literatüre bakıldığında progresif gevşeme egzersizinin koroner arter baypas grefti (Fayazi ve ark., 2009), sezaryen cerrahisi (Mokhtari ve ark., 2010; Solehati ve ark., 2015; Devmurari ve Nagrala, 2018; Ismail ve Elgzar, 2018; Solehati ve Rustina, 2013), genel ve ürolojik cerrahi (Keihani ve ark., 2019) ve ortopedik cerrahi sonrası hasta ağrısı üzerinde yapılan çalışmalar bulunmaktadır (Solehati ve Rustina, 2015). Yapılan çalışmalar incelendiğinde üst gastrointestinal cerrahi girişim uygulanmış hastalarda (Topçu ve Fındık, 2012) ve ortopedik cerrahi girişim geçirmiş hastalarda gevşeme egzersizi sonrası postoperatif ağrı ve kaygı seviyesinde (Büyükyılmaz ve Aştı, 2013) azalma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca gevşeme egzersizindeki gibi yavaş, derin nefes almanın ağrı şiddetini azalttığı saptanmıştır (Jafari ve ark., 2017). PGE'nin hastalarda görülen ağrı, kaygı ve stresle ilişkili artan kortizol düzeyine de pozitif etkisi olduğu bildirilmiştir. Bu semptomların yönetiminde PGE'nin hemşirelik girişimleri içerisine dahil edilmesi önemlidir (Özhanlı ve Akyüz, 2022). Cerrahi sonrası kliniklerde kolaylıkla uygulanabilen derin ve yavaş solunum, uygulaması en basit gevşeme tekniklerinden biridir. Bazı kısaltılmış PGE uygulaması sonrası bile bu etkinliği gösterdiği de bildirilmektedir (Bruehl ve Chung, 2012; Karaman Özlü ve ark., 2016; Mikolasek ve ark., 2018).

Progresif Gevşeme Egzersizinin Cerrahide Akut Ağrı Yönetiminde Kullanımı

Literatür incelendiğinde cerrahinin farklı alanlarında PGE'nin ağrı yönetimi üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların, bu yöntemin etkinliğini destekleyen olumlu bulgular sunduğu görülmektedir (Topçu ve Fındık, 2012; Karaman Özlü ve ark., 2016; Demir ve Arslantaş, 2016; Abbasi ve ark., 2018; Mikolasek ve ark., 2018; Jacob ve Sharma, 2018).

Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, Kısaarslan ve Aksoy (2020)'nin açık böbrek cerrahisi uygulanan hastalarda PGE'nin postoperatif ağrı düzeyine etkisini incelediği randomize kontrollü araştırmasında araştırma sonucuna göre PGE uygulamasından 15 dakika sonra tüm ölçüm zamanlarında elde edilen ağrı skorları müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu, ileri analizde tekrarlanan ölçümlerde ağrı değerlerinin anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. Özhanlı ve Akyüz (2022) PGE'nin kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların fizyolojik parametreleri, ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada deney grubunun cerrahi sonrası ağrı skoru kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür. Opioid analjezik kullanımı deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında cerrahi sonrası 0. günde istatistiksel yönden anlamlı farklılık oluşturduğu belirtilmiştir. Topçu ve Fındık

(2012) gevşeme egzersizinin ameliyat sonrası ağrıya etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada PGE öncesi ve sonrası ağrı düzeyleri incelendiğinde ağrısı olmadığını söyleyenlerin oranı %1,7'den %36,7'ye yükselirken, rahatsız edici ağrı yaşayanların oranı %36,7'den %18,3'e gerilediği görülmüştür. Çok şiddetli ağrısı olanların oranı gevşeme egzersizlerinden sonra %8,3'ten %1,7'ye düştüğü bildirilmiştir. Gevşeme egzersizleri sonrasında ağrının azalması istatistiksel olarak anlamlı olduğu, hastaların %71,7'sinin gevşeme egzersizlerinden sonra daha az ağrı hissettiği saptanmıştır. Bu bulgular neticesinde gevşeme egzersizlerinin cerrahi süreçte ağrı kontrolü üzerine olumlu etki oluşturduğu, ağrı deneyimini postoperatif dönemde azalttığı söylenebilir. Ju ve ark., (2019) tarafından karın ameliyatı geçiren hastalarda ağrının giderilmesinde gevşeme tekniklerinin etkinliğini incelemek amacıyla yapılan meta-analiz araştırmada incelenen 12 çalışmadan 10'unda kontrol grubuna kıyasla gevşeme grubunda istatistiksel açıdan ağrıda anlamlı bir azalma bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre PGE'nin cerrahi sonrası ağrı kontrolü üzerine olumlu etki oluşturduğu, güçlü bir gevşeme tekniği olduğu görülmüştür. Farklı bir örneklem grubunun yer aldığı progresif gevşeme tekniğinin jinekolojik cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif ağrı, aktivite toleransı ve uyku kalitesi üzerine etkisinin incelendiği randomize kontrollü çalışmada ameliyat sonrası ağrı skoru incelendiğinde kontrol grubuna kıyasla müdahale grubundaki ağrı puanlarında istatistiksel yönden anlamlı bir azalma bulunduğu saptanmıştır (İbrahim ve ark., 2021). Tanrıverdi ve Kılıç (2023) kolonoskopi hastalarında PGE'nin karın ağrısı ve şişkinlik üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada ortalama VAS ağrısı skorları müdahale grubunda işlem sonrası önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre PGE'nin kolonoskopi sonrası karın ağrısını azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Mardiana (2021)'in apendektomi sonrası ağrıyı azaltmak için uygulanan PGE'nin etkinliğini incelediği bir vaka çalışmasında PGE'nin ameliyat sonrası apendektomi hastalarında akut ağrıyı azaltmada başarılı olduğu bildirilmiştir. Bu sonuca göre PGE'nin müzik terapisiyle birlikte kullanımı cerrahi süreçte hastaların ağrılarını azaltmada ve diğer fizyolojik parametreler üzerinde olumlu etki oluşturan kombine bir nonfarmakolojik yöntem olarak düşünülebilir. Bahçeli ve Karabulut (2021) lomber disk cerrahisi geçiren hastalarda ilerleyici PGE'nin anksiyete, ağrı ve uyku kalitesi üzerine etkisinin incelediği randomize kontrollü çalışmada cerrahi sonrası 2.-3. günlerde gruplar arası ağrı puanları incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucuna göre PGE'nin cerrahi hastalarda ağrıyı azaltmak için yararlı olacağı bulunmuştur. Farklı bir örneklem grubu ile yapılan gevşeme tekniklerinin akut postlaminektomi ağrısı üzerindeki etkilerinin incelendiği randomize kontrollü araştırmada deney grubundaki katılımcılar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ağrı şiddetinde önemli bir azalmayla sonuçlanmıştır (Pishgooie ve ark., 2020). Nazari ve ark., (2022) kalp kapağı replasman ameliyatı geçiren hastalarda PGE'nin uyku kalitesi ve postoperatif ağrı üzerine etkisini araştırdığı yarı deneysel çalışmada müdahale grubunda PGE'den sonra ağrı skorunda önemli ölçüde azalma görülmüştür. Araştırma bulguları incelendiğinde PGE'nin kalp kapağı replasman ameliyatı geçiren hastaların ağrılarının azalmasında etkili olduğu, hastalar için güvenli ve ucuz bir yöntem olarak kullanılabildiği bulunmuştur.

Literatürdeki bulgular, PGE'nin cerrahi süreçte ağrıyı azaltmada etkili, güvenli ve uygulanabilir bir nonfarmakolojik yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Hem fizyolojik hem de psikolojik rahatlamayı destekleyerek hastaların iyileşme sürecine olumlu katkısı bulunan bu yöntem, hemşirelik uygulamalarında bütüncül ve hasta merkezli bakım anlayışını destekleyen etkili bir müdahale aracı olarak öne çıkmaktadır.

SONUÇ

Progresif kas gevşeme egzersizleri cerrahi süreçte oluşan akut ağrıyı azaltmak için kullanılabilen basit, ucuz ve hasta-hemşire terapötik iletişimi güçlendiren bir uygulamadır. PGE, cerrahi hastalarının ağrıdan kaynaklanan fiziksel, zihinsel ve ruhsal olumsuz etkilerini hafifleten, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonları engelleyen, sağlık kurumunda kalış süresini azaltan, yaşam konforunu yükselten nonfarmakolojik bir yöntemdir. Bu yöntem hem hasta ve hem hemşireler tarafından postoperatif ağrı yönetiminde standart bakıma ek tamamlayıcı yöntem olarak uygulanabilir. Bu bağlamda hemşirelik öğrencilerine eğitim müfredatı kapsamında PGE'nin öğretilmesi, hemşirelerin hemşirelik uygulaması olarak PGE konusundaki bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim programlarının oluşturulması, hastaların bağımsız olarak PGE'yi uygulama konusunda bilgilendirilmesi ve egzersizlerin cerrahi sonrası süreçte klinik hemşireler tarafından hastalara öğretilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbasi, B., Mirzakhany, N., Oshnari, L. A., Irani, A., Hosseinzadeh, S., Tabatabaei, S. M., & Haghghat, S. (2018). The effect of relaxation techniques on edema, anxiety and depression in post-mastectomy lymphedema patients undergoing comprehensive decongestive therapy: A clinical trial. *PLOS ONE*, 13(1), 1–12.
- Akmeşe, Z. B., & Oran, N. T. (2014). Effects of progressive muscle relaxation exercises accompanied by music on low back pain and quality of life during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(5), 503–509.
- Aziato, L., & Adejumo, O. (2014). The Ghanaian surgical nurse and postoperative pain management: A clinical ethnographic insight. *Pain Management Nursing*, 15(1), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.09.004>
- Bahçeli, A., & Karabulut, N. (2021). The effects of progressive relaxation exercises following lumbar surgery: A randomized controlled trial. *Complementary Medicine Research*, 28(2), 114–122.
- Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2008). *Stres ve başa çıkma yolları* (24. Baskı). Remzi Kitabevi.
- Bruehl, S., & Chung, O. Y. (2012). Psychological interventions for acute pain. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.), *Pain: Psychological perspectives* (pp. 247–270). Psychology Press.
- Bushra, M., & Ajaz, A. K. (2018). Jacobson muscle relaxation technique (JPMR) (20 min). *JOJ Nurse Health Care*, 8(1), 555726.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Classification of Nursing Interventions (NIC)* (7th ed., pp. 314–315). Elsevier.
- Büyükyılmaz, F., & Aştı, T. (2013). The effect of relaxation techniques and back massage on pain and anxiety in Turkish total hip or knee arthroplasty patients. *Pain Management Nursing*, 14(3), 143–154.
- Casarin, A., Tangkiatcumjai, M., & Walker, D. M. (2019). An overview of complementary and alternative medicine. In I. Management Association (Ed.), *Complementary and alternative medicine: Breakthroughs in research and practice* (pp. 1–16). IGI Global.
- Çapık, A., Karaman Özlü, Z., & Soydan, S. (2016). The effect of progressive relaxation exercises on pain control in postpartum women having a cesarean section. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19, 58–64.
- Çavdar, İ., & Akyüz, N. (2017). Ameliyat sonrası ağrı ve yönetimi. In G. Aksoy, N. Kanan, & N. Akyolcu (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği I* (2. Baskı, ss. 367–388). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Demir, Ö., & Arslantaş, H. (2016). Müzik eşliğinde uygulanan progresif gevşeme egzersizinin anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti olacak hastaların yaşam bulgularına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 10–17.
- Demiralp, M., & Oflaz, F. (2007). Bilişsel davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132–139.
- Demiralp, M., & Oflaz, F. (2011). Gevşeme eğitiminin meme kanserli hastalarda anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 165–174.
- Devmurari, D., & Nagrale, S. (2018). Effectiveness of Jacobson's progressive muscle relaxation technique for pain management in post-cesarean women. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 5, 228–232.
- Engwall, M., & Duppils, G. S. (2009). Music as a nursing intervention for postoperative pain: A systematic review. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 24(6), 370–383.

- Fayazi, S., Shariati, A., Momemi, M., & Latifi, M. (2009). The efficacy of Benson's relaxation technique on postoperative pain in coronary artery bypass graft. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 8, 480–489.
- Finlay, K. A., & Rogers, J. (2015). Maximizing self-care through familiarity: The role of practice effects in enhancing music listening and progressive muscle relaxation for pain management. *Psychology of Music*, 43(4), 511–529.
- Gallagher, L. M., Gardner, V., Bates, D., Mason, S., Nemecek, J., DiFiore, J. B., Bena, J., Li, M., & Bethoux, F. (2018). Impact of music therapy on hospitalized patients post-elective orthopaedic surgery. *Orthopaedic Nursing*, 37(2), 124–133.
- Gureje, O., Nortje, G., Makanjuola, V., Oladeji, B. D., Seedat, S., & Jenkins, R. (2015). The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. *The Lancet Psychiatry*, 2(2), 168–177.
- Ibrahim, H. A., Elgzar, W. T., & Hablas, R. M. (2021). The effect of Jacobson's progressive relaxation technique on postoperative pain, activity tolerance, and sleeping quality in patients undergoing gynecological surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4), 295–302.
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/definition-of-pain/>
- Ismail, N. I. A. A., & Elgzar, W. T. I. (2018). The effect of progressive muscle relaxation on post cesarean section pain, quality of sleep and physical activities limitation. *International Journal of Studies in Nursing*, 3, 14.
- İbrahimoglu, Ö., & Kanan, N. (2017). The effect of progressive muscle relaxation exercises after endotracheal extubation on vital signs and anxiety level in open heart surgery patients. *Turkish Journal of Intensive Care*, 15, 98–106.
- Jacob, S., & Sharma, S. (2018). Efficacy of progressive muscular relaxation on coping strategies and management of stress, anxiety and depression. *International Journal of Indian Psychology*, 6, 106–124.
- Jafari, H., Courtois, I., Van den Bergh, O., Vlaeyen, J. W., & Van Diest, I. (2017). Pain and respiration: A systematic review. *Pain*, 158(6), 995–1006.
- Ju, W., Ren, L., Chen, J., & Du, Y. (2019). Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 18, 2909–2916.
- Karadağ Arlı, Ş. (2017). Cerrahi bakımda ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik girişimleri. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 1013–1020.
- Karaman Özlü, Z., İnce, S., & Avşar, G. (2016). Müzikterapinin kolesistektomi olan hastaların ağrıları üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2), 100–105.
- Kartal, M. (2017). *Nefes alma sanatı* (3. Baskı). Ray Yayıncılık.
- Keihani, Z., Jalali, R., Shamsi, M. B., & Salari, N. (2019). Effect of Benson relaxation on the intensity of spinal anesthesia-induced pain after elective general and urologic surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34, 1232–1240.
- Kısaarslan, M., & Aksoy, N. (2020). Effect of progressive muscle relaxation exercise on postoperative pain level in patients undergoing open renal surgery: A nonrandomized evaluation. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(4), 389–396.

- Korkan, E. A., & Uyar, M. (2014). Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: Refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9–14.
- Kurt, B., & Kapucu, S. (2018). The effect of relaxation exercises on symptom severity in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy: An open-label nonrandomized controlled clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 22, 54–61.
- Mardiana, M. (2021). Application of progressive muscle relaxation interventions to lower pain post-op appendectomy in RSUD Tenriawaru. *Journal for Research in Public Health*, 2(2), 83–87.
- Mazilu, D. C., Zazu, M., Nedelcu, V., & Sfetcu, R. (2018). Effectiveness of pain management educational interventions on nurses' knowledge and attitudes regarding postoperative pain management: A systematic review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16, 303–307.
- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51–66.
- Mikolasek, M., Berg, J., Witt, C. M., & Barth, J. (2018). Effectiveness of mindfulness- and relaxation-based eHealth interventions for patients with medical conditions: A systematic review and synthesis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 1–16.
- Mokhtari Nori, J., Sirati Nir, M., Sadeghi Sherme, M., Ghanbari, Z., & Babatabar Darzi, H. (2010). Comparison of foot reflexology massage and Benson relaxation on severity of pain after cesarean section: A randomized trial. *Health Monitor Journal of Iranian Institute for Health Sciences Research*, 9, 289–298.
- Mosby. (2009). *Mosby's medical dictionary* (8th ed.). Mosby/Elsevier.
- Nazari, N., Etemadifar, S., Mirmohammadsadeghi, A., & Raeisi Shahraki, H. (2022). The effect of progressive muscle relaxation on sleep quality and postoperative pain in patients undergoing heart valve replacement surgery. *Journal of Multidisciplinary Care*, 11(3), 130–136.
- Nazik, E., Öztunç, G., & Şahin, B. (2014). Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 171–178.
- Nemli, N., Ceyhan, Ö., & Başer, M. (2017). Meme cerrahisi sonrası ağrı yönetiminde bir öneri: El masajı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(4), 315–321.
- Otman, S. (2014). Gevşeme egzersizleri. In S. Otman & N. Köse (Eds.), *Egzersiz tedavisinde temel prensipler ve yöntemler* (4. Baskı). Ertem Basım Yayın.
- Özhanlı, Y., & Akyüz, N. (2022). The effect of progressive relaxation exercise on physiological parameters, pain and anxiety levels of patients undergoing colorectal cancer surgery: A randomized controlled study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 37(2), 238–246.
- Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 83–92.
- Pak, S. C., Micalos, P. S., Maria, S. J., & Lord, B. (2015). Nonpharmacological interventions for pain management in paramedicine and the emergency setting: A review of the literature. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–8.
- Pishgooie, S. A. H., Akbari, F., Keyvanloo Shahrestanaki, S., Rezaei, M., Nasiri, M., & Momen, R. (2020). Effects of relaxation techniques on acute postlaminectomy pain: A three-arm randomized controlled clinical trial. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(5), 533–538.
- Poulsen, M. J., & Coto, J. (2017). Nursing music protocol and postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 18(5), 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.05.004>
- Ratfisch, G. (2015). *Gebelikten anneliğe yoga* (1. Baskı, ss. 20–35). Nobel Tıp Kitabevi.

- Solehati, T., & Rustina, Y. (2013). The effect of Benson relaxation on pain reduction among post caesarean section mothers at Cibabat Hospital, Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Care*, 1, 171–175.
- Solehati, T., & Rustina, Y. (2015). Benson relaxation technique in reducing pain intensity in women after cesarean section. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 5, e22236.
- Tanrıverdi, S., & Parlar Kılıç, S. (2023). The effect of progressive muscle relaxation on abdominal pain and distension in colonoscopy patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(2), 224–231.
- Topçu, S. Y., & Fındık, U. Y. (2012). Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 13(1), 11–17.
- Vadivelu, N., Kai, A. M., Kodumudi, V., & Berger, J. M. (2016). Challenges of pain control and the role of the ambulatory pain specialist in the outpatient surgery setting. *Journal of Pain Research*, 9, 425–435.
- Weekes, D. G., Wicks, E. D., Campbell, R. E., Hadley, C., Carter, A., Chaudhry, Z., & Tjoumakaris, F. P. (2019). Do relaxation exercises decrease postoperative pain after rotator cuff repair? A randomized controlled trial. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 7(7_suppl5), 2325967119S00380.

BÖLÜM 7

İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR VE HEMŞİRELİK

Gözde ÇETİNKAYA ALKAYA¹, Aysun TÜRE², Özlem KERSU³

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

³ Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, oozkaya@ogu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0003-3592-2892

1. GİRİŞ

Günümüz sağlık hizmetlerinin giderek karmaşıklaştığı ortamda, hemşirelik hizmetleri yönetimi stratejik insan kaynakları yönetimi anlayışına doğru önemli bir dönüşüm yaşamaktadır. Bu dönüşümün temel bileşenleri arasında yetenek yönetimi, psikolojik sermaye, kuşaklar arası farklılıkların etkin yönetimi ve insan kaynakları süreçlerinde yapay zekâ uygulamalarının artan rolü yer almaktadır. Hemşirelik, yoğun emek isteyen bir meslek olmasının yanı sıra yüksek düzeyde profesyonel bilgi, problem çözme becerisi, duygusal dayanıklılık ve iş birliği yeteneği gerektirmektedir. Bu nedenle modern insan kaynakları yönetimi yaklaşımlarının hemşirelik hizmetlerinde doğru şekilde uygulanması, hasta bakım kalitesi, işgücü verimliliği, hemşire memnuniyeti ve örgütsel sürdürülebilirlik açısından kritik öneme sahiptir.

Uluslararası alanda sağlık hizmetlerinde artan rekabet, kronik hastalıkların yaygınlığı, yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki hızlı ilerleme ve hemşire işgücü açığı gibi faktörler, insan kaynakları yönetimini sağlık organizasyonlarında stratejik bir alan hâline getirmektedir (Buchan, Catton, & Shaffer, 2022). Hemşireler, sağlık hizmetlerinin temel unsuru olarak toplam işgücünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve hemşire işgücünün niteliği, yetkinlikleri ve sürdürülebilirliği, hasta bakım sonuçları ve güvenliği üzerinde doğrudan etkili olmaktadır (Aiken, Sloane, Ball, Bruyneel, & Griffiths, 2021).

Günümüzde sağlık organizasyonları, yalnızca klinik sonuçlara odaklanan yapılar olmaktan çıkarak, insan kaynağını stratejik bir değer olarak gören ve sürdürülebilir rekabet avantajını çalışanlarının yetkinlikleriyle inşa eden organizasyonlar hâline gelmektedir. Bu bağlamda hemşirelik hizmetleri yönetimi, insan kaynağının niteliği ile doğrudan ilişkili bir alan olarak ön plana çıkmaktadır. Hemşirelerin bilgi temelli yapısı, artan yetkinlik gereksinimleri ve bakım süreçlerindeki kritik rolleri, insan kaynakları yönetimi uygulamalarının güncel yaklaşımlarla yeniden yapılandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Nitelikli hemşire istihdamının zorlaştığı, işgücü devrinin arttığı ve genç kuşakların çalışma yaşamından beklentilerinin değiştiği bir ortamda, organizasyonların insan kaynakları politikalarının esnek, yenilikçi ve çalışan odaklı olması gerekmektedir (Buchan et al., 2022; Aiken et al., 2021). Bu durum, hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalnızca operasyonel süreçlerin değil, aynı zamanda çalışan deneyimi, örgütsel psikoloji, teknoloji adaptasyonu ve veri temelli karar mekanizmalarının stratejik düzeyde ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

İnsan kaynakları yönetiminde güncel anlayış, klasik işe alım, performans yönetimi ve eğitim uygulamalarının ötesine geçerek çalışan deneyimi, psikolojik iyilik hâli, örgütsel bağlılık, veri temelli yönetim ve işgücü optimizasyonunu içermektedir. Bu yaklaşımın hemşirelik hizmetlerinde uygulanabilirliği, hemşirelerin değişen mesleki rollerine ve sağlık organizasyonlarının dönüşen ihtiyaçlarına paralel olarak artmaktadır. Özellikle yetenek yönetimi, psikolojik sermayenin geliştirilmesi, kuşak farklılıklarının anlaşılması ve yapay zekâ destekli insan kaynakları yönetimi süreçleri, çağdaş hemşirelik yönetiminin temel odak alanları arasında yer almaktadır (Chen, Huang, & Lin, 2023).

Buna ek olarak duygusal zekâ, günümüz insan kaynakları yönetimi uygulamalarında stratejik öneme sahiptir. Hemşirelik hizmetlerinde ekip içi iletişim, hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkiler, stres yönetimi ve örgütsel bağlılık düzeyi büyük ölçüde duygusal zekâ ile ilişkilidir. Literatür yüksek duygusal zekâyâ sahip hemşirelerin iş doyumu, performans ve tükenmişlik düzeyleri açısından avantajlı olduğunu göstermektedir (McQueen, 2004; Codier, Kamikawa, & Kooker, 2019). Bu nedenle duygusal zekâ, yalnızca bireysel bir beceri değil, örgütsel verimlilik, hasta güvenliği ve sürdürülebilir insan kaynakları yönetimi açısından kritik bir kaynak olarak ele alınmaktadır (Kim & Han, 2020; Abdullah & Ismail, 2021).

2. YETENEK YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre yetenek, “Bir kimsenin bir şeyi anlama veya yapabilme niteliği, istidat, kabiliyet, kudret” ve “Bir duruma uyma konusunda organizmada bulunan ve doğuştan gelen güç, kapasite” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr>, Erişim tarihi: 1 Nisan 2023). Yetenek yönetimi, örgütlerin stratejik hedeflerine ulaşabilmek için nitelikli, yüksek performans gösteren ve potansiyeli yüksek çalışanları çekme, geliştirme ve elde tutma süreçlerini kapsayan sistematik bir insan kaynakları yönetimi yaklaşımı olarak ele alınmaktadır (Collings & Mellahi, 2022). Sağlık organizasyonlarında yetenek yönetimi, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, liderlik becerilerini, problem çözme yeteneklerini ve yenilikçi yaklaşımlarını geliştirmeyi hedeflemektedir.

2.1. Yetenek Yönetiminde Kuramsal Yaklaşımlar

- **Sosyal Değişim Kuramı**

Sosyal Değişim Teorisi çerçevesinde yetenek yönetimi, örgütün çalışanlara sunduğu gelişim fırsatları ve destekleyici uygulamaların karşılıklılık ilkesini güçlendirdiğini ve böylece algılanan örgütsel destek, bağlılık ve performans gibi olumlu sonuçları artırdığını göstermektedir (Cropanzano & Mitchell, 2005; Eisenberger et al., 1986). Örgütün yetenekli çalışanlara yaptığı yatırımlar sosyal değişim ilişkisini pekiştirirken (Blau, 1964; Collings & Mellahi, 2009), ayrıcalıklı uygulamaların dışlanan çalışanlarda adalet algısını zayıflatılabileceği belirtilmektedir (Thunnissen et al., 2013). Bu yönüyle yetenek yönetimi, Sosyal Değişim Teorisi bağlamında hem karşılıklılık temelli olumlu örgütsel çıktılar üreten hem de adalet boyutu titizlikle ele alınması gereken bir süreçtir.

- **Kaynak Temelli Görüş**

Kaynak Temelli Görüş, örgütlerin sürdürülebilir rekabet avantajını nadir, değerli, taklit edilmesi zor ve örgüt tarafından etkin biçimde organize edilen kaynaklara sahip olmasıyla açıkladığından (Barney, 1991), yetenek yönetimi bu yaklaşımın temel unsurlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Kaynak Temelli Görüş'e göre çalışanların bilgi, beceri ve yetkinlikleri stratejik birer insan sermayesi kaynağı olup, örgütün rekabet üstünlüğünü doğrudan belirler; bu nedenle yeteneklerin çekilmesi, geliştirilmesi ve elde tutulması stratejik bir zorunluluktur (Collings & Mellahi, 2009). Etkin yetenek yönetimi uygulamaları örgüte özgü bilgi birikimi, yüksek performans kültürü ve kurumsal öğrenme kapasitesi yaratarak rakipler tarafından kolayca kopyalanamayacak bir değer üretir. Bu çerçevede yetenek yönetimi, örgütün stratejik insan sermayesini güçlendiren ve rekabet avantajının sürekliliğini sağlayan kritik bir insan kaynakları yönetimi alanı olarak konumlanmaktadır (Barney, 1991; Collings & Mellahi, 2009).

- **Temel Yetenek Kuramı**

Temel Yetenek Kuramına göre, örgütlerin rekabet avantajı, yalnızca fiziksel varlıklar ya da finansal kaynaklardan değil; örgütün sahip olduğu benzersiz, zor taklit edilebilir ve stratejik değeri yüksek yetkinlikler yani “temel yetenekler” sayesinde oluşmaktadır (Pralhalad & Hamel, 1990; Kurniawati & Widodo, 2024). Bu bağlamda, yetenek yönetimi uygulamaları, örgütün stratejik öneme sahip işler için ihtiyaç duyduğu bu çekirdek yetenekleri tanımlamasını, geliştirmesini ve sürekliliğini sağlamasını içermektedir (Kurniawati & Widodo, 2024; Kırca & Çakar, 2023). Güncel literatür, özellikle temel yeteneklerin operasyonel performans ve stratejik performans üzerinde belirleyici olduğunu vurgularken (Kurniawati & Widodo, 2024), yetenek yönetiminin bu yetkinlikleri örgüte kazandırmadaki rolünü ön plana çıkarmaktadır (Kırca & Çakar, 2023). Bu çerçevede Temel Yetenek Kuramı, yetenek yönetimini yalnızca insan kaynağı yönetimi değil örgütün stratejik konumunu güçlendiren ve uzun dönemli başarıyı destekleyen kritik bir strateji olarak tanımlamaktadır.

- **McKinsey Araştırmaları**

McKinsey'ye göre, sağlık sektöründe yetenek yönetimi, yalnızca personeli işe almak ve idari süreçlerle yönetmek değil; çalışan deneyimi, yetenek gelişimi ve bağlılık stratejilerini süreçlerin merkezine koyan bütüncül bir disiplindir. Özellikle hemşirelik alanında, yetenekli hemşireleri cezbetmek, mesleki becerilerini geliştirmek ve elde tutmak hem bakım kalitesi hem de personel devamlılığı açısından kritik öneme sahiptir (Sönmez, 2022). Güncel McKinsey araştırmaları, hemşire yöneticilerinin ekip kültürünü şekillendirmede, çalışan memnuniyetini sağlamada ve hemşire devinimini azaltmada kritik rol oynadığını göstermekte; güçlü yönetsel destek ve liderliğin hem bakım kalitesini hem de hemşirelerin örgütsel bağlılığını artırdığı vurgulanmaktadır (McKinsey, 2025).

- **İnsan Kaynakları Mimarisi Yaklaşımı**

İnsan Kaynakları Mimarisi yaklaşımı, yetenek yönetimini, örgüt içindeki farklı çalışan gruplarının stratejik önemine ve rollerine göre yapılandırılmış sistematik bir çerçeve olarak ele almaktadır (Lepak & Snell, 2002). Bu yaklaşımda, kritik yetenekler örgütün stratejik hedeflerine doğrudan katkı sağlayan birinci sınıf kaynaklar olarak sınıflandırılmakta ve bu gruptaki çalışanlara yönelik işe alım, geliştirme ve elde tutma uygulamaları öncelikli olarak planlanmaktadır. Diğer çalışan grupları ise daha standartlaştırılmış ve maliyet-etkin uygulamalarla yönetilmektedir. Böylece İnsan Kaynakları Mimarisi yaklaşımı, yetenek yönetimini örgütsel strateji ile entegre eden, farklı yetenek gruplarının yönetimini optimize eden ve hem çalışan bağlılığını hem de örgütsel performansını artırmayı hedefleyen bütüncül bir model olarak konumlandırılmaktadır (Lepak & Snell, 2002; Collings & Mellahi, 2009).

- **Yetenek Fabrikası Modeli**

Yetenek Fabrikası Modeli, yetenek yönetimini, çalışanların sürekli olarak geliştirilmesi ve örgütün ihtiyaç duyduğu beceri setlerine uygun şekilde hazırlanması süreci olarak ele almaktadır (Ready et al., 2010). Bu model, örgütün insan kaynağını adeta bir üretim hattı gibi planlayarak, yüksek potansiyelli çalışanların işe alınması, yeteneklerinin sistematik olarak geliştirilmesi ve stratejik rollere yönlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Modelde, her aşama işe alım, eğitim, mentorluk, kariyer planlaması ve performans yönetimi birbiriyle entegre edilmekte ve örgütün stratejik hedeflerine uygun yetenek akışı sağlanmaktadır. Böylece Yetenek Fabrikası Modeli, yetenek yönetimini yalnızca bireysel gelişim değil, aynı zamanda örgütsel stratejiye hizmet eden sürekli ve sistematik bir süreç olarak konumlandırmaktadır (Ready et al., 2010; Collings & Mellahi, 2009).

- **Klasik Sistemler Yaklaşımı**

Klasik Sistemler Yaklaşımı, örgütleri hiyerarşik, rasyonel ve iş-bölümüne dayalı yapılar olarak görmektedir; bu yaklaşımda insan kaynaklarının işe alım, görev tanımı, performans değerlendirme ve denetim gibi süreçleri önceden tanımlanmış kurallar, standartlar ve prosedürler çerçevesinde yürütülmektedir (Koçel, 2005).

- **Bersin'in Yeni Yetenek Yönetimi Çerçevesi**

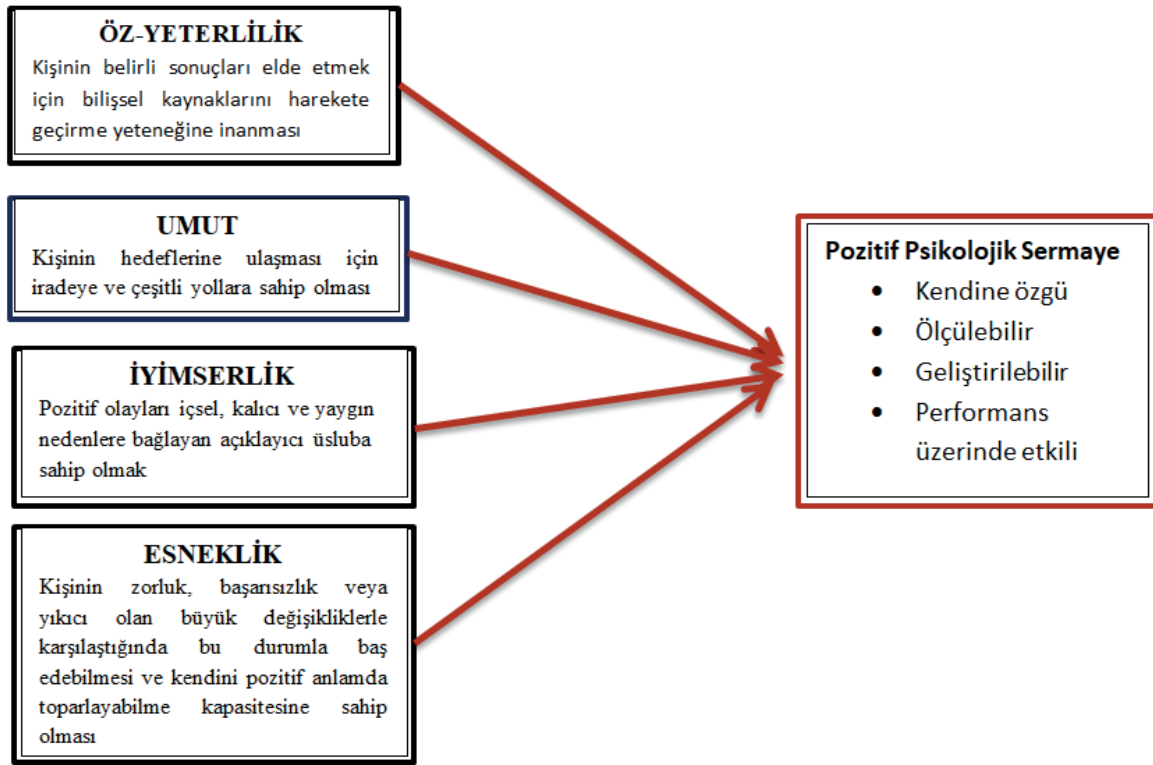
Bersin (2010), kilit çalışanları çekmek, geliştirmek ve elde tutmak amacıyla Yeni Yetenek Yönetimi Çerçevesini geliştirmekte olup, bu çerçeve yetenek stratejisi ve iş uyumu, iş gücü planlaması, yetkinlik yönetimi, liderlik gelişimi, yedekleme planlaması, kariyer yönetimi, performans yönetimi, yetenek edinimi, toplam ödüller ile öğrenme ve yetenek altyapısını kapsamaktadır.

Sağlık kurumlarında yetenek yönetimi, hemşirelerin klinik uzmanlık, liderlik, problem çözme ve yenilikçi becerilerini artırmayı hedeflemekte ve hemşirelikte yetenek; klinik bilgi, teknik beceri, iletişim, kritik düşünme, liderlik, etik karar verme ve hasta odaklılık gibi çok

boyutlu bir yapıya sahiptir (Ferri et al., 2020). Bu nedenle hemşirelikte yetenek yönetimi yalnızca yüksek performans gösteren hemşireleri belirlemeyi değil, aynı zamanda sürdürülebilir yetenek havuzları oluşturmayı da gerektirmekte ve giderek artan uluslararası krizler nedeniyle daha fazla araştırılması önem kazanmaktadır (Gül & Sönmez, 2022; Ryan et al., 2022; Zulfiqar et al., 2023). Haines (2013), hemşirelikte yetenek yönetimini çekme, geliştirme ve elde tutma süreci olarak tanımlamakta; Elkady et al. (2021) ise yetenek yönetimi uygulamaları olmadan en yetenekli hemşireleri çekme ve elde tutmanın sınırlı olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca yetenek yönetimi uygulamaları hemşirelerin klinik becerilerini artırmakta (Nojdedeh & Ardabili, 2015) ve hasta bakım kalitesini iyileştirmekte, bu durum da sağlık organizasyonlarının hasta güvenliği, hasta memnuniyeti ve ekonomik açıdan rekabet avantajı sağlamasına katkıda bulunmaktadır (Groves, 2011; Venketash, 2017; Douglas, 2013).

3. PSİKOLOJİK SERMAYE VE HEMŞİRELİK

Psikolojik sermaye, çalışanların performansını ve motivasyonunu olumlu yönde etkileyen öz yeterlik, umut, iyimserlik ve psikolojik dayanıklılık bileşenlerinden oluşan pozitif bir psikolojik kapasite olarak tanımlanmaktadır (Luthans et al., 2015). Çalışanların psikolojik kapasitelerinin geliştirilebileceği düşüncesine dayanan pozitif örgütsel davranış, örgütsel başarının sağlanması açısından, çalışanların iş yaşamlarının sağlıklı, mutlu ve huzurlu olmasının önemini vurgulamaktadır (Luthans et al., 2013; Akçay, 2011).



Şekil 1: Psikolojik sermayenin boyutları (Luthans ve Youssef, 2004).

3.1. Psikolojik Sermayenin Boyutları

• Özyeterlilik (Self-efficacy)

Özyeterlilik, bireyin belirli bir görevi veya zorluğu başarıyla tamamlayabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1997). Mahatma Gandhi'nin "Bir şeyi

yapabileceğime gerçekten inanırsam, başlangıçta onu yapabilecek güce sahip değilsem bile onu yapabilecek gücü kendimde bulabilirim” sözü, bu durumu açıklamaktadır (Bozkurt, 2020). Çalışanların mesleki zorluklarla başa çıkma, belirsizliklerle mücadele etme ve görevleri etkin biçimde yerine getirme kapasitelerini artırmakta; bu da hem iş performansı hem de psikolojik iyilik hâli üzerinde olumlu etki göstermektedir (Fida vd., 2022; Çiftci & Erkanlı, 2020). Özyeterlilik, yalnızca bireysel inanç değil; aynı zamanda örgütsel psikolojik sermayenin dinamik ve geliştirilebilir bir bileşeni olmaktadır (Savickaitė-Kazlauskė, 2021; Çiftci & Erkanlı, 2020).

- **Umut (Hope)**

Umut, kişinin hedeflerine ulaşmak için kararlı olması ve belirli bir plan doğrultusunda yollar geliştirmesi olarak tanımlanmaktadır (Özkan & Omay, 2019). Umut, amaç belirleme bu amaçlara ulaşmak için alternatif yollar bulma ve amaçları elde etmek için kendinde güç hissetme bileşenlerinden oluşan pozitif motivasyonel bir durumdur (Snyder & Lopez, 2002; Luthans & Youssef, 2004; Youssef & Luthans, 2007; Luthans & Jensen, 2002; Peterson & Byron, 2008; Oruç, 2015).

- **Esneklik / Dayanıklılık (Resilience)**

Psikolojik esneklik, tüm zorlu koşullara ve risklere rağmen istenilen hedefe ulaşabilme gücü olarak ele alınmaktadır (Avey et al., 2009). Başer (2020), psikolojik esnekliği, bireylerin ciddi travmatik olaylardan sonra hayatını yeniden dengeleyebilme ve ayakta kalabilme yeteneği olarak tanımlamaktadır (Kansakar, 2020). Yüksek düzeyde esnekliğe sahip bireyler, kaotik veya stresli durumlarda negatif baskılardan kurtulabilmekte ve soğukkanlı bir şekilde hızlı ve doğru karar verebilmektedir (Avey et al., 2009; Kansakar, 2020).

- **İyimserlik (Optimism)**

İyimserlik, kişinin şu anki yaşantısında ve gelecekte başarılı olacağına dair olumlu inanca sahip olması olarak tanımlanmaktadır (Hefferon & Boniwell, 2018). İyimser bireyler, karşılaşabilecekleri zorluklara rağmen hedeflerine ulaşacaklarına dair pozitif beklentiye sahip olmakta ve bu beklenti, hedeflerine ulaşma yolunda güç sağlamaktadır (Luthans et al., 2008c; Bozkurt, 2020).

Hemşirelik mesleği, yüksek iş yükü, duygusal emek, hasta kayıpları ve kritik kararlar nedeniyle stres düzeyinin yüksek olduğu bir meslek olarak bilinmektedir. Bu bağlamda psikolojik sermaye, hemşirelerin mesleki dayanıklılığını artıran bir güç olarak kabul edilmektedir. Psikolojik sermayenin güçlendirilmesi, hemşirelerin tükenmişlik ve stres düzeyini azaltmakta, iş memnuniyetini ve örgütsel bağlılığı artırmakta ve hasta güvenliği kültürünü olumlu etkilemektedir (Çamveren & Kutanis, 2021; Zhao et al., 2022). Psikolojik sermayenin geliştirilebilir olması, hemşire yöneticiler için stratejik bir avantaj sunmakta ve eğitimler, farkındalık çalışmaları, destekleyici liderlik ve ekip içi iletişim yoluyla psikolojik sermayenin artırılması mümkün olmaktadır. Bu bağlamda, psikolojik sermaye hem bireysel hem de örgütsel düzeyde hemşirelik hizmetlerinin verimliliğini ve kalite standartlarını yükselten kritik bir kaynak olarak değerlendirilmektedir.

4. KUŞAKLAR ARASI FARKLILIKLARIN YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK

Kuşak kavramı, farklı araştırmacılar tarafından çeşitli biçimlerde tanımlanmaktadır. Kuşak; “belli politik ve sosyal olayların içine doğan, kendine özgü değer ve inanç sistemleri ve kişilikler geliştiren bir topluluk” olarak ifade edilmektedir (Hansen & Leuty, 2012). Genel olarak bir kuşak, ebeveynlerin doğumu ile çocuklarının doğumu arasında geçen 20-25 yıllık bir dönemi kapsamaktadır (McCrindle, 2014). Farklı yıllarda doğan bireylerin yaşadıkları çevre,

sosyal ve ekonomik koşullar, deneyimler ve teknolojik gelişmeler, duygu, düşünce ve davranış biçimlerini şekillendirerek kuşaklar arasında farklılıklara yol açmaktadır. Bu farklılıklar, yaşamın tüm alanlarında olduğu gibi iş yaşamında da kendini göstermektedir (Tatarhan, 2016). Çalışma yaşamında X, Y ve Z kuşakları aynı örgüt yapısında görev almakta ve her kuşağın motivasyon kaynakları, iletişim biçimleri, teknoloji kullanım eğilimleri ve iş değerleri birbirinden farklılık göstermektedir (Hertel et al., 2021).

Hemşirelik Hizmetlerinde Kuşakların Özellikleri

- **X Kuşağı:** Sorumluluk sahibi, otoriteye saygılı ve sadakati yüksek bireylerden oluşmaktadır.
- **Y Kuşağı:** Esnek çalışma koşullarına önem vermekte, hızlı geri bildirim aramakta ve teknoloji ile uyumlu olmaktadır.
- **Z Kuşağı:** Dijital yerlidir, hızlı öğrenmekte, anlamlı iş arayışı yüksek ve çoklu görev yapabilme yeteneği gelişmiştir.

Bu farklılıklar, ekip içi iletişim ve iş birliğini doğrudan etkilemektedir. Hemşire yöneticilerin, kuşaklara özgü motivasyon stratejilerini ve iletişim biçimlerini bilmeleri büyük önem taşımaktadır. Sağlık kurumlarında, farklı özellik ve deneyimlere sahip çalışanların bir arada bulunması kaçınılmazdır. Özellikle hemşirelik mesleğinde, yakın gelecekte beş kuşağın birlikte çalışacağı öngörülmekte ve kuşak farklılıklarının daha da belirgin hale geleceği vurgulanmaktadır (Clipper, 2012; Sevinç & Kavgaoğlu, 2019). Araştırmalar, kuşak farklılıklarının özellikle iletişim tarzı, geri bildirim beklentisi ve işten ayrılma niyeti üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Kuşaklar arası uyumun artırılması, hemşirelik ekiplerinde çatışma riskini azaltmakta, iş birliğini güçlendirmekte ve örgütsel performansı yükseltmektedir. (Gaines et al., 2023).

Bu bağlamda, kuşak farklılıklarının stratejik olarak yönetilmesi, hemşirelik hizmetlerinde hem çalışan memnuniyetini hem de hasta bakım kalitesini artıran kritik bir unsur olarak değerlendirilmekte ve insan kaynakları yönetiminde güncel yaklaşımlarla entegre edilmektedir.

5. YAPAY ZEKÂ DESTEKLİ İNSAN KAYNAKLARI UYGULAMALARI VE HEMŞİRELİK

Yapay zekâ, insan düşünme ve karar verme süreçlerini taklit eden makine öğrenmesi ve algoritmalara dayalı teknolojiler olarak tanımlanmaktadır (Nilsson, 2021). İnsan kaynakları yönetimi süreçlerinde kullanımı giderek artmakta ve sağlık organizasyonlarında hem idari hem de klinik karar mekanizmalarını dönüştürmektedir. Günümüzde yapay zekâ teknolojilerinin sağlık sistemlerine entegrasyonu, yalnızca hasta bakım süreçlerini değil; hemşirelik iş gücü planlamasını, performans değerlendirmesini ve eğitim süreçlerini de kapsamaktadır. Özellikle vardiya planlama, personel tahsisi ve hasta yükü analizleri gibi rutin yönetim görevleri yapay zekâ ile otomatikleştirilmekte, böylece yönetsel verimlilik ve iş gücü dağılımının doğruluğu artırılmaktadır (Zhang, Tang & Lau, 2025).

Yapay zekâ tabanlı sistemler, hemşireler açısından daha adil, şeffaf ve esnek iş programları algısı oluşturmakta; iş–yaşam dengesi ve mesleki tatmin üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Gerlach et al., 2025). Ayrıca, Yapay zekâ'nın klinik süreçlere entegrasyonu, yalnızca idari yükü azaltmakla kalmayıp; hasta güvenliği, bakım kalitesi, klinik karar desteği ve hizmet sürekliliği gibi alanlarda da hem hemşirelerin hem de sağlık kurumlarının yararına olmaktadır (Al Khatib & Ndiaye, 2025; Gökalp & Üzer, 2024). Başka açıdan bu dönüşüm süreci etik kaygıları, insani bakımın hümanist yönünün korunmasını, veri güvenliğini ve hemşire–hasta ilişkisinin niteliğini dikkatle ele almayı zorunlu kılmaktadır (Taher Almagharbeh et al.,

2025; Kandemir, Azizoğlu & Terzi, 2023). Yapay zekâ ayrıca hemşirelik hizmetlerinde iş gücü planlaması ve performans değerlendirmesi süreçlerini veri temelli bir yaklaşımla optimize etmektedir. Bunun yanında sanal simülasyonlar ve yapay zekâ destekli eğitim yazılımları, hemşirelerin bilgi ve beceri gelişimini desteklemektedir (Shang et al., 2023; Lopez et al., 2022). Bu bağlamda, yapay zekâ entegrasyonu yalnızca süreçleri hızlandırmakla kalmayıp, hemşirelerin mesleki tatminini artırmakta, insan kaynakları yönetiminde stratejik kararların doğruluğunu yükseltmekte ve sağlık organizasyonlarında sürdürülebilir bir iş gücü yapısı oluşturulmasını sağlamaktadır.

6. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNDE DUYGUSAL ZEKÂ VE HEMŞİRELİK

Duygusal zekâ, bireyin kendi duygularını tanıma, düzenleme ve başkalarının duygularını algılama, anlama ve etkili yönetme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Goleman, 1998; Mayer et al., 2016). Bu kavram, yalnızca bireysel farkındalığı değil, aynı zamanda sosyal etkileşimlerde etkin iletişim kurma, empati gösterme ve duygusal tepkileri yönetme yeteneğini de kapsamaktadır (Salovey & Mayer, 1990). İş dünyasında ve özellikle sağlık sektöründe duygusal zekâ, çalışanların stresle başa çıkma, ekip içi ilişkileri yönetme, karar alma süreçlerinde etkinlik ve örgütsel bağlılık düzeylerini doğrudan etkilemektedir (Codier et al., 2019; Abdullah & Ismail, 2021). Bu bağlamda, duygusal zekâ hem bireysel performansın artırılmasında hem de kurumsal sürdürülebilirliğin sağlanmasında kritik bir psikolojik kapasite olarak kabul edilmektedir.

Sağlık organizasyon yapılarında, özellikle hemşirelik hizmetlerinde duygusal zekâ, çalışanların stres yönetimi, iletişim becerileri, empati yeteneği ve örgütsel bağlılık düzeyleri üzerinde belirleyici bir faktör olarak önem kazanmaktadır. Hemşireler, yoğun ve yüksek stresli bir ortamda çalışmakta ve sürekli olarak hasta ile hasta yakınlarıyla etkileşim hâlinde bulunmaktadır. Bu nedenle yüksek düzeyde duygusal zekâya sahip hemşireler, stres ve tükenmişlik yönetiminde daha başarılı olmakta, hasta memnuniyetini ve güvenini artırmakta, ekip içi iş birliği ve iletişimi güçlendirmekte ve mesleki doyum ile örgütsel bağlılıklarını yükseltmektedir (Codier et al., 2019; Abdullah & Ismail, 2021; McQueen, 2004; Kim & Han, 2020). Literatür, duygusal zekâ becerilerinin hemşirelerin karar verme süreçlerini iyileştirdiğini, hasta güvenliği olaylarını azalttığını ve çatışma yönetiminde daha etkin davranmalarını sağladığını ortaya koymaktadır (Codier et al., 2019; McQueen, 2004). Bu becerilerin eğitim ve mentorluk programları aracılığıyla geliştirilebileceği ve söz konusu gelişimin hem bireysel hem de örgütsel düzeyde olumlu sonuçlar doğurduğu vurgulanmaktadır (Abdullah & Ismail, 2021; Kim & Han, 2020). Güncel insan kaynakları yönetimi perspektifinde duygusal zekâ, hemşirelik hizmetlerinde stratejik bir insan kaynağı aracı olarak ele alınmakta ve işe alım, eğitim, liderlik ile performans değerlendirme süreçlerinde çalışanların duygusal zekâ yeterliliklerinin dikkate alınması, hemşirelerin iş doyumunu, örgütsel bağlılık ve hasta bakım kalitesi üzerinde doğrudan pozitif etkiler yaratmaktadır. Bu bağlamda duygusal zekâ, modern insan kaynakları yönetimi uygulamalarında klasik süreçleri tamamlayan ve sürdürülebilir rekabet avantajı sağlayan kritik bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

7. SONUÇ

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde güncel insan kaynakları yönetimi yaklaşımları, klasik işe alım ve performans değerlendirme anlayışının ötesine geçerek yetenek yönetimi, psikolojik sermaye, duygusal zekâ, kuşaklar arası farklılıkların etkin yönetimi ve yapay zekâ destekli uygulamalar gibi çok boyutlu unsurları kapsamaktadır. Yetenek yönetimi, nitelikli hemşirelerin kuruma çekilmesi ve uzun süreli elde tutulmasını sağlayan stratejik bir araç olurken; psikolojik sermaye çalışanların stres ve tükenmişlikle başa çıkma kapasitesini güçlendirerek mesleki dayanıklılığı ve performansı artırmaktadır. Bu çerçevede duygusal zekâ hem yöneticilerin hem de klinik hemşirelerin empati, öz farkındalık, duygu düzenleme ve etkili iletişim becerilerini geliştirerek ekip içi etkileşimin niteliğini yükseltmekte, çatışma yönetimi ve hasta bakım süreçlerinde daha uyumlu ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturmaktadır. Kuşaklar arası farklılıkların anlaşılması, ekip içi iletişim ve iş birliğini güçlendirirken potansiyel çatışma alanlarını azaltmakta; yapay zekâ destekli uygulamalar ise işgücü planlaması, eğitim, performans yönetimi ve karar verme süreçlerinde doğruluk ve verimlilik sağlamaktadır. Bu boyutların bütüncül biçimde ele alınması, hemşirelik hizmetlerinde modern, etkin ve sürdürülebilir bir insan kaynakları yönetimi yaklaşımının geliştirilmesine, aynı zamanda örgütsel bağlılık, çalışan motivasyonu, bakım kalitesi ve hasta güvenliğinin güçlendirilmesine katkı sunmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abdullah, M., & Ismail, S. (2021). Emotional intelligence and patient care quality among nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 505–517. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., ... Sermeus, W. (2021). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional analysis. *The Lancet*, 397(10288), 300–309. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32625-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32625-5)
- Al Khatib, I., & Ndiaye, M. (2025). Examining the role of AI in changing the role of nurses in patient care: Systematic review. *JMIR Nursing*, 8, e63335. <https://doi.org/10.2196/63335> (nursing.jmir.org)
- Akarsu, S. F., & Öztürk, Z. (2023). The Effect of Talent Management on Nurses' Perceptions of Work Motivation and Organizational Trust. *International Journal of Health Management and Tourism*, 8(1), 91–106. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.1259552>
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>
- Buchan, J., Wismar, M., Glinos, I. A., & Bremner, J. (2022). *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351565>
- C. K. Prahalad & Gary Hamel. (1990). *The Core Competence of the Corporation*. Harvard Business Review.
- Chen, Y., Xu, X., & Zhang, L. (2023). Strategic human resource management in hospitals: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00855-0>
- Codier, E., Kamikawa, C., & Kooker, B. M. (2019). The influence of emotional intelligence on nursing performance and job satisfaction. *Nursing Forum*, 54(1), 43–50. <https://doi.org/10.1111/nuf.12305>
- Collings, D. G., & Mellahi, K. (2009). Strategic talent management: A review and research agenda. *Human Resource Management Review*, 19(4), 304–313. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2009.04.001>
- Collings, D. G., & Mellahi, K. (2022). Talent management: A review and research agenda. *Human Resource Management Review*, 32(3), 100857. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2022.100857>
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31(6), 874–900.
- Çiftci, D. Ö., & Erkanlı, H. (2020). Mediating role of psychological capital on the relationship between authentic leadership and work engagement. *Business and Economics Research Journal*, 11(2).
- Dries, N. (2013). The psychology of talent management: A review and research agenda. *Human Resource Management Review*, 23(4), 272–285
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>

- Ferri, P., Stifani, S., Reggiani, F., & Di Lorenzo, R. (2020). Nursing talent management: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 945–955. <https://doi.org/10.1111/jonm.13033>
- Fida, R., Paciello, M., Watson, D., & Nayani, R. (2022). *The protective role of work self-efficacy on wellbeing during COVID-19 pandemic: Results from a longitudinal year-long study. Personality and Individual Differences*, 197, 111760. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111760>
- Gaines, J., Kalleberg, A., & Marsden, P. (2023). Generational differences in workplace values and expectations. *Work and Occupations*, 50(2), 211–234. <https://doi.org/10.1177/07308884221132498>
- Galaş, C., & Kaygısız, E. G. (2022). Yetenek Yönetiminde Yetenekli Çalışanların Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *GUIIBD Dergisi*, 8(1), 113–131. <https://doi.org/10.46849/guiibd.1112712>
- Gerlach, vd. (2025). Exploring nurse perspectives on AI-based shift scheduling for fairness, transparency, and work-life balance. *BMC Nursing*, 24, 1161. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03808-0>
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Bantam Books.
- Gökalp, M. G., & Üzer, M. A. (2024). *Yapay zeka çağında hemşirelik bakımı*. SBÜ Hemşirelik Dergisi, 6(1), 89–94. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1349981>
- Gül, D., & Sönmez, B. (2022). A New Perspective on Nurse Workforce Management: Talent Management. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 89–94. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1102086>
- Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., ... Drennan, V. (2021). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review. *BMC Nursing*, 20(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00553-6>
- Hertel, G., Stone, D. L., Johnson, R. E., & Passmore, J. (2021). Understanding generational differences. *Journal of Organizational Behavior*, 42(2), 190–205. <https://doi.org/10.1002/job.2498>
- Irshad, M., Arshad, M., & Khan, M. M. (2022). Talent management and nurses' performance. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2564–2574. <https://doi.org/10.1111/jan.15235>
- Kandemir, F., Azizoglu, F., & Terzi, B. (2023). Hemşirelikte yapay zekâ ve robot teknolojilerinin kullanımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 27(2), 118–127. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/79574/1322778>
- Koçel, T. (2005). *İşletme yönetimi: Yönetim ve organizasyon* (17. baskı). Beta Yayıncılık.
- Kırca, E., & Çakar, U. (2023). Bilgi temelli yetenek yönetimi yaklaşımının örgütsel yenilik üzerine etkisi. *Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 7(12), 196–219. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8113515>
- Kim, M., & Han, J. (2020). Emotional intelligence and organizational commitment among clinical nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7890. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217890>

- Kurniawati, H. D., & Widodo, W. (2024). The Role of Core Competencies in Improving Strategic Performance: An Exploration of Theoretical Concepts. *Journal of Management World*, 2024(5), 1–6. <https://doi.org/10.53935/jomw.v2024i4.603>
- Lepak, D. P., & Snell, S. A. (2002). *Examining the human resource architecture: The relationships among human capital, employment, and human resource configurations*. *Journal of Management*, 28(4), 517–543. <https://doi.org/10.1177/014920630202800403>
- Lopez, A., Waters, R., & Toyabe, S. (2022). AI-based nurse scheduling systems: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 165, 104834. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104834>
- Luthans, F., Youssef-Morgan, C. M., & Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199316472.001.0001>
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2016). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 67, 513–537. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033634>
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x>
- McKinsey & Company. (2025). *Nurse managers: The backbone of a strong nursing workforce*.
- Nilsson, N. (2021). *Artificial intelligence: A new synthesis*. Morgan Kaufmann. <https://doi.org/10.1016/C2020-0-01756-4>
- Nojede, S. H., & Ardabili, F. S. (2015). An Overview on Talent Management in Nursing. *Management Issues in Healthcare System*, 1(1), 4–17. <https://doi.org/10.33844/mihs.2015.60408>
- Ready, D. A., Hill, L. A., & Conger, J. A. (2010). *Winning the race for talent in emerging markets: Why companies need a talent factory*. Harvard Business Review
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Savickaitė-Kazlauskė, E. (2021). Psychological Capital (PsyCap) Resources and its Relations with Creative Self-Efficacy in Entrepreneurship Students. *Management of Organizations: Systematic Research*, 84(1), 61–79. <https://doi.org/10.1515/mosr-2020-0013>
- Shang, J., Wei, R., & Li, X. (2023). Artificial intelligence for nurse workload prediction. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(1), 112–121. <https://doi.org/10.1111/jnu.12855>
- Thunnissen, M., Boselie, P., & Fruytier, B. (2013). A review of talent management: “Infancy or adolescence?”. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(9), 1744–1761.
- Zhao, H., Ma, J., & Liu, Q. (2022). Psychological capital and patient safety behaviors among nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 31(7–8), 1008–1018. <https://doi.org/10.1111/jocn.15912>
- Taher Almagharbeh, W., AbdulKareem Alfanash, H., Alnawafleh, K., Alasmari, A. A., Abdelkarim Alsaraireh, F., Dreidi, M. M., & Nashwan, A. J. (2025). Application of artificial intelligence in nursing practice: A qualitative study of Jordanian nurses’ perspectives. *BMC Nursing*, 24(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02658-6>

Zhang, S., Tang, P. M., & Lau, H. C. (2025). A nurse staffing and scheduling problem with bounded flexibility and demand uncertainty. *Medical Science Nursing*.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2505.22124>

BÖLÜM 8

GESTASYONEL DİYABETESMELLİTUS TANISI ALMIŞ GEBELERDE ÖZYETERLİLİĞİN VE YAŞAM KALİTESİNİN ARTTIRILMASINDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ÖNEMİ¹

Fatma YILMAZ FINDIK², Meltem AKBAŞ³

¹ Bu çalışma birinci yazarın doktora tezinden üretilmiştir.

² Dr., Milli Eğitim Bakanlığı, Kahramanmaraş, ORCID: 0000-0001-5954-5142

³ Dr. Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-5845-0552

Giriş

Gestasyonel diyabetesmellitus (GDM), gebelik sırasında ilk kez ortaya çıkan ya da fark edilen glikoz intoleransı ile karakterize önemli bir metabolik bozukluktur. Hem anne hem de fetüsün sağlığını olumsuz etkileyebilen GDM, maternal morbidite ve mortaliteyi artırmakta ve doğum sonrası dönemde tip 2 diyabetesmellitus gelişimi için ciddi bir risk faktörü oluşturmaktadır (ACOG, 2018; IDF, 2025). GDM'nin görülme sıklığı dünya genelinde artış göstermekte olup bu durum yaşam tarzı değişiklikleri, obezite oranlarındaki artış ve ileri yaş gebeliklerle yakından ilişkilidir (TEMD, 2024; Kim et al., 2021). GDM'nin erken dönemde tanınması ve etkin yönetimi hem anne hem de bebeğin kısa ve uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirmede büyük önem taşır (GDM yönetiminde beslenme düzenlemesi, fiziksel aktivite ve gerekirse medikal tedavi temel unsurlar arasında yer almaktadır (TEMD, 2024, IDF, 2025). Bununla birlikte, son yıllarda gebelerin öz-yeterliliklerini ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik psikososyal yaklaşımların da tedavi sürecine dâhil edilmesi önerilmektedir (Küçük et al. 2023; Kazamiet al. 2024). Bu bağlamda motivasyonel görüşme tekniği, gebelerde davranış değişikliğini destekleyen, bireyin içsel motivasyonunu güçlendiren ve GDM yönetiminde etkinliği kanıtlanmış bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Gestasyonel Diyabetes Mellitus

GDM, gebelik sırasında ortaya çıkan ya da ilk kez gebelikte tanısı konan, çeşitli düzeylerdeki glukoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır (IDF, 2025; Çetin & Demir, 2015; ACOG, 2018). GDM, günümüzde gebelikte en sık karşılaşılan metabolik komplikasyon olup hem maternal hem de fetal morbidite ve mortaliteyi artırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (TEMD, 2024; YE et al., 2022). Gebeliğin ikinci trimesterinde insülin direncinin artmasına bağlı olarak, 24–28. Gebelik haftaları arasında ortaya çıkar ve genellikle doğumdan sonra ortadan kalkar (ACOG, 2018; Sweeting et al., 2022).

Gestasyonel Diyabetes Mellitusun Fizyopatolojisi

Gebelik ve diyabet, bir arada bulunduğu birbiri olumsuz yönde etkileyen iki durumdur (TEMD, 2024). Konsepsiyon sonrası maternal metabolizmanın hızlanması, fetoplental ihtiyaçların artması ve gerekli besin depolarının oluşturulması, gebeliğin erklen dönemlerinde önemli endokrin ve metabolik değişikliklere yol açar. GDM'li gebelerde, plasentadan salgılanan diyabetojenik hormonlar büyüme hormonu (GH), kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), human plasental laktogen (HPL) ve progesteron insülin direncine insülin duyarlılığı üzerinde bozulmalara neden olur (Plowset al., 2018; Al-Noaemi & Shalayel, 2011).

İlk trimesterinde, fetüs, plasenta, uterus ve memelerin gelişimini desteklemek, glukoz dengesini sağlamak ve artan enerji ihtiyacını karşılamak amacıyla metabolik aktivitelerde belirgin bir artış gözlenir. Bu dönemde fizyolojik gereksinimlerin artması paralel olarak, maternal insülin duyarlılığı da artar. Dolayısıyla, gebeliğin ilerleyen haftalarına hazırlık amacıyla glukoz başta olmak üzere enerji kaynakları yağ dokusunda depolanır. Bu süreçte, artan insülin duyarlılığına bağlı olarak hipoglisemik tablolar görülebilir (Al-Noaemi & Shalayel, 2011).

İkinci trimesterinde, özellikle gebeliğin 20–30. haftaları arasında HPL hormonunun düzeyinde belirgin bir artış görülür. Bu artış, maternal dokularda insülin duyarsızlığınayol açar. Sonuç olarak, maternal kanda artan glukoz ve aminoasitler plasenta aracılığıyla fetüse geçer. Büyüyen fetüsün artan enerji ihtiyacı ve maternal insülin dengesi bozulur; pankreas bu ihtiyacı karşılayamaz hale gelir ve kan glukoz düzeyi yükselir. Bu süreç, GDM'nin gelişimine zemin hazırlar. HPL düzeyindeki artış aynı zamanda lipolizi artırarak plazma serbest yağ asitleri ve gliserol seviyelerinde de yükselmeye neden olur. Bu durum, gebeliğin üçüncü trimesterinde en yüksek düzeye ulaşır (Thomas, 2004).

Bunun temelnedeni; insülin direncinden sorumlu olan plasentalhormonlar olan HPL, GH, CRH ve progesterondüzeylerinin artarak maternal dolaşıma geçmesidir. Bu hormonlardaki artış, insülin etkisini baskılayarak insülin direncinibelirgin şekilde artırır. Gebelikte artan insülin direncine karşı pankreas β hücreleri uyumgeliştirerek insülin salgısını artırır ve böylece kan şekeri düzeyleri dengede tutulur. Ancakson trimesterde insülin direncinin belirgin şekilde artması, yemek sonrası glikozdüzeylerinin yüksek seyretmesine neden olur (Plowset al., 2018; Law& Zhang, 2017; Berberoğlu, 2019).

Gestasyonel DiyabetesMellitusunPrevelansı

GDM, tüm dünyada ve ülkemizde gebelikte en sık karşılaşılan metabolikbozukluk olup, görülme sıklığı giderek artmaktadır (Yılmaz Fındık & Akbaş, 2025; Hodet al., 2018; KDA, 2022; Kim et al., 2021; Wang et al., 2022). Bu artış, ileri yaşta gebelik,obezite ve sedanter yaşam tarzı gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (TEMD, 2024; Karaçam & Çelik, 2021). Bununlabirlikte, GDM tanısında kullanılan tarama yöntemleri ve tanı kriterlerine ilişkinuluslararası düzeyde bir fikir birliğinin bulunmaması, hastalığın küresel prevalansınıdoğru şekilde tahmin edilmesini ve ülkeler arası karşılaştırmaların yapılmasınızorlaştırmaktadır (McIntyre, 2022).

GDM prevalansı, toplumların risk düzeyine göre belirgin farklılıklargöstermektedir. Düşük riskli topluluklarda bu oran oldukça düşük seyrederken, yüksekrisk grubundaki etnik kökenlerde daha yüksek oranlar bildirilmektedir. Örneğin, İsveçgibi düşük riskli ülkelerde GDM sıklığı %2'nin altında kalırken, Kuzey Amerika'daki bazıAsya kökenli topluluklar, Hispanikler ve Yerli Amerikalılarda bu oran %4,9 ile %12,8arasında değişmektedir. Orta Doğu ülkelerinde ise daha yüksek prevalans oranlarıbildirilmiş olup, Birleşik Arap Emirlikleri, Katar ve Suudi Arabistan gibi ülkelerde %12,5ile %20,6 arasında değişen oranlar saptanmıştır. Kanada (%17,8) ve Fransa (%12,1) gibibazı gelişmiş ülkelerde GDM oranları görece yüksekken; Avustralya (%9,5) ve ABD(%4,8) gibi ülkelerde daha düşük seviyelerdedir (IDF, 2021).

Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) 2021 Diyabet Atlası verilerine göre,doğum yapan 20–49 yaş arası 126,4 milyon kadının yaklaşık %16,7'sinde GDMsaptanmıştır. Bu kadınların %80,3'ünün GDM, %9,1'inin gebelikte ilk kez tanı alan diğerDM türleri, %10,6'sının ise gebelik öncesi DM olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulardoğrultusunda, dünya genelinde doğum yapan her altı kadından birinin GDM'li olduğufade edilmektedir (IDF, 2021).

Ulusal GDM sıklığını ve risk faktörlerini belirlemek üzere yapılmış çalışmada,GDM'nin ülke genelindeki prevalansı %16,2 olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamında farklı coğrafi bölgeler arasında GDM sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır(Aydın et al., 2018). Bunun yanı sıra, Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılına ait Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndaTürkiye'de genel diyabet prevalansı %12,1 olarak bildirilmiştir (SB, 2018). IDF 2021 verilerine göre ise bu oran %14,5'e yükselmiştir (52). Ülkemizde yapılan bir sistematik derleme vemetata-analiz çalışma sonucuna göre, kombine GDM prevalansının %1.9–27.9 arasındadeğiştiği, ortalama %7.7 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada GDM prevalansının en yüksekKaradeniz Bölgesi'nde (%17.6), en düşük ise İç Anadolu Bölgesi'nde(%5.1) olduğubelirtilmiştir (Karaçam & Çelik, 2021).

Gestasyonel DiyabetesMellitusun Risk Faktörleri

GDM için risk faktörleri, düşük, orta ve yüksek riskli gruplar şeklinde sınıflandırılmaktadır (Hodet al., 2018; KDA, 2022; Kim et al., 2021; Wang et al., 2022; McIntyre, 2022Mirghani & Doupis, 2017; IDF, 2021; Aydın et al., 2018; SB, 2018; Kattiniet al., 2020).

Düşük risk grubunda; 25 yaş altı, gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKİ) 25'in altında olan, gebelikte normal sınırlarda kilo artışı olan, gebelikte kilo alımı normalsınırlarda seyreden, birinci derece akrabalarında DM öyküsü bulunmayan, GDM prevalansı düşük olan bir etnik gruba mensup, daha önce kötü obstetrik sonuç ya damakrozomik bebek öyküsü bulunmayan, anormal glikoz testi saptanmayan ve açlık kan şekeri (AKŞ) düzeyi 95 mg/dl altında olan gebeler yer almaktadır (Kattiniet al., 2020; ADA, 2014; Gajeraet al., 2023; Shamsadet al., 2023). Bu grupta yer alan kadınlarda 24-28. gebelik haftaları arasında tanı testleri yapılmalıdır (TEMD, 2024).

Yüksek risk grubunda; 40 yaş üstü, BKİ 30 kg/m²'nin üzerinde olanlar, gebelikte normalin üstü kilo artışı olanlar, birinci derece akrabalarında DM öyküsü bulunanlar, önceki gebeliklerinde GDM öyküsü olanlar, polikistik over sendromu öyküsü olanlar, daha önce olumsuz gebelik sonuçları (makrozomi, konjenital anomalili bebek, tekrarlayan düşükler) olanlar, yüksek risk etnik grupta olanlar, HbA1c $\geq 5,7$, bozulmuş glikoz toleransı veya bozulmuş açlık glikozu olanlar, insülin direnci olanlar, hipertansiyonu ve kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlar, düşük HDL kolesterolü (≤ 35 mg/dL) ve yüksek trigliseridi (≥ 250 mg/dL) olanlar, fiziksel olarak inaktif olanlar yer almaktadır. Bu gruptaki gebelere tanı testleri beklenmeden gebeliğin erken döneminde yapılmalı ve 24-28. gebelik haftaları arasında testler mutlaka tekrarlanmalıdır (ID, 2025; ,TEMD, 2024; Hodet al., 2018; ,Kattiniet al., 2020; ADA, 2014).

Düşük ve yüksek riskli gruplar dışında kalan gebeler ise GDM açısından orta risk grubunu oluşturmaktadır. Bu risk grubundaki gebelere, gebeliğin 24-28. Haftaları arasında GDM tarama testlerinin uygulanması önerilmektedir (SB, 2018).

Gestasyonel Diyabetes Mellitusun Tanılanması

Dünya genelinde, gebeliğin erken döneminde DM saptanmayan gebelerde; maternal ve fetal komplikasyonları önlemek, tip 2 DM ve insülin direnci açısından riskli kadınları izleyebilmek amacıyla, risk faktörü olsun ya da olmasın tüm gebelere 24-28. haftalar arasında GDM taraması yapılması önerilmektedir (IDF, 2025; TEMD, 2024). Günümüzde, GDM tanısında oral glukoz tolerans testi (OGTT) kullanılmakta ve bu test dışında etkinliği kanıtlanmış başka bir tanı yöntemi bulunmamaktadır (TEMD, 2024).

Tarama konusunda halen uluslararası düzeyde bir görüş birliği bulunmamakla birlikte, en yaygın kabul gören iki yaklaşım mevcuttur. İlk yaklaşıma göre, gebeler düşük, orta ve yüksek risk gruplarına ayrılmakta; düşük risk grubundakiler tarama uygulanmamakta, yüksek risk grubundakiler ilk trimesterde taranmakta, orta risk grubundakiler ile ilk trimesterde tanı konulamayan yüksek risk grubundaki gebeler ise 24-28. gebelik haftalarında taranmaktadır. İkinci yaklaşımda ise, yüksek risk faktörleri taşıyan gebelere ilk trimesterde tarama önerilirken, tüm gebelere 24-28. haftalar arasında

OGTT yapılması önerilmektedir (ADA, 2018). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD), tüm gebelerde ilk prenatal muayenede risk değerlendirmesi yapılmasını ve açlık plazma glukozunun (APG) ölçülmesini önermektedir. İlk trimesterde APG değeri normal olsa dahi, yüksek risk grubundaki gebelere DM taraması yapılmasını ve sonuçların gebe olmayan bireyler için belirlenmiş kriterlere göre değerlendirilmesini; DM saptanmaması durumunda ise ilerleyen trimesterlerde GDM açısından yeniden tarama yapılmasını önermektedir (TEMD, 2024).

GDM tanı sürecinde iki farklı yaklaşım vardır. Bunlar:

İki basamaklı yaklaşım

50 g Glukoz Yükleme Testi: Günün herhangi bir saatinde açlık gerektirmeksizin uygulanan bu testte, 50 g glukoz içeren sıvı alımından bir saat sonra ölçülen plazma glukoz (PG) düzeyi ≥ 140 mg/dl ise, GDM açısından şüphe oluşur ve tanıyı

kesinleştirmek amacıyla 100 g OGTT yapılması önerilir. Genellikle, 50 g glukoz yüklemesinden sonrabirinci saat PG düzeyinin >180 mg/dl olması durumunda ise OGTT yapılması önerilmez;bu vakaların doğrudan GDM olarak izlenmesi ve gerekirse tedavi edilmesi önerilir (TEMD, 2022; TEMD, 2024)

100 g Glukoz Yükleme Testi: 50 g glukoz yükleme testi sonucu pozitif çıkangebelerde tanıyı kesinleştirmek amacıyla 100 g glukoz ile OGTT uygulanır. Bu test, enaz 8–14 saatlik bir açlığı takiben yapılmalıdır. Test sırasında belirlenen eşik değerler şu şekildedir: APG 95 mg/dl, birinci saat PG 180 mg/dl, ikinci saat PG 155 mg/dl ve üçüncüsaat PG 140 mg/dl. GDM tanısı konabilmesi için bu değerlerden en az ikisinin eşikdeğerin üzerinde olması gerekmektedir (TEMD, 2022; TEMD, 2024).

Tek Basamaklı Yaklaşım

75 g Glukoz Yükleme Testi: Bu yöntemde, sabah aç karnına alınan bazal kanörneğinin ardından 75 g glukoz içirilir ve 1. ile 2. saatlerde kan şekeri düzeyleri ölçülür.Tanı için, ölçülen üç değerden herhangi birinin belirlenen eşik değerlerin üzerinde olmasıyeterlidir. Eşik değerler şu şekildedir: APG: ≥ 92 mg/dl 1.saat PG: ≥ 180 mg/dl, 2.saat PG: ≥ 153 mg/dl. Bu kriterlerden en az birinin sağlanması durumunda GDM tanısıkonulmaktadır (TEMD, 2022).

Doğum Sonu Tarama: GDM öyküsü olan kadınlarda ilerleyenyaşamlarında tip 2 DM gelişme riski yüksektir (IADPSG, 2010). Bu nedenle GDM tanısı almışkadınlara, doğumdan sonraki 4–12. haftalar arasında standart 75 g glukoz ile uygulanan2 saatlik OGTT yapılmalı ve elde edilen sonuçlar güncel tanı kriterlerine göredeğerlendirilmelidir. Ayrıca GDM öyküsü bulunan kadınlara, yaşam boyu her 3 yılda birDM taraması yapılması önerilmektedir (TEMD, 2024).

Gestasyonel DiyabetesMellitus Komplikasyonları

GDM'ninmaternal, fetal, yenidoğan ve çocukluk çağına olan kısa ve uzun vadelikomplikasyonları vardır. Bu komplikasyonlar Tablo 1'de gösterilmiştir (TEMD, 2024,Kechagiaset al., 2024; Karasnehet al., 2021; ADA, 2020; Gaoet al., 2022).

Tablo 1.GDM'ninMaternal, Fetal, Yenidoğan ve Çocukluk Çağına Olan Kısa ve Uzun Vadeli Komplikasyonları(TEMĐ, 2024,Kechagiaset al., 2024; Karasnehet al., 2021; ADA, 2020; Gaoet al., 2022).

Komplikasyonlar	Meternal	Fetal / Neonatal / Çocukluk Çağı
Kısa vadeli komplikasyonlar	Hipoglisemi Hiperglisemi Preeklampsi Gestasyonel hipertansiyonu Polihidramnios İdrar yolu/vajinal enfeksiyonlar Artmış sezaryen riski Travmatik doğum Perineal yırtıklar Doğum sonrası kanama Emzirmeyi başlatma ve/veya sürdürmede	Hipoglisemi Hiperglisemi Ölü doğum Abortus Yenidoğan ölümü Prematürite Konjenital anomali Makrozomi Fetal hipoksi Kardiyomiyopati Doğum travması Omuz distosisi Hiperbilirubinemi Respiratuar distres sendromu
Uzun vadeli komplikasyonlar	GDM nin tekrarlaması Tip 2 diabetesmellitus Hipertansiyon Metabolik hastalıklar Kardiyovasküler hastalıklar Serebrovasküler hastalıklar Nefropati Retinopati Nöropati	Obezite İnsülin direnci DiyabetesMellitus Hipertansiyon Kardiyovasküler hastalık Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu Otizm spektrum bozukluğu

GDM öyküsü olan kadınlar, GDM öyküsü olmayan kadınlara kıyasla yaşamboyu kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin yaklaşık beş kat daha yüksek olduğubildirilmektedir. Gestasyonel hipertansiyon, genel gebelik popülasyonunda %5 oranındagörülürken, GDM tanısı almış gebelerde bu oran %10 ila %25'e kadar yükselmekte vematernal mortalite riskini yaklaşık 20 kat artırmaktadır. Ayrıca, GDM öyküsü olankadınlarda ateroskleroz ve miyokard enfarktüsü gelişme riski de yaklaşık üç kat dahafazladır (Dursun et al., 2020).

Kan glukozu normal seyreden gebelerle karşılaştırıldığında, GDM'li gebelerdemakrozomi görülme sıklığı 3 kat fazladır. GDM tanısı alan gebelerden doğan bebeklerinyaklaşık %25'inde perinatal mortalite, hipokalsemi, respiratuvardistres sendromu, fetalasfiksi, polisitemi, intrauterin gelişme geriliği (IUGG) ve hiperbilirubinemi gibikomplikasyonlar gelişebilmektedir (TEMĐ, 2022).

Gestasyonel Diyabetes Mellitusun Yönetimi

GDM yönetiminin temel amacı, kan glukoz düzeylerini normal sınırlar içerisinde tutarak olası komplikasyonları önlemektir. Bu amaçla; kendi kendine kan şekeri takibi, tıbbi beslenme tedavisi, düzenli fiziksel aktivite ve gerekli durumlarda medikal tedavi gibi müdahaleler uygulanmaktadır (IDF, 2025; Coughy, 2023). Yapılan çalışmalarda, GDM'li gebelere uygulanan etkili tedavinin; preeklampsi, 4000 gram üzeri bebek doğumu ile perinatal morbidite ve mortalite insidansını anlamlı düzeyde azalttığı, ancak sezaryen oranları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı gösterilmiştir (Johns et al., 2018).

GDM'li gebelerin; kadın doğum uzmanı, ebe, dâhiliye ve endokrinoloji uzmanı, diyetisyen ve çocuk sağlığı uzmanlarından oluşan multidisipliner bir ekip tarafından izlenmesi oldukça önemlidir. Bu kapsamda, GDM tanısı alan gebelere; GDM'nin hem kendi hem de bebeklerinin sağlıkları üzerindeki kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri, kan glukoz kontrolünün önemi ve uygulanacak tedavi süreci hakkında bilgi verilmelidir (TEMD, 2024; Kautzky-Willer et al., 2019).

Kendi kendine kan şekeri izlemi

Kendi kendine kan glukoz izlemi, özel glikometre cihazı ile gün içinde önerilen sayıda kapiller kan glukozunun ölçülmesi işlemidir. Bu uygulama, kan şekeri düzeylerinin düzenli takibi ve komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir (ADA, 2020). Gebelerin kendi kendilerine kan şekeri izlemi yapmaları, beslenme ve egzersizinkan şekeri üzerindeki etkilerini daha iyi anlamalarına yardımcı olurken, tedavi planına uyumlarını da artırmaktadır (Vasile et al., 2021).

GDM'li gebeler için kesinleşmiş standart bir kan şekeri izlem protokolü bulunmamaktadır. ACOG günde en az bir kez açlık ve her ana öğünden sonra tokluk olmak üzere toplam dört kez kan şekeri takibi önermektedir (ADA, 2018). TEMD ise haftada en az üç gün olmak üzere, ana öğünlerden önce ve öğün başlangıcından 1 veya 2 saat sonra kan şekeri izlemi yapmalarını ya da mümkünse sürekli glukoz ölçüm sistemi kullanmalarını önermektedir (TEMD, 2022). Ulusal/ uluslararası kılavuzlarda GDM'li gebeler için kendikendine glukoz izlemi için benzer glisemik hedefler önerilmektedir. Bu glisemik hedefler; APG <95 mg/dl, tokluk PG'nin birinci saatte <140 mg/dl ve ikinci saatte PG <120 mg/dl olarak belirlenmiştir (TEMD, 2024; Coughy, 2023; ACOG, 2018). Yapılan bir çalışmada, gebelik süresince uygulanan kendi kendine kan şekeri izleminin, gestasyonel kilo artışının kontrol altına alınması ve makrozomi riskinin azaltılmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Martinez et al., 2018).

Tıbbi Beslenme Tedavisi ve Kilo Kontrolü

GDM'li kadınlarda tıbbi beslenme tedavisinin amacı; kan glukoz düzeylerinin normal sınırlarda tutmak, yeterli enerji alımını sağlamak, gebelik haftasına uygun kilo artışını desteklemek, ketozisi önlemek ve uygun fetal büyümeyi desteklemektir (ACOG, 2018; ADA, 2016).

Tıbbi beslenme tedavisi, GDM'li tüm kadınlar için temel tedavi yaklaşımıdır ve gebelerin yaklaşık %70–85'i yalnızca diyetle hedeflenen glisemik değerlere ulaşabilmektedir (ACOG, 2018). GDM'li gebelere, bu süreçte diyetisyen tarafından hazırlanmış bireyselleştirilmiş bir beslenme programı önerilmektedir (TEMD, 2024; Durnwald, 2025; ACOG, 2018).

Enerji ihtiyacı; annenin yaşı, fiziksel aktivite durumu, şimdiki kilosu ve gebelik yaşına göre değişmektedir. Diyet tedavisi, günlük yaklaşık 30 kcal/kg enerji sağlayacak şekilde planlanmakta; zayıf ve kilolu kadınlar için bu miktar ± 5 kcal/kg olacak şekilde ayarlanmaktadır. Enerjinin; %33–40'ı karbohidratlardan, %20'si proteinlerden ve %40'ı doymamış yağlardan sağlanmalıdır (TEMD, 2024). Gebelerin günlük en az; 175 gram

karbonhidrat, 71 gram protein ve 28 gram lif tüketmesi önerilmektedir (Elsayed et al., 2023; ADA, 2020). Tokluk kan şekeri dalgalanmalarını azaltmak ve karbonhidrat-enerji dağılımını dengelemek amacıyla öğünlerin üç ana ve iki-üç ara öğün şeklinde planlanması önerilmektedir. Az ve sık beslenme, öğün sonrası glukoz yükselmelerini azaltırken, yatmadan önce alınan bir ara öğün gece oluşabilecek açlık ketozunu önlemeye yardımcı olmaktadır (TEMĐ, 2022; Franz et al., 2014). Gebelikte zayıflama diyetleri ve düşük karbonhidratlı diyetler önerilmez; ancak fazla kilolu veya obez GDM'li kadınlar için hafif-orta düzeyde enerji ve karbonhidrat kısıtlaması yapılması önerilmektedir (TEMĐ, 2024).

GDM tanısı almış gebelerde kilo artışının uygun düzeyde olması GDM yönetimin önemli bir parçasıdır. Gebelikte uygun ağırlık artışı, kadının gebelik öncesi BKİ görebilirlenmektedir. Buna göre; BKİ <18.5 kg/m² olanlarda 12.5–18 kg, BKİ 18.5–24.9 kg/m² arasında olanlarda 11.5–16 kg, BKİ 25–29.9 kg/m² arasında olanlarda 7–11.5 kg ve BKİ ≥30 kg/m² olan gebelerde ise 5–9 kg ağırlık artışı önerilmektedir (TEMĐ, 2024).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin gebelerde uyku kalitesini artırma, vücut ağrılarını hafifletme, stres ve anksiyete düzeylerini azaltma ve doğumu kolaylaştırma gibi pek çok olumlu etkisi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra GDM tanısı almış gebelerde, kan şekeri düzeylerinin kontrolünde, insülin ihtiyacının azaltılmasında ve fetal ile neonatal komplikasyonların önlenmesinde de önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Yamamoto et al., 2018). Ayrıca gebelik sırasında uygulanan fiziksel aktivitenin; kardiyovasküler ve genel sağlığı iyileştirdiği, preeklampsi ve sezaryen doğum gibi komplikasyonları azaltıldığı bildirilmiştir (TEMĐ, 2024). Yapılan çalışmalar, GDM tanısı almış gebelerde, fiziksel aktivitenin glisemik kontrolü desteklediğini ve kan glukoz düzeylerini düşürmede etkili olduğunu ortaya koymuştur (Laredo-Aguilera et al., 2020; Rasmussen et al., 2020). Ülkemizdeki güncel kılavuza göre, GDM tanısı almış gebelere herhangi bir kontrendikasyon yoksa, her gün 20 ila 50 dakika arasında, tolere edilebilir düzeyde orta şiddette aerobik egzersiz (yürüyüş, yüzme, pilates, yoga), direnç çalışmaları veya yapılandırılmış kas güçlendirme aktiviteleri önerilmektedir. Grupla yapılan sporlardan, dalış, uçuş yapmaktan kaçınılması gerektiği vurgulanmaktadır (TEMĐ, 2024).

Medikal Tedavi

GDM'li gebelerin %70'inde diyet, yeterli fiziksel aktivite ve yaşam tarzı değişiklikleriyle serum glikoz düzeyleri normal seyretmekte, %30'unda ise ek medikal tedavi gerekmektedir (TEMĐ, 2024). Yaşam tarzı değişikliklerine rağmen iki hafta içerisinde glisemik hedeflere ulaşılamazsa, medikal tedaviye başlanması tavsiye edilmektedir (Lende & Rijhsinghani, 2020).

Medikal tedavisinin amacı, glisemik hedeflere ulaşılmasını sağlayarak maternal ve fetal komplikasyonları önlemektir (Landon ve Gabbe, 2011). GDM tanısı alan kişilere önce tıbbi beslenme tedavisi ve fiziksel aktiviteyi artırma müdahaleleri önerilmekte olup, glisemik kontrolü sağlanamadığı durumlarda medikal tedavi seçeneği akla gelmektedir (ADA, 2018). GDM'de hiperglisemiye önlemede kullanılan ajanların gebelik sonuçlarını iyileştirdiği, makrozomiye ve gebelik ile ilişkili hipertansif bozuklukları azalttığı bildirilmektedir (McIntyre et al., 2019).

GDM'nin medikal tedavisinde; etkili, kolay doz ayarı yapılabilen ve fetüs için güvenli olduğu için ilk tercih edilen ilaç insülin dir. Gebenin kullanacağı insülin miktarı, gebelik haftası, gebenin kilosu ve glisemik değerlerine göre farklılık göstermektedir (Szmulowicz et al., 2019). Total doz 0.1-0.5 IU/kg/gün aralığında değişmektedir. GDM'li gebelerin çoğunda tek gece dozu insülinle başlanır, gerekli durumlarda öğün öncesine bolus insülin

eklenerek çoklu doza geçilir. Açlık ve tokluk glisemi hedeflerine göre önerilen insülin tedavisi Tablo 2’de gösterilmiştir (TEMD, 2024).

Tablo 2. GDM’de İnsülin Uygulama Çizelgesi (TEMD, 2024)

APG (mg/dL)	1.Saat PG (mg/dL)	İnsülin Tedavi Şeması	Doz (IU/kg/gün)
95-120	<140	Gece yatarken tek doz orta etkili (NPH/detemir)	0.1-0.15
>105	120-160	Günde iki doz orta etkili (NPH/detemir): • Toplam dozun 2/3’ü sabah, 1/3’ü akşam öğün öncesi	0.3-0.4
>120	>180	Çoklu doz (bazal-bolus) insülin tedavisi: • Sabah ve akşam orta etkili (NPH/detemir) ve • Sabah-öğle-akşam kısa/hızlı etkili (kristalize/aspart, lispro)	0,5

Oral antidiyabetiklerin potansiyel teratojenik etkileri ve yenidoğanda uzun süreli hipoglisemiye yol açma riskleri nedeniyle GDM’de kullanımları genellikle önerilmemektedir (Kalra et al., 2015).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus ve Öz Yeterlilik

GDM tanısı alan gebelerde; kilo kontrolünün sağlanması, beslenme planına uyuması ve kendi kan glukoz takibini düzenli olarak yapması, GDM’nin yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır. Bireyin bu davranışları gerçekleştirebileceğine dair inancı, yani öz yeterlilik algısı; olumlu sağlık davranışlarının benimsenmesinde ve zararlı alışkanlıkların bırakılmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Öz yeterlilik, olumlu sağlık davranışlarının benimsenmesini desteklerken, zararlı alışkanlıkların bırakılmasında katkı sağlamaktadır. GDM’li gebelerde öz yeterlilik düzeyinin, etkili diyabet yönetiminin en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu kabul edilmektedir. Buna karşılık, düşük öz yeterlilik düzeyi, diyabet kontrolünü zorlaştıran önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Küçük et al., 2023).

Öz-yeterlik kavramı ilk kez Albert Bandura (1970) tarafından “Kişinin belirlenen hedefleri gerçekleştirme sürecinde gerekli olan eylemleri planlama ve yürütme becerisine olan kişisel inancı” olarak tanımlanmıştır. Öz-yeterlilik, bireyin belirli bir davranışla başarıyla gerçekleştirebileceğine ve bu davranışın istenen sonuca ulaşabileceğine dair inancıdır. Sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi ve devam ettirilmesinde özyeterlilik önemli bir psikolojik belirleyici olarak öne çıkmaktadır (Bandura et al., 1980).

Öz-yeterlilik düzeyi yüksek bireylerin, hastalıklarını ve tedavi süreçlerini daha etkin yönetebildikleri; ayrıca yüksek öz-yeterliliğin hastalığa bağlı duygusal sıkıntıyı azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir (Mollaoğlu ve Bağ, 2009). Diyabetli bireylerin bakım ve tedavi süreçleriyle etkili bir şekilde başa çıkabilmeleri için yeterli düzeyde öz-yeterliliğe sahip olmaları gerekmektedir. Öz-yeterlilik düzeyinin artırılmasının, öz bakım davranışlarının geliştirilmesine ve sürdürülmesine önemli katkılar sağladığı belirtilmektedir (Boothby & Salman, 2010). Diyabetli bireylerde yüksek öz-yeterlilik düzeyinin metabolik kontrolü olumlu yönde etkilediği, ilaç ve tedaviye uyum, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumu kolaylaştırarak yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (Özkaptan & Demirci, 2023).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi

GDM tanısı bireyin yaşam tarzında önemli değişikliklere neden olmakta ve uygulanan tedavi süreçleri, yaşam kalitesi de dahil olmak üzere gebelerin yaşamlarının birçok yönünü etkileyebilmektedir (Kazamiet al., 2024). GDM tanısı alan gebelerin yaşam kalitesi psikolojik ve sosyal birçok unsurdan etkilenmektedir (Kayyalet al., 2025).

DSÖ, yaşam kalitesini, “bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algısı” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2025). GDM bağlamında yaşam kalitesi; bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığı, sosyal işlevselliği ile hastalığı yönetme kapasitesini kapsayan genel iyilik halini ifade etmektedir (Kayyalet al., 2025).

GDM’li gebeler; diyet programlarına uyum sağlama, kan şekeri düzeylerini düzenli olarak izleme, sürekli sağlık kontrollerine katılma ve bazı durumlarda insülin tedavisi uygulama gibi çok sayıda zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu zorluklar, stres, kaygı, hayal kırıklığı ve suçluluk gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Kayyalet al., 2025).

Gestasyonel Diyabetes Mellitusda Ebelik Bakımı

Gebelik sürecinde risklerin erken dönemde tanınması ve gerekli önlemlerin alınması ebelerin temel sorumluluklarından biridir. Bu nedenle ebeler, gebelerin tıbbi, genetik, sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini değerlendirmeli, laboratuvar sonuçlarını analiz etmeli ve GDM açısından risk faktörlerini belirlemelidir (Dağcı & Ören, 2024). Ebeler, GDM’nin taranması, yönetilmesi ve bu duruma bağlı gelişebilecek komplikasyonların azaltılmasında kritik bir rol üstlenmektedir. GDM tanısı alan gebelerin, GDM’nin anne ve fetus sağlığı üzerindeki etkileri konusunda bilgilendirilmesi, öncelikle ebelerin sorumluluğundadır. Bu kapsamda ebeler; gebelere kendi kendine kan glukoz düzeyi izlemi ve kontrolünü öğretmeli, yaşam tarzı değişiklikleri (düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü) konusunda danışmanlık sağlamalıdır. Ayrıca, tedaviye uyumun artırılması için ilaç kullanımının düzenli takibi, stresle başa çıkma stratejilerinin kazandırılması, yeterli uyku alışkanlıklarının oluşturulması, sigara ve alkol kullanımının bırakılması konularında rehberlik etmelidirler. Ebelerin bu bütüncül ve yönlendirici yaklaşımları, GDM’nin etkili yönetilmesine ve maternal-fetal sağlığın korunmasına önemli katkılar sağlayacaktır (Palas et al., 2020).

GDM tanısı almış gebelerde sürekli ebelik bakım modelinin maternal ve sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda sürekli ebelik bakım modelinin GDM’ye bağlı maternal ve neonatal sonuçları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca, GDM’ye bağlı komplikasyonların azaltılmasında etkili bir yaklaşım olabileceği belirtilmiştir (Shenton et al., 2024). Chahed ve ark. (2022) yaptığı GDM tanısı almış gebelerde, öz bakım temelli bireyselleştirilmiş eğitimin maternal ve neonatal sonuçlara etkisini değerlendiren randomize kontrollü bir araştırmada; müdahale grubuna rutin bakıma ek olarak eğitim programı uygulanmış, kontrol grubuna ise yalnızca standart bakım verilmiştir. Çalışma sonucunda; müdahale grubunda maternal ve neonatal hastaneye yatış, sezaryen, erken doğum, makrozomi, fetal distres, yenidoğan solunum komplikasyonları ve hipoglisemi oranları kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Chahed et al., 2022). GDM’li gebelere, ebe ve diyetisyen tarafından verilen multidisipliner grup eğitim programının, gebelerin GDM konusundaki bilgi düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma, 716 GDM’li gebe ile yürütülmüştür. Gebelerin bilgi düzeyi eğitim öncesi ve sonrası anketler ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, eğitim programının gebelerin GDM’ye ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir (Alayoub et al., 2018).

Motivasyonel Görüşme

Motivasyon, bireyin hedeflerine ulaşma yolunda devam etmesini ve bu yolda karşılaşılan zorluklarla başa çıkmasını sağlayan harekete geçirici güçtür. Her bireyin farklı motivasyon seviyeleri vardır (Ay & Aktaş, 2024). Dışsal motivasyon, bireyin bir davranışı doğrudan davranışın kendisinden değil, o davranışın sonucunda elde edeceği ödül, kazanç ya da sonucu hedefleyerek gerçekleştirdiği motivasyon türüdür. Bu durumda birey, davranışın içeriğinden çok, sonucuna odaklanarak hareket eder. İçsel motivasyon ise, bireyin bir etkinliği yaparken bu süreçten doğal olarak haz alması ve içsel bir tatmin yaşaması nedeniyle o davranışı gerçekleştirmesidir (Aslan & Doğan, 2020).

MG, bireylerin içsel motivasyonunu arttırarak ve bağlılığı güçlendirerek sağlık davranışı değişikliği konusundaki kararsızlıklarını çözmelerine yardımcı olan, birey merkezli, kanıta dayalı bir danışmanlık yöntemidir (Meliise & Wendy, 2020). MG'nin temel amacı, çelişkili duygulara sahip veya değişime isteksiz olan bireylerde değişim için içsel motivasyonu teşvik etmek, değişim için motivasyonu artırmak ve bireyin değişim sürecine aktif katılımını sağlamaktır (Miller & Rollnick, 2003; Ay & Aktaş, 2024; Ögel, 2009). MG, çatışmadan ziyade mevcut davranış ile ulaşmak istenen hedefler arasındaki çelişkileri geliştiren ve öz yeterliliği destekleyen deneyimlere odaklanan bir yaklaşımdır (Orhan & Yağmur, 2023).

MG, ilk olarak 1983 yılında William Miller tarafından alkol bağımlılığı olan bireylerle çalışmalarda kullanılmıştır. Bu yaklaşım, 1990 yılında William Miller ve Stephen Rollnick tarafından daha da geliştirilerek yapılandırılmış bir danışmanlık yöntemi hâline getirilmiştir (Rollnick et al., 2008). Zamanla tekniğin olumlu etkileri gözlenmeye başladığında uygulama alanları genişlemiştir. Son yıllarda beslenme bozuklukları, kronik hastalıkların yönetimi ve tedaviye uyum gibi davranış değişiminin gerekli olduğu alanlarda da yaygın olarak kullanılmaktadır (Frost et al., 2018; Kuerbis et al., 2019; Liet et al., 2020).

Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

MG, birey merkezli bir yaklaşım benimseyerek, danışanın değişim sürecine etkin katılımını hedefler. Bu tekniğin temel özellikleri şu şekildedir.

- MG danışan merkezlidir. Bu yüzden danışmanın değil danışanın gerekli olduğunu düşündüğü konular üstünde durur.
- MG'de terapist kendi öncelik verdiği konulara değil, danışanın gündeme getirdiği sorunlara odaklanır.
- Danışan bilen ve uzmandır. Terapist bilen rolüne girmez. Bu nedenle kendi düşüncelerini danışana dayatmaz.
- MG, bireyin değişime ya da değişmemeye ilişkin nedenlerini anlamasına yardımcı olur. Bu nedenle, görüşme süresince birey değişim kararı vermedikçe herhangi bir çözüm önerisi sunulmaz.
- MG, çatışma değil, bir dans gibidir; mücadele etmek yerine uyum içinde hareket edilir. Terapist, danışanın değişime yönelik isteğini ortaya çıkarmaya odaklanmalıdır.
- Terapist, danışanın aldığı kararlara ve tercih yapma hakkına saygı gösterir.
- Danışanın değişime hazır oluşu, terapist-danışan ilişkisinin bir sonucu olarak ortaya çıkar.
- Danışanın inkâr ve direnç davranışları, terapistin tutum ve yaklaşımlarına yönelik bir geri bildirim niteliği taşır.
- Motivasyonel görüşmede ambivalansın (ikilemin) çözümünden sorumlu olan terapist değil, danışandır (Ögel, 2009).

Motivasyonel Görüşmenin Bileşenleri

MG, birbirini tamamlayan dört temel bileşenden oluşur. Bu bileşenler, görüşme sürecinde belirli dönemleri temsil eder ve her birinin kendine özgü teknikleri ile yaklaşım biçimi bulunmaktadır. Görüşmenin etkili olabilmesi için danışanın hangi dönemde olduğunun doğru şekilde belirlenmesi ve o döneme uygun tekniklerin kullanılması büyük önem taşır. Bununla birlikte, bu dönemler birbirinden kesin sınırlarla ayrılmış değildir; örneğin “odaklanma” aşamasında iken, hâlâ “katılımı sağlama” dönemine özgü tekniklere ihtiyaç duyulabilir. Tüm bu bileşenler MG ruhuna uygun şekilde uygulanmalı ve görüşmelere yansımalıdır (Ögel & Şimşek, 2009; Ögel & Şimşek, 2024).

Katılımı Sağlamak: Bu aşama, “Beraber bir yola çıkacak mıyız?” sorusuna odaklanır. Görüşmenin temeli olan bu dönemde, danışan ile terapötik bir bağ kurmak esastır. Görüşmeci kendisine şu soruları sormalıdır:

- Danışan benimle konuşurken ne kadar rahat?
- Ben kendimi bu görüşmede ne kadar rahat hissediyorum?
- Danışanın bakış açısını ve endişelerini anlayabiliyor muyum?
- İş birliğine dayalı bir ilişki kurabildik mi?

Odaklanmak: Danışan ile gidilecek yönü belirlemek için gereklidir. Bu bileşen, “Nereye gidiyoruz?” sorusuna odaklanır. Görüşmeci ve danışanın değişim hedefi üzerinde ortak bir anlayış geliştirmesi amaçlanır. Görüşmeci kendisine şu soruları sormalıdır:

- Danışan değişim yönünde neyi hedefliyor?
- Hedeflerimiz örtüşüyor mu?
- Belirlenen yönde ilerleme konusunda hemfikir miyiz?
- Danışanla bir iş birliği içinde mi ilerliyoruz, yoksa bir çatışma mı yaşıyoruz?

Ortaya Çıkarmak: Bu aşama, “Bu değişimi yapacak mıyız ve neden?” sorularını temel alır. Danışanın içsel motivasyonunu harekete geçirecek değişim konuşmasının ortaya çıkması bu dönemin merkezindedir. Görüşmeci şu sorulara odaklanmalıdır:

- Danışanın değişim isteğinin ardında yatan nedenler nelerdir?
- Değişim konuşmasının içeriği ve niteliği ne düzeyde?

Planlamak: Bu aşama, değişimin sürdürülmesini ve kalıcı hale getirilmesini hedefler. Değişim konuşmasının duyulması, artık planlama ve değişimi sürdürme dönemine geçme zamanının geldiğini gösterir. Bu bileşen, “Nasıl ve ne zaman?” sorularının yanıtlarını içerir. Değişim yönünde atılacak somut adımların belirlenmesi, yapılandırılması ve desteklenmesi bu dönemde gerçekleştirilir. Görüşmeci kendisine şunları sormalıdır:

- Danışanla birlikte belirleyeceğimiz bir sonraki gerçekçi adım nedir?
- Danışanın bu adımı atabilmesi için neye ihtiyacı var?
- Ona bir plan mı öneriyorum, yoksa planı birlikte mi ortaya çıkarıyoruz? (Ögel & Şimşek, 2009; Ögel & Şimşek, 2024; Şahin & Kural, 2019)

Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri

MG’de, bireyde davranış değişikliği yaratmak ve onu motive etmek için MG’nin dört temel ilkesi kullanılır (34).

Empati Gösterme: Başkasının ne anlatmak istediğini anlamaya çalışmaktır (Örücü, 2020). MG, eleştirel bir tutumdan ziyade bireyin duygularına, düşüncelerine ve bakış açlarına yargılamadan saygı gösteren ve destekleyici bir yaklaşımı benimser (Ay & Aktaş, 2024; Rollnick et al., 2008). Danışanın duygu ve düşüncelerini kabul etmek, değişimi kolaylaştıran önemli bir adımdır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta, kabul etmenin aynı fikirde olmak ya da onaylamak anlamına gelmediğidir (Örücü, 2009).

Çelişkileri Ortaya Çıkarma: Kişinin mevcut davranışları ile ulaşmak istediği hedefleri arasındaki çelişkileri danışanın zihninde ortaya çıkarmaktır (Örücü, 2020). MG’de,

bireyin mevcut davranışları ile ulaşmak istediği hedefler arasındaki uyumsuzluğun fark edilmesi, değişim süreci açısından önemli bir ilkedir (Ögel & Şimşek, 2021). Bu yaklaşım, bireyin içinde bulunduğu durum ile olmak istediği konum arasındaki farkı kendi içgörüsüyle keşfetmesini amaçlar. Danışmanın görevi, bireyin yaşamındaki çelişkili ve hedefleriyle uyumsuz alanlara dikkatini çekerek, bu farkındalık yoluyla içsel motivasyonu harekete geçirmesine yardımcı olmaktır (Ay & Aktaş, 2024; Ögel, 2009).

Dirençle Karşılaşma: MG, danışan ile danışman arasında bir güç mücadelesi ya da kazanma-kaybetme durumu değildir (Ögel, 2009). Bu süreçte amaç, bireye dışarıdan yeni hedefler dayatmak değil; onun değişim sürecine yönelik farkındalığını artırmak ve davranış değişikliği için içsel bir bakış açısı geliştirmesini desteklemektir (Filgonaet al., 2020). Bu aşamada danışman, ısrarcı ya da ikna edici bir tutum sergilemekten kaçınmalı; bunun yerine, bireyin kendi çözümlerini üretmesini teşvik etmelidir (Ay & Aktaş, 2024).

Öz Yeterliliği Destekleme: MG sürecinde bireyin öz yeterliliğinin desteklenmesi, davranış değişikliğinin gerçekleşmesinde kritik bir rol oynamaktadır. MG sırasında danışman, bireyin öz yeterliliğini artırmalı ve bireyin değişimle yaşanabilecek zorlukların üstesinden gelebileceğine dair inancını sağlamalıdır (Ay & Aktaş, 2024; Ögel & Şimşek, 2021).

Motivasyonel Görüşmenin Temel Yöntemleri

MG, yalnızca bir danışmanlık tekniği değil, aynı zamanda danışanla etkili ve iş birliğine dayalı ilişki kurmanın özel bir yoludur. Bu yaklaşımın temel amacı, danışanın değişimle ilgili konuşmalarını teşvik etmek ve desteklemektir (Miller & Rollnick, 2002; Doğasal & Karakartal, 2022).

Açık Uçlu Soru Sormak: MG'nin başlangıcında danışana açık uçlu sorular yöneltilmesi, sağlıklı ve etkili bir iletişimin kurulmasına zemin hazırlar (Fırat & Ceyhan, 2020). Açık uçlu sorular kullanılarak danışanın kendi hikâyesini anlatması ve duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşması teşvik edilir. Bu sorular, danışanın bakış açısını anlamayı kolaylaştırır ve değişime yönelik motivasyonu ortaya çıkarır (Miller & Rollnick, 2002).

Yansıtarak Dinlemek: Danışanın ne söylediğini anlamaya yönelik ve söylediklerinin danışana yansıtıldığı aktif bir iletişim sürecidir (Ögel & Şimşek, 2021). Yansıtarak dinleme, danışanın söylediklerini yargılamadan ve ekleme yapmadan, anlayışla geri yansıtarak iletişimi güçlendirmeyi hedefler. Bu yöntem, empati kurmayı kolaylaştırır, danışanı konuşmaya teşvik eder ve dirençle başa çıkmada etkilidir (Miller & Rollnick, 2002).

Onaylamak: Danışan ile etkili iletişim kurmada ve danışanı cesaretlendirmede onaylama tekniği büyük önem taşımaktadır (Örücü, 2020). Onaylama, danışanın çabalarını takdir etmek ve öz yeterliliğini desteklemek amacıyla kullanılır. Danışanın yaşadığı zorlukların kabul edilmesi ve duygularının anlaşılması, terapötik ittifakı güçlendirir (Miller & Rollnick, 2002).

Özetlemek: Danışanın anlaşıldığını göstermenin etkili yollarından biri olan özetleme, aynı zamanda danışanın yaşadığı ambivalansı (kararsızlığı) görünür kılmaya yardımcı olur (Erat & Ceyhan, 2020). Özetleme, danışanın söylediklerinin ana hatlarını toparlayarak hem dinlenildiğini hissettirmek hem de görüşmenin yapısını sağlamlaştırmak için kullanılır. Oturumların başında, sonunda veya konu geçişlerinde etkili bir geçiş aracı olarak işlev görür (Miller & Rollnick, 2002; Ögel & Şimşek, 2021).

Değişim Konuşması Ortaya Çıkarmak: MG'nin temel yaklaşımı, danışanın değişime direnç göstermek yerine, değişimi savunacak biçimde kendi ifadeleriyle süreci sahiplenmesini teşvik etmektir. Bu süreçte ortaya çıkan "değişim konuşmaları" dört temel başlık altında sınıflandırılmaktadır (Örücü, 2020; Ögel & Şimşek, 2021; Miller & Rollnick, 2013)

Mevcut durumun dezavantajlarının fark edilmesi: Danışanın mevcut davranışının olumsuz yönlerini ifade etmesi sağlanır.

Değişimin olası avantajlarının dile getirilmesi: Danışan, değişimle birlikte yaşamında meydana gelebilecek olumlu gelişmeleri keşfeder.

Değişimle ilgili iyimserliğin geliştirilmesi: Değişimin mümkün olduğuna ve bunu başarabileceğine dair inancı desteklenir.

Değişim niyetinin ifade edilmesi: Danışanın değişim sürecine yönelik istek ve kararlılığı net bir şekilde ortaya koyması teşvik edilir.

Motivasyonel Görüşme Süreci

MG, kısa süreli bir müdahale yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Literatürde bu sürecin kaç oturumdan oluşması gerektiğine dair kesin ve net bir görüş birliği bulunmamakla birlikte, ideal oturum sayısının genellikle 2 ile 6 arasında değiştiği belirtilmektedir (Ögel & Şimşek, 2021).

MG, danışmanın aceleci davranması, göz teması kurmaması, otoriter davranışı, fazla mesafeli davranması görüşmenin etkinliği düşürmektedir. MG'nin etkinliğinde, görüşmecinin eğitim düzeyinden ziyade danışanla kurulan iletişimin kalitesi belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Görüşmenin başarısının, görüşmecinin MG'nin ne ölçüde etkili kullandığıyla yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ögel & Şimşek, 2021).

Motivasyonel Görüşme Tekniklerini Aşamaları

MG iki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci aşaması değişim için motivasyon kurulmasıdır. Değişim konuşması, MG'nin ilk ve en temel aşamasıdır. Bunun için ilk adım önemlilik ve güven yeterlilik ölçeğinin uygulanmasıdır (Ögel, 2009). Bireyin konuya verdiği önemi ve kendine olan güvenini değerlendirmek amacıyla 0'dan 10'a kadar puanlamayı içeren bir derecelendirme cetveli kullanılabilir (Cangöl & Şahin, 2017). Bu cetvel aracılığıyla danışana, konunun kendisi için ne derece önemli olduğu sorulur ve belirttiği puan üzerinden değerlendirme yapılır. 0 puan "hiç önemli değil", 10 puan ise "çok önemli" anlamına gelmektedir (Örücü, 2020).

İkinci aşama ise değişime bağlılığın güçlendirilmesi ve hedefe yönelik plan geliştirilmesidir. Bu aşama, bireye doğrudan ne yapması gerektiğini söylemek yerine, onun kendi isteklerini, hedeflerini ve bu hedeflere ulaşmak için planladığı adımları ifade etmesine olanak tanır. Süreç, danışanın mevcut durumu ve önceki görüşmede dile getirdikleri özetlenerek başlatılır. Bu özetleme, ilk aşamanın tamamlandığını göstermekle birlikte danışanın değişime yönelik bağlılığını pekiştirmek için bir geçiş niteliği taşır. Görüşme süreci, danışanın düşüncelerini netleştirmesine ve daha ayrıntılı bir şekilde ifade etmesine yardımcı olacak açık uçlu sorular ile sürdürülür. Danışanın bu sorulara verdiği yanıtlar, değişim planının yapı taşlarını oluşturur. Danışanın ifadeleri doğrultusunda, gerektiğinde bilgi verilerek ve önerilerde bulunularak kişiye özel, uygulanabilir bir yaklaşımdır (Ögel, 2009).

Motivasyonel Görüşmede Ebelik Yaklaşımı

MG, doktorlar, diş hekimleri, ebeler, hemşireler ve diyetisyenler gibi farklı disiplinlerden sağlık profesyonelleri tarafından etkili bir şekilde uygulanabilmektedir. Bu tekniği kullanan profesyonellerin nazik, anlayışlı ve destekleyici bir tutum sergilemeleri, bireylerle kurulan iletişimde güven ortamının oluşmasını sağlamakta ve bu sayede bireylerde direnç geliştirme olasılığı azalmaktadır (Muslu & Ardahan, 2018; Miller ve Rollnick, 2002).

Son yıllarda ebelik pratiğinde MG'ye olan ilgi giderek artmaktadır. Kadın sağlığına yönelik hizmetlerin her aşamasında yer alan ebeler, kadınların sağlık davranışlarını etkilemektedir. Ebeler, kadınlara bireyselleştirilmiş ve bütüncül bir bakım sunarak güvenli bir ortam oluştururlar. MG, kadınların kendi sağlık davranışlarını fark etmelerini sağlamak, onları değişime teşvik etmek ve içsel motivasyonlarını ortaya çıkarmak açısından etkili bir iletişim

tekniki olarak ebelerin uygulamalarına değerli katkılar sunmaktadır. Bu teknik, özellikle kadınların yaşam tarzı değişiklikleri, sağlık kararları ve tedaviye uyum süreçlerinde etkili bir yol haritası sağlayabilir.

Literatür incelendiğinde MG; gebelik ve postpartum dönemde, gebelerin doğum özyeterliliğini arttırmada (Barut & Uçar, 2023; Yeşildağ & Gölbaşı, 2024; Hassanzeiet al., 2022; Calpbinici&Özçirpan, 2023), sezaryan oranlarını azaltmada (Shirzadet al., 2020), gebelerde ağız ve diş sağlığını iyileştirmede (Saffariet al., 2020; Ortiz-Pizarroet al., 2023), emzirmede (Paranjothyet al., 2017; Addicks&McNeil, 2019; Naroeet al., 2020; Franco-Antonio et al., 2022; Bekmezci& Meram; 2025); postpartum depresyonda (Franco- Antonio et al., 2022) ve GDM yönetiminde (Smith et al., 2021; Smith et al., 2024; Yapıcı, 2023) etkili olduğu gösterilmiştir.

Gestasyonel Diyabetes Mellitusda Motivasyonel Görüşmenin Kullanımı

GDM'nin yönetiminde, tıbbi beslenme tedavisi ve egzersizi içeren yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması önerilmektedir (Avcı Dursun & Kızıltan, 2019). Yaşam tarzı değişikliği, GDM tedavisinin temel bileşenlerinden biri olup, birçok kadının kan şekeri düzeylerini kontrol altına alabilmesi için tek başına yeterli olabilmektedir (İlgen& Koçak, 2019). Doğru bir yaklaşımla MG, diyabet yönetiminde yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu süreçte MG; sağlıklı beslenme ve öğün planlaması, fiziksel aktivite, psiko-sosyal uyum, evde kan şekeri takibi ve tıbbi kontroller gibi diyabet öz yönetim uygulamalarına kolaylıkla uyarlanabilir (Muslu & Ardahan, 2018).

KAYNAKLAR

- Addicks, S. H., & McNeil, D. W. (2019). Randomized controlled trial of motivational interviewing to support breastfeeding among Appalachian women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 48(4), 418–432. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.03.008>
- Al-Noaemi, M. C., & Shalayer, M. H. F. (2011). Pathophysiology of gestational diabetes mellitus: The past, the present and the future. In M. Radenkovic (Ed.), *Gestational diabetes* (6th ed., pp. 91–114). London: Springer.
- Alayoub, H., Curran, S., Coffey, M., Hatunic, M., & Higgins, M. (2018). Assessment of the effectiveness of group education on knowledge for women with newly diagnosed gestational diabetes. *Irish Journal of Medical Science*, 187(1), 65–68. <https://doi.org/10.1007/s11845-017-1627-9>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 190: American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins. (2018). Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 131(2), e49–e64. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37(1), 81–90. <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
- American Diabetes Association. (2020). 14. Management of diabetes in pregnancy: Standards of medical care in diabetes—2020. *Diabetes Care*, 43(1), 183–192. <https://doi.org/10.2337/dc20-S014>
- Aslan, M., & Doğan, S. (2020). Dışsal motivasyon, içsel motivasyon ve performans etkileşimine kuramsal bir bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(26), 291–301. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.707172>
- Avcı Dursun, E. M., & Kızıltan, G. (2019). Gestasyonel diyabet ve risk faktörleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 132–146.
- Ay, Ö. P., & Aktaş, S. (2024). The importance of motivational interviewing technique in providing breastfeeding motivation in the postpartum period. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 1149–1157.
- Aydın, H., Çelik, Ö., Yazıcı, D., Altunok, Ç., Tarçın, Ö., Deyneli, O., Sancak, S., Kıyıcı, S., Aydın, K., & Yıldız, B. O. (2018). Prevalence and predictors of gestational diabetes mellitus: A nationwide multicentre prospective study. *Diabetic Medicine*. <https://doi.org/10.1111/dme.13676>
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B., & Howells, G. N. (1980). Tests of generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4(1), 39–66. <https://doi.org/10.1007/BF01173354>

- Barut, S., & Uçar, T. (2023). Effects of motivationalinterviews on childbirthperceptionsandchildbirth self-efficacy in nulliparouspregnantwomen: A randomised-controlledtrial. *Journal of ReproductiveandInfantPsychology*, 41(5), 540–555. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2226720>
- Bekmezci, E., & Meram, H. E. (2025). Theeffect of motivationalinterview-basedbreastfeedingeducation on breastfeedingmotivation, success, self-efficacyperceptions, andexclusivebreastfeedingdurationaftercesareansection: A randomizedcontrolledtrial. *HealthEducationResearch*, 40(1), cyae043. <https://doi.org/10.1093/her/cyae043>
- Berberoğlu, Z. (2019). Pathophysiology of gestationaldiabetesmellitus. *Diabetes*.
- Calpbinici, P., &Özçirpan, Ç. Y. (2023). Theeffect of thetraining program providedtoprimiparouspregnantwomenthroughthemotivationalinterviewmethod on theirfear of childbirth, childbirth self-efficacy, anddeliverymode: A randomizedcontrolledtrial. *CurrentPsychology*, 42(25), 21609–21623. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04884-2>
- Cangöl, E., & Şahin, N. H. (2017). Emzirmenin desteklenmesinde bir model: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşmeler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 33–40.
- Chahed, S., Lassouad, L., Dardouri, M., Mtiraoui, A., Maaroufi, A., &Khairi, H. (2022). Impact of a tailored-careeducationprogramme on maternaland neonatal outcomes in pregnantwomenwithgestationaldiabetes: A randomizedcontrolledtrial. *PanAfricanMedicalJournal*, 43(1), 1–10. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.1.32924>
- Coughey, A. B. (2023). *Gestationaldiabetesmellitus: Obstetricissuesandmanagement*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/>
- Çetin, C., & Demir, C. (2015). Gebelikte gestasyonel diyabet taraması. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(3), 348–354.
- Dağcı, S., & Ören, B. (2024). Gestasyonel diyabet risk faktörleri ve riskin belirlenmesinde ebenin rolü. *Journal of AcademicResearch in Nursing*, 10(3), 221–230. <https://doi.org/10.5222/jaren.2024.221>
- Doğasal, O., &Karakartal, D. (2022). Motivationalinterviewingtechnique. *Online Journal of New Horizons in Education*, 12(1), 48–55.
- Durnwald, C. (2023). *Gestationaldiabetesmellitus: Glucosemanagementandmaternalprognosis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/>
- Dursun, K., Demircan, V., Pekkolay, Z., &Çelepkolu, T. (2020). Gestasyonel diyabetesmellitus taraması: Herkes için eğitim şart. *ActaMedicaNicomedia*, 3(1), 5–9. <https://doi.org/10.5505/amn.2020.12345>
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., &Gabbay, R. A. (2023). 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of care in

diabetes—2023. *DiabetesCare*, 46(Supplement_1), 254–266. <https://doi.org/10.2337/dc23-S015>

Erat, A., & Ceyhan, Ö. (2020). Motivasyonel görüşme ile değişime hazırlanma. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 58–63.

Filgona, J., Sakiyo, J., Gwany, D., & Okoronka, A. (2020). Motivation in learning. *Asian Journal of Education and Social Studies*, 10(4), 16–37. <https://doi.org/10.9734/ajess/2020/v10i430273>

Franco-Antonio, C., Santano-Mogena, E., Chimento-Díaz, S., Sánchez-García, P., & Cordovilla-Guardia, S. (2022). A randomised controlled trial evaluating the effect of a brief motivational intervention to promote breastfeeding in postpartum depression. *Scientific Reports*, 12(1), 373. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04053-2>

Franz, M. J., Boucher, J. L., & Evert, A. B. (2014). Evidence-based diabetes nutrition therapy recommendations are effective: The key is individualization. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 7, 65–72. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S45140>

Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O’Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., & Pollock, A. (2018). Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE*, 13(10), e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>

Gao, L., Chen, C. R., Wang, F., Ji, Q., Chen, K. N., Yang, Y., & Liu, H. W. (2022). Relationship between age of pregnant women with gestational diabetes mellitus and mode of delivery and neonatal Apgar score. *World Journal of Diabetes*, 13(9), 776–785. <https://doi.org/10.4239/wjd.v13.i9.776>

Hassanzei, Y., Navidian, A., & Navaee, M. (2022). The effect of motivational interviewing on self-efficacy and decision-making about type of delivery in primigravid women: A randomized clinical trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 11(4), 234–239. https://doi.org/10.4103/nms.nms_68_22

Hod, M., Jovanovic, L. G., DiRenzo, G. C., De Leiva, A., & Langer, O. (2018). *Textbook of diabetes and pregnancy* (3rd ed.). London: CRC Press.

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. (2010). International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *DiabetesCare*, 33(3), 676–682. <https://doi.org/10.2337/dc09-1848>

International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

- İlgen, N., & Koçak, D. Y. (2019). Gestasyonel diyabetin tanısında güncel yaklaşım, gebelere yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hemşirenin rolü. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 181–183.
- Johns, E. C., Denison, F. C., Norman, J. E., & Reynolds, R. M. (2018). Gestationaldiabetesmellitus: Mechanisms, treatment, andcomplications. *Trends in EndocrinologyandMetabolism*, 29(11), 743–754. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2018.09.004>
- Kalra, B., Gupta, Y., Singla, R., &Kalra, S. (2015). Use of oral anti-diabeticagents in pregnancy: A pragmaticapproach. *North AmericanJournal of MedicalSciences*, 7(1), 6–12. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.150082>
- Karaçam, Z., & Çelik, D. (2021). Theprevalenceand risk factors of gestationaldiabetesmellitus in Turkey: A systematicreviewand meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(8), 1331–1341. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1623192>
- Karasneh, R. A., Migdady, F. H., Alzoubi, K. H., Al-Azzam, S. I., Khader, Y. S., &Nusair, M. B. (2021). Trends in maternalcharacteristics, andmaternaland neonatal outcomes of womenwithgestationaldiabetes: A studyfrom Jordan. *Annals of MedicineandSurgery*, 67, 102469. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102469>
- Kattini, R., Hummelen, R., & Kelly, L. E. (2020). Gestationaldiabetesmellitusscreeningwithglycated hemoglobin: A systematicreview. *Journal of ObstetricsandGynaecologyCanada*, 42(11), 1379–1384. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.03.015>
- Kautzky-Willer, A., Harreiter, J., Winhofer-Stöckl, Y., Bancher-Todesca, D., Berger, A., Repa, A., Lechleitner, M., &Weitgasser, R. (2019). Gestationsdiabetes (Update 2019). *WienerKlinischeWochenschrift*, 131(1–2), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1421-2>
- Kayyal, M., Ahmadi, S., Sadeghi, G., Rasoulilian-Barzoki, E., Norouzi, S., Abdi, F., &Jandaghian-Bidgoli, M. (2025). Investigatingfactorsaffectingthequality of life of womenwithgestationaldiabetes: A systematicreviewand meta-analysis. *BMC PregnancyandChildbirth*, 25(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07461-7>
- Kazemi, A. F., Seifinadergoli, Z., &Ahmadi, M. (2024). Factorsaffectingthequality of life in pregnantwomenwithdiabetes: Themediatingeffect of illnessesacceptance. *BMC PregnancyandChildbirth*, 24(1), 513. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06688-5>
- Kechagias, K. S., Triantafyllidis, K. K., Zouridaki, G., &Savvidou, M. (2024). Obstetricand neonatal outcomes in pregnantwomenwithidiopathicpolyhydramnios: A systematicreviewand meta-analysis. *ScientificReports*, 14(1), 5296. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58239-7>
- Kim, K. S., Hong, S., Han, K., & Park, C. Y. (2021). Theclinicalcharacteristics of gestationaldiabetesmellitus in Korea: A nationalhealthinformationdatabasestudy. *EndocrinologyandMetabolism (Seoul)*, 36, 628–636. <https://doi.org/10.3803/EnM.2021.1205>
- KoreanDiabetesAssociation. (2022). *Diabetesfactsheet in Korea 2022*. Seoul: KoreanDiabetesAssociation.

- Kuerbis, A., Lynch, K. G., Shao, S., & Morgenstern, J. (2019). Examining motivational interviewing's effect on confidence and commitment using daily data. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107472. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.012>
- Küçük, S., Uludaşdemir, D., Karşıgil, P., & Güven, İ. (2023). Tip 2 diyabet hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve diyabet öz yeterliliği. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 7(2), 112–121. <https://doi.org/10.25048/tjdo.2023.7.2.112>
- Landon, M. B., & Gabbe, S. G. (2011). Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 118(6), 1379–1383. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823974e2>
- Laredo-Aguilera, J. A., Gallardo-Bravo, M., Rabanales-Sotos, J. A., Cobo-Cuenca, A. I., & Carmona-Torres, J. M. (2020). Physical activity programs during pregnancy are effective for the control of gestational diabetes mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6151. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176151>
- Law, K. P., & Zhang, H. (2017). The pathogenesis and pathophysiology of gestational diabetes mellitus: Deductions from a three-part longitudinal metabolomics study in China. *Clinica Chimica Acta*, 468, 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2017.02.009>
- Lende, M., & Rijhsinghani, A. (2020). Gestational diabetes: Overview with emphasis on medical management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9573. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249573>
- Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W., & Wong, W. C. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4892-2>
- Martis, R., Crowther, C. A., Shepherd, E., Alsweiler, J., Downie, M. R., & Brown, J. (2018). Treatments for women with gestational diabetes mellitus: An overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD012327. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012327.pub2>
- McIntyre, H. D. (2022). Hyperglycemia in pregnancy and women's health in the 21st century. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16827. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416827>
- Melissa, D., & Wendy, D. (2020). “Motivate to lactate”: Utilizing motivational interviewing to improve breastfeeding rates. *Journal of Perinatal Education*, 29(1), 1–8. <https://doi.org/10.1891/JPE-D-19-00031>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 33–43). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

- Miller, W., & Rollnick, S. (2003). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). J Healthcare Qual.
- Mirghani Dirar, A., & Doupis, J. (2017). Gestational diabetes from A to Z. *World Journal of Diabetes*, 8(12), 489–511. <https://doi.org/10.4239/wjd.v8.i12.489>
- Mollaoğlu, M., & Bağ, E. (2009). Self-efficacy of hemodialysis patients and the affecting factors. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 72(2), 37–42.
- Naroe, H., Rakhshkhorshid, M., Shakiba, M., & Navidian, A. (2020). The effect of motivational interviewing on self-efficacy and continuation of exclusive breastfeeding rates: A quasi-experimental study. *Breastfeeding Medicine*, 15(8), 522–527. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0090>
- Orhan, İ., & Yağmur, Y. (2023). Motivasyonel görüşme. In N. Baltacı, D. Yüksekol, & N. Kızılkaya Beji (Eds.), *Kadın sağlığında bütünlük uygulamaları ve bakım* (p. 881). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ortiz-Pizarro, M. W., Cabrera-Zapata, M. S., Alva, C., Arellanos-Tafur, M. D. J., Serna-Alarcon, V., & Rodríguez-Díaz, D. R. (2023). Motivational intervention to modify knowledge about periodontal disease prevention in pregnant women. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 11, 311–315. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2023.11765>
- Ögel, K. (2009). Motivational interviewing. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry—Special Topics*, 2(2), 41–44.
- Ögel, K., & Şimşek, M. (2021). *Motivasyonel görüşme tekniği*. İstanbul: İş Bankası Yayınları.
- Ögel, K., & Şimşek, M. (2024). *Motivasyonel görüşme tekniği*. İstanbul: Psikonet Yayıncılık.
- Örücü, M. Ç. (2020). Değişime hız kazandıracak bir yöntem: Motivasyonel görüşme. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 20–34.
- Özkaptan, B., & Demirci, İ. (2023). İnsülin kullanan diyabetli hastalarda hipoglisemi korkusu ve öz-yeterlilik algısı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 30(1), 25–36. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.1184004>
- Palas, P., Aksu, S., & Yaşar, Ö. (2020). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin gestasyonel diyabetli kadın eğitimine ilişkin bilgi düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 258–270. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.717157>
- Paranjothy, S., Copeland, L., Merrett, L., Grant, A., Phillips, R., & Gobat, N. (2017). A novel peer-support intervention using motivational interviewing for breastfeeding maintenance: A UK feasibility study. *Health Technology Assessment*, 21(77), 1–144. <https://doi.org/10.3310/hta21770>
- Plows, J. F., Stanley, J. L., Baker, P. N., Reynolds, C. M., & Vickers, M. H. (2018). The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(11), 3342. <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>

- Rasmussen, L., Christensen, M. L., Poulsen, C. W., Rud, C., Christensen, A. S., Andersen, J. R., Kampmann, U., & Ovesen, P. G. (2020). Effect of high versus low carbohydrate intake in the morning on glycemic variability and glycemic control measured by continuous blood glucose monitoring in women with gestational diabetes mellitus—A randomized crossover study. *Nutrients*, 12(2), 475. <https://doi.org/10.3390/nu12020475>
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. (2008). Motivational interviewing in healthcare: Helping patients change behavior. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5(3), 203. <https://doi.org/10.1080/15412550802093108>
- Saffari, M., Sanaeinasab, H., Mobini, M., Sepandi, M., Rashidi-Jahan, H., Sehlo, M. G., & Koenig, H. G. (2020). Effect of a health-education program using motivational interviewing on oral health behavior and self-efficacy in pregnant women: A randomized controlled trial. *European Journal of Oral Sciences*, 128(4), 308–316. <https://doi.org/10.1111/eos.12707>
- Shenton, E. K., Carter, A. G., Gabriel, L., & Slavin, V. (2024). Improving maternal and neonatal outcomes for women with gestational diabetes through continuity of midwifery care: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 37(3), 101597. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.01.009>
- Shirzad, M., Shakibazadeh, E., Rahimi Foroushani, A., Abedini, M., & Poursharifi, H. (2021). Effect of “Motivational Interviewing” and “Information, Motivation and Behavioral Skills” on choosing mode of delivery in pregnant women: A randomized controlled trial. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-178437/v1>
- Smith, R., Gould, R., Kenworthy, Y., Astbury, N., Smith, I., Birks, J., Bateman, P., Hirst, J. E., Jebb, S., Michalopoulou, M., Pulsford, R., Roman, C., Santos, M., Wango, N., Wire, A., & Mackillop, C. (2024). A feasibility study using motivational interviewing and a smartphone application to promote physical activity (+Stay-Active) for women with gestational diabetes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 360. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06510-2>
- Smith, R., Ridout, A., Livingstone, A., Wango, N., Kenworthy, Y., Barlett, K., Coburn, H., Reid, H., Jones, N., & Mackillop, L. (2021). Motivational interviewing to increase physical activity in women with gestational diabetes. *British Journal of Midwifery*, 29(10), 550–556. <https://doi.org/10.1111/bjmid.12550>
- Sweeting, A., Wong, J., Murphy, H., & Ross, G. (2022). A clinical update on gestational diabetes mellitus. *Endocrine Reviews*, 43(5), 763–793. <https://doi.org/10.1210/endrev/bnab051>
- Szmuiłowicz, E. D., Josefson, J. L., & Metzger, B. E. (2019). Gestational diabetes mellitus. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 48(3), 479–493. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.05.001>
- Şahin, M., & Kural, H. U. (2019). Psikolojik problemlerin tedavisinde motivasyonel görüşme. In H. Arkowitz, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), (Çev. M. Şahin & H. U. Kural). Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım. ISBN: 978-605-7846-72-3

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık istatistikleri yılı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36134/0/siy2018trpdf.pdf>

Thomas, R. M. (2004). Diabetes in pregnancy. In R. K. Creasy & R. Resnik (Eds.), *Maternal-fetal medicine* (5th ed., pp. 1023–1061). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2024). *Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu*. Ankara: TEMD. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus2024.pdf>

Vasile, F. C., Preda, A., Ştefan, A. G., Vladu, M. I., Forţofoiu, M. C., Clenciu, D., Gheorghe, L. O., Forţofoiu, M., & Mota, M. (2021). An update of medical nutrition therapy in gestational diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Research*, 2021, 5266919. <https://doi.org/10.1155/2021/5266919>

Wang, H., Li, N., Chivese, T., Werfalli, M., Sun, H., Yuen, L., Hoegfeldt, C. A., Powe, C. E., Immanuel, J., Karuranga, S., Divakar, N., Levitt, N., Li, C., Simmons, D., & Yang, X. (2022). IDF diabetes atlas: Estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's criteria. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109050. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109050>

World Health Organization. (2025). *WHOQOL: Measuring quality of life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>

Yamamoto, J. M., Kellett, J. E., Balsells, M., Garcia-Patterson, A., Hadar, E., Solà, I., Gich, I., & Corcoy, R. (2018). Gestational diabetes mellitus and diet: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials examining the impact of modified dietary interventions on maternal glucose control and neonatal birthweight. *Diabetes Care*, 41(7), 1346–1361. <https://doi.org/10.2337/dc18-0102>

Yapıcı, M. (2023). *Gestasyonel diyabet tanısı alan gebelerde motivasyonel görüşmenin öz bakım ve stres üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ye, W., Luo, C., Huang, J., Li, C., & Liu, Z. (2022). Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 337, e067946. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067946>

Yeşildağ, B., & Golbaşı, Z. (2024). Effects of the web-based birth preparation programme and motivational interviews on primigravida women: Randomized-controlled study. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13207. <https://doi.org/10.1111/ijn.13207>

Yılmaz Fındık, F., & Akbaş, M. (2025). Türkiye’de gestasyonel diyabetle ilgili yapılan lisansüstü ebelik tezlerinin incelenmesi. *Mersin University Medical Journal (Lokman Hekim Journal of History and Folk Medicine)*, 15(2), 710–720. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1607019>

Zajdenverg, L. F. (2022). Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. ISBN: 978-65-5941-622-6.

BÖLÜM 9

YAPAY ZEKÂ DESTEKLİ HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE OTONOMİ

Yusuf SARI¹, Aysun TÜRE², Özlem KERSU³

¹ Doktora Öğrencisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, 26040 Eskişehir/Türkiye yusufsari@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

³ Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, oozkaya@ogu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0003-3592-2892

1. OTONOMİ (ÖZERKLİK) KAVRAMI

Otonomi ya da özerklik kavramı, kökenini Eski Yunanca *autonomos* sözcüğünden almakta olup *auto* (kendi) ve *nomos* (yasa, kural) bileşenlerinden türemiştir. Bu etimolojik yapı, kavramın özünde bireyin ya da bir yapının kendi kendini yönetebilme yetisine sahip olmasını ifade ettiğini göstermektedir (Ballou, 1998; Keenan, 1999). Türk Dil Kurumu'nda özerklik; "Ülkelerin, bölgelerin, toplulukların, kuruluşların kendi kendilerini serbestçe, kendi yasaları ile yönetebilme durumu; muhtariyet, otonomi, otonomluk" olarak tanımlanmaktadır.

Tarihsel süreçte bu kavram, başlangıçta şehir devletlerinin kendi kendilerini yönetmelerini ifade eden politik bir kavram olarak kullanılmış; zamanla bireyin kendini yönetme kapasitesini merkeze alan bireysel bir şekle bürünmüştür (Scott ve diğ., 2003). Günümüzde özerklik, bireyin herhangi bir dış baskı ya da engelle karşılaşmadan düşünebilme, karar alabilme ve bu kararları eyleme dönüştürebilme yetkinliği olarak ele alınmaktadır (Keenan, 1999). Bu yönüyle özerklik, yalnızca karar verme özgürlüğünü değil, aynı zamanda alınan kararların sorumluluğunu üstlenme iradesini de içeren çok boyutlu bir kavramdır.

Etik liberalizm yaklaşımı özerkliği, bireyin kendi yaşam planını belirleme ve bu plan doğrultusunda hareket etme hakkı olarak tanımlamakta; ancak bu hakkı başkalarına zarar vermeme koşulu ile sınırlandırmaktadır (Grindal ve Peterson, 1996). Benzer şekilde iş tasarımı literatüründe özerklik, çalışana görevlerini yerine getirirken anlamlı bir özgürlük alanı ve sağduyu kullanma imkânı tanınması derecesi olarak açıklanmaktadır (Dwyer ve diğ., 1992). Bu tanımlar, özerkliğin hem bireysel hem de örgütsel bağlamda önemli bir işlev gördüğünü ortaya koymaktadır.

1.1. Bireysel Özerklik

Özerklik kavramı genel olarak bireysel ve profesyonel olmak üzere iki temel boyutta ele alınmaktadır. Bireysel özerklik, bireyin kendi değerleri ve hedefleri doğrultusunda özgürce karar alabilmesi, bu kararları uygulayabilmesi ve yaşamını yönlendirebilmesi yeteneğini ifade etmektedir (MacDonald, 2002). Bu bağlamda bireysel özerklik, bireyin kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olması ve bu kontrolü sürdürebilmek için aktif çaba göstermesi anlamına gelmektedir.

Bireysel özerkliğin gelişimi büyük ölçüde sosyalleşme süreciyle ilişkilidir. Erikson'un psikososyal gelişim kuramında 1–3 yaş dönemi, bireyin özerklik kazanımının temellerinin atıldığı kritik bir evre olarak tanımlanmaktadır (Wong, 1997). Bu dönemde çocuk, karşıt istekler arasında seçim yapabilme yetisi geliştirerek kendi davranışları üzerinde kontrol kurmayı öğrenmektedir. Uygun sosyal ve ailesel destekten yoksun ortamlarda ise özerklik gelişimi sınırlı kalmakta; bu durum bireyde bağımlılık ve gerileme eğilimlerini güçlendirebilmektedir (Collins ve Pheler, 2001; Kozier ve diğ., 2004).

Bireysel özerklik, onu destekleyen sosyal yapılar ve fırsatlar mevcut olduğunda en sağlıklı biçimde gelişmektedir. Çocuklara erken yaşlardan itibaren karar verme fırsatları sunulması, sorumluluk almalarının desteklenmesi ve bireysel seçimlerine saygı gösterilmesi, özerklik duygusunun güçlenmesine katkı sağlamaktadır (Collins ve Henderson, 1991). Bu süreçte kazanılan bireysel özerklik, ilerleyen yaşam dönemlerinde mesleki davranış ve tutumları da doğrudan etkilemektedir.

1.2. Profesyonel (Mesleki) Özerklik

Profesyonel ya da mesleki özerklik, bireysel özerkliğin mesleki alandaki yansıması olarak değerlendirilmektedir. Mesleki özerklik, meslek üyelerinin kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olmalarını, mesleki bilgi ve becerileri doğrultusunda bağımsız

kararlar alabilmelerini ve bu kararların sorumluluğunu üstlenebilmelerini ifade etmektedir (MacDonald, 2002; Steward ve diğ., 2004).

Mesleki özerklik, yalnızca bağımsız karar almayı değil; aynı zamanda ekip çalışması, işbirliği ve karşılıklı güvene dayalı bir profesyonel yaklaşımı da içermektedir. Bu yönüyle profesyonel özerklik, bireysel bağımsızlık ile disiplinlerarası işbirliği arasında dengeli bir ilişki kurulmasını gerektirmektedir (Keenan, 1999). Literatürde özerklik, bir mesleği meslek yapan temel unsurlardan biri olarak kabul edilmekte; mesleki kimlik gelişimi ve profesyonelleşme sürecinin ön koşulu olarak değerlendirilmektedir (Collins ve Henderson, 1991; Finn, 2001; Mrayyan, 2004). Profesyonel özerklik düzeyi yüksek olan meslek gruplarında, yaratıcılığın teşvik edildiği, rutin uygulamaların ötesine geçilebildiği ve mesleki sorumlulukların daha etkin biçimde üstlenildiği görülmektedir (Boylan, 1992; Fullbrook, 2008). Bu durum, mesleğin toplumsal statüsünü güçlendirdiği gibi sunulan hizmetin niteliğini de doğrudan etkilemektedir.

Hemşirelik mesleği açısından bireysel ve mesleki özerklik, profesyonel kimliğin gelişiminde belirleyici bir role sahiptir. Bireysel özerklik düzeyi yüksek olan hemşirelerin, mesleki uygulamalarında da daha bağımsız, sorumluluk alan ve karar süreçlerine aktif katılan bir tutum sergiledikleri belirtilmektedir (Özata, 2015). Mesleki özerklik ise hemşirelerin bakım süreçlerine ilişkin kararları mesleki standartlar, etik ilkeler ve bilimsel bilgi doğrultusunda alabilmelerine olanak tanımaktadır. Bu bağlamda özerklik, hemşirelik mesleğinin profesyonel statü kazanmasında ve bakım kalitesinin artırılmasında kritik bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Mrayyan, 2003). Hem bireysel hem de mesleki özerkliğin güçlendirilmesi, hemşirelerin mesleki rollerini etkin biçimde yerine getirebilmeleri ve sağlık bakım sistemine daha güçlü katkı sunabilmeleri açısından temel bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

2. HEMŞİRELİKTE ÖZERKLİK

Hemşirelikte özerklik, literatürde farklı kuramsal perspektifler doğrultusunda ele alınan ve mesleğin profesyonel niteliğini doğrudan etkileyen temel kavramlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak hemşirelikte özerklik; hemşirenin mesleki bilgi, beceri ve deneyimine dayanarak bakım süreçlerine ilişkin kararları bağımsız biçimde alabilmesi, bu kararları uygulayabilmesi ve ortaya çıkan sonuçların sorumluluğunu üstlenebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Breda ve diğ., 1997; Collins ve Henderson, 1991; Finn, 2001).

Batey ve Lewis (1982), hemşirelikte mesleki özerkliği hemşirenin bakım gibi temel sorumluluk alanlarında mevcut seçenekler arasından seçim yapabilme ve aldığı kararları uygulamaya aktarabilme özgürlüğü şeklinde açıklamışlardır. Bu tanımda, hemşirenin yalnızca karar verme yetisine değil, aynı zamanda bu kararların klinik uygulamaya yansıtılabilmesine de vurgu yapılmaktadır. Benzer biçimde Walker ve Avant, hemşirelikte özerkliği hasta merkezli yaklaşım ve hasta savunuculuğu bağlamında ele alarak, hemşirenin hasta ile dayanışma içinde, bağımsız olarak bakıma karar verebilmesi ve bu kararın sorumluluğunu üstlenebilmesi olarak tanımlamaktadır (Wade, 1999).

Literatürde özerklik, yalnızca bağımsız hareket edebilme olarak değil; etik ilkeler, mesleki standartlar ve yasal düzenlemeler çerçevesinde karar verme yetkinliği olarak da değerlendirilmektedir. Bu bağlamda hemşirelikte özerklik, hemşirelerin profesyonel uygulamalarını etik bildirgeler, mesleki değerler ve bilimsel kanıtlar doğrultusunda gerçekleştirebilmelerini mümkün kılan bir mesleki hak ve sorumluluk alanı olarak ele alınmaktadır (MacDonald, 2002; Varjus, Suominen ve Kipli, 2003). Bazı yaklaşımlar, hemşirelikte özerkliği profesyonel yeterlilik ile doğrudan ilişkilendirmektedir. Barazzetti, Radaelli ve Sala (2007), mesleki yeterliliğin artmasıyla birlikte hemşirenin değerlendirme, karar verme ve uygulama alanındaki özerklik düzeyinin de genişlediğini belirtmektedir. Bu görüş, özerkliğin statik bir özellikten ziyade eğitim, deneyim ve mesleki gelişimle birlikte güçlenen dinamik bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır.

Özerkliğin karar verme boyutu, hemşirelik literatüründe özellikle vurgulanan bir unsurdur. Klinik karar verme; hastanın değerlendirilmesi, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, uygun girişimlerin seçilmesi ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi süreçlerini kapsamaktadır. Hemşirelerin bu süreçlerde etkin rol alabilmeleri, mesleki bilgi birikimlerine güven duyulmasını ve karar verme yetkilerinin tanınmasını gerektirmektedir (Karaöz, 2000; Miller, Adams ve Beck, 1993). Bununla birlikte literatürde hemşirelik rollerinin "bağımlı", "bağımsız" ve "yarı bağımlı" biçiminde sınıflandırılmasının, hemşireliğin ekip temelli yapısını yeterince yansıtmadığı yönünde eleştiriler bulunmaktadır. Güncel yaklaşımlar, hemşirelik rollerinin; hemşirenin bağımsız olarak karar verip uyguladığı roller, hekimin istemi doğrultusunda uygulanan roller ve ekip işbirliği içinde karar verilip uygulanan roller şeklinde ele alınmasının daha bütüncül bir çerçeve sunduğunu belirtmektedir (Karaöz, 2000; Azak ve Taşçı, 2009). Bu yaklaşım, özerkliğin ekip çalışmasıyla çelişen değil, aksine ekip içi katkıyı güçlendiren bir unsur olduğunu göstermektedir.

Hemşirelikte özerklik, bakımın kalitesi ile karşılıklı bir ilişki içerisindedir. Literatürde, mesleki özerkliğin gelişmesinin hemşirelik bakımının zamanında, etkili ve hasta gereksinimlerine uygun biçimde sunulmasına katkı sağladığı; buna karşılık kaliteli bakım uygulamalarının da hemşirelerin özerklik algısını güçlendirdiği belirtilmektedir (MacDonald, 2002; Mick ve Ackerman, 2000; Almost ve Laschinger, 2002). Bu karşılıklı etkileşim, özerkliğin hem bireysel hem de örgütsel düzeyde desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Sonuç olarak literatürde hemşirelikte özerklik, profesyonel hemşireliğin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmekte; mesleki kimliğin güçlenmesi, bakım kalitesinin artırılması ve hemşireliğin sağlık sistemi içindeki konumunun geliştirilmesi açısından vazgeçilmez bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda özerklik, yalnızca bireysel bir yetkinlik alanı değil, aynı zamanda hemşirelik mesleğinin kurumsal ve toplumsal düzeyde güçlenmesini sağlayan stratejik bir kavram olarak ele alınmalıdır.

2.1. Hemşirelikte Özerklik ve Yönetim Boyutu

Hemşirelikte özerklik, yalnızca klinik uygulamalarla sınırlı olmayan; örgütsel yapı, yönetim anlayışı ve liderlik yaklaşımlarıyla doğrudan ilişkili bir kavramdır. Yönetim boyutu ön planda ele alındığında özerklik, hemşirelerin karar alma süreçlerine katılımı, yetki-sorumluluk dengesi ve örgütsel destek mekanizmaları üzerinden şekillenmektedir. Bu bağlamda hemşirelik yönetimi, mesleki özerkliğin gelişimini destekleyen ya da sınırlayan temel belirleyicilerden biri olarak değerlendirilmektedir.

Literatürde, hemşirelerin yönetim süreçlerine aktif katılımının mesleki özerklik algısını güçlendirdiği vurgulanmaktadır. Karar verme yetkisinin merkezîyetçi bir yapıdan ziyade paylaşımcı ve katılımcı yönetim modelleriyle ele alınması, hemşirelerin profesyonel kimliklerini daha güçlü biçimde içselleştirmelerine olanak tanımaktadır (Almost ve Laschinger, 2002; Kramer ve Schmalenberg, 2003). Özellikle manyetik hastane modeli gibi çağdaş yönetim yaklaşımlarında, hemşirelerin uygulamalar üzerinde söz sahibi olmaları, bakım kalitesinin ve örgütsel performansın artışı ile ilişkilendirilmektedir.

Yönetim perspektifinden bakıldığında mesleki özerklik, hemşirelerin yalnızca hasta bakımına ilişkin değil; insan gücü planlaması, kalite geliştirme faaliyetleri, etik komitelere katılım ve politika geliştirme süreçlerinde de etkin rol almalarını kapsamaktadır (Miller, Adams ve Beck, 1993; Karaöz, 2000). Bu tür yönetsel sorumluluklar, hemşireliğin profesyonel statüsünü güçlendirdiği gibi, örgüt içinde hemşirelerin görünürlüğünü ve etkisini de artırmaktadır.

Hemşirelik yönetimi literatürü, yönetsel destek ile özerklik arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Yönetici hemşirelerin destekleyici liderlik davranışları sergilemeleri, açık iletişim kanalları oluşturmaları ve hemşirelerin kararlarına güven duymaları, mesleki özerkliğin gelişmesini kolaylaştırmaktadır (Laschinger ve diğ., 2001; Melo ve diğ., 2016). Buna karşılık, katı

hiyerarşik yapılar ve belirsiz görev tanımları, hemşirelerin özerk davranışlarını sınırlandıran temel yönetsel engeller arasında yer almaktadır.

Özerkliğin yönetim boyutu, bakım kalitesi ile de yakından ilişkilidir. Çalışmalar, karar verme yetkisi tanınan ve yönetsel olarak desteklenen hemşirelerin bakım süreçlerinde daha eleştirel düşündüklerini, hasta gereksinimlerine daha duyarlı yaklaştıklarını ve bakım sonuçlarının iyileştiğini göstermektedir (Kramer ve diğ., 2006; Papathanassoglou ve diğ., 2005). Bu durum, hemşirelik yönetiminde özerkliği destekleyen yapıların oluşturulmasının yalnızca meslek üyeleri için değil, sağlık hizmetlerinin genel kalitesi açısından da stratejik bir gereklilik olduğunu ortaya koymaktadır.

Yönetim boyutuyla ele alındığında hemşirelikte özerklik, profesyonel hemşireliğin sürdürülebilirliği açısından kritik bir araçtır. Yetki devri, katılımcı karar alma ve liderlik desteğiyle güçlendirilen özerklik, hemşirelerin örgüte bağlılığını artırmakta; iş doyumunu, meslekte kalma niyeti ve performans üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Korkmaz ve Görgülü, 2010; Labrague ve diğ., 2019). Bu nedenle hemşirelik yönetiminde özerkliğin geliştirilmesi, bireysel bir kazanım olmanın ötesinde, kurumsal başarıyı destekleyen temel bir yönetim stratejisi olarak ele alınmalıdır.

3. YAPAY ZEKÂ, OTONOMİ ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerinde yapay zekâ (YZ) uygulamalarının yaygınlaşması, hemşirelik mesleğinde karar verme süreçlerini, mesleki sorumluluk alanlarını ve özerklik kavramını yeniden tartışmaya açmıştır. Yapay zekâ temelli karar destek sistemleri; klinik değerlendirme, hasta izlem, risk öngörüsü ve kaynak yönetimi gibi alanlarda hemşirelerin uygulamalarını dönüştürürken, bu teknolojilerin hemşirelik otonomisi üzerindeki etkileri özellikle yönetim perspektifinden ele alınması gereken bir konu hâline gelmiştir.

Literatürde yapay zekâ, insan zekâsını taklit edebilen ve büyük veri setlerinden öğrenerek karar destek çıktıları üretebilen sistemler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanında bu sistemler, karar süreçlerini hızlandırma ve standartlaştırma potansiyeli taşımakla birlikte, profesyonel özerklik açısından yeni sınırlar ve sorumluluk alanları da yaratmaktadır (Topol, 2019; Jiang ve diğ., 2017). Hemşirelik yönetimi bağlamında temel tartışma, kararların algoritmalar tarafından yönlendirilmesinin hemşirelerin mesleki bağımsızlığını nasıl etkileyeceği sorusu etrafında şekillenmektedir.

3.1.Yapay Zekâ ve Karar Verme Yetkisinin Dönüşümü

Yapay zekâ destekli sistemler, klinik karar verme süreçlerinde öneri sunan, risk skorları üreten ve bakım planlarını optimize eden araçlar olarak kullanılmaktadır. Ancak bu sistemlerin sunduğu çıktılar, hemşirelikte karar verme yetkisinin tamamen teknolojiye devredilmesi anlamına gelmemektedir. Literatürde, yapay zekânın kararın sahibi değil; karar sürecini destekleyen bir araç olarak konumlandırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Shortliffe ve Sepúlveda, 2018). Hemşirelik yönetimi açısından bu durum, yetki ve sorumluluk dengesinin yeniden tanımlanmasını gerekli kılmaktadır. Yapay zekâdan elde edilen önerilerin klinik uygulamaya aktarılmasında son kararın hemşireye ait olması, mesleki özerkliğin korunması açısından kritik bir ilke olarak değerlendirilmektedir. Aksi durumda, hemşirelerin uygulayıcı rolüne indirgenmesi ve profesyonel kimliğin zayıflaması riski ortaya çıkmaktadır (Roney ve diğ., 2020).

3.2.Yapay Zekâ, Yönetimsel Kontrol ve Otonomi İlişkisi

Yapay zekâ uygulamaları, hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde izleme, performans değerlendirme ve kaynak planlaması gibi alanlarda da yaygın biçimde kullanılmaktadır. Bu durum,

bir yandan bakım süreçlerinin görünürlüğünü ve ölçülebilirliğini artırırken, diğer yandan yönetsel kontrolün artmasına bağlı olarak özerkliğin sınırlandırılması riskini beraberinde getirmektedir. Literatürde bu ikili yapı, "dijital gözetim" ve "algoritmik yönetim" kavramlarıyla tartışılmaktadır (Kellogg, Valentine ve Christin, 2020). Hemşirelik yönetimi perspektifinden bakıldığında, yapay zekâ temelli izleme ve değerlendirme sistemlerinin özerkliği zayıflatıcı değil; aksine profesyonel kararları destekleyici biçimde yapılandırılması gerekmektedir. Yönetici hemşirelerin bu teknolojileri cezalandırıcı veya denetleyici araçlar olarak değil, bakım kalitesini artırmaya yönelik stratejik destek mekanizmaları olarak kullanmaları, özerklik-yönetim dengesinin korunmasında belirleyici olmaktadır.

Yapay zekâ kullanımının hemşirelik otonomisi üzerindeki etkileri, etik ve yönetsel sorumluluk boyutlarıyla birlikte ele alınmalıdır. Yapay zekâ sistemlerinin önerileri doğrultusunda alınan kararların olumsuz sonuçlar doğurması durumunda, sorumluluğun kimde olacağı sorusu literatürde önemli bir tartışma alanıdır. Çalışmalar, etik ve hukuki sorumluluğun nihai olarak sağlık profesyonellerinde ve yönetsel yapılarda kaldığını göstermektedir (Morley ve diğ., 2020). Bu bağlamda hemşirelik yönetimi, yapay zekâ kullanımına ilişkin açık etik rehberler, yetki sınırları ve sorumluluk tanımları oluşturmakla yükümlüdür. Hemşirelerin yapay zekâ çıktıları karşısında eleştirel düşünme becerilerini kullanabilmeleri, yalnızca bireysel yeterlilik değil; aynı zamanda yönetsel destek ve eğitim politikalarının bir sonucudur.

Literatürde öne çıkan görüşlerden biri, yapay zekânın doğru yönetsel yaklaşımlarla hemşirelik otonomisini zayıflatmak yerine güçlendirebileceğidir. Karar destek sistemlerinin, hemşirelerin klinik yargılarını destekleyen, rutin yüklerini azaltan ve yönetsel süreçlerde söz sahibi olmalarını kolaylaştıran biçimde kullanılması, güçlendirilmiş (empowered) bir özerklik anlayışını mümkün kılmaktadır (Laschinger ve Read, 2016; McBride ve Tietze, 2018). Bu çerçevede yapay zekâ, hemşirelik yönetimi için bir tehdit değil; uygun politika, liderlik ve etik çerçevelerle birlikte ele alındığında, profesyonel özerkliği destekleyen stratejik bir araç olarak değerlendirilebilir. Yönetici hemşirelerin teknolojiye yaklaşımı, hemşirelikte yapay zekâ-otonomi ilişkisinin yönünü belirleyen temel faktörlerden biri olarak ortaya çıkmaktadır.

4. YAPAY ZEKÂ DESTEKLİ HEMŞİRELİK YÖNETİMİNDE OTONOMİ

Literatür incelendiğinde hemşirelikte otonomi, hemşirenin mesleki bilgi ve deneyimine dayanarak bağımsız karar verebilme ve bu kararların sorumluluğunu üstlenebilme kapasitesi üzerinden tanımlanmıştır. Ancak yapay zekâ destekli karar sistemleriyle birlikte bu bağımsızlık, "karar verme yetkisini paylaşma" ve "algoritmik önerileri eleştirel biçimde değerlendirme" becerileriyle iç içe geçen yeni bir nitelik kazanma potansiyeli taşımaktadır. Bu durum, otonominin azalmasından çok, niteliksel bir dönüşüm geçirdiğini göstermektedir. Çünkü yapay zekanın yönetsel olarak hemşireleri geliştireceği de literatür tarafından desteklenmektedir. Katılımcı, güçlendirici ve etik temelli yönetim modelleriyle desteklenen yapay zekâ uygulamalarının; hemşirelerin karar verme yükünü dengelediği ve mesleki sorumluluk alanlarını görünür kıldığı bildirilmektedir. Buna karşılık, merkeziyetçi ve denetim odaklı yönetim anlayışlarının yapay zekâyı bir kontrol ve gözetim aracı olarak kullanması, hemşirelikte otonominin daralmasına ve profesyonel kimliğin zayıflamasına yol açabilmektedir.

Yönetici hemşireler, yapay zekâ sistemlerinin uygulamaya entegrasyonunda yalnızca teknik değil; etik, mesleki ve örgütsel sorumluluklar da üstlenmektedir. Literatürde vurgulanan ortak görüş, yapay zekâ destekli sistemlerin nihai karar verici olarak değil, profesyonel karar süreçlerini destekleyen araçlar olarak konumlandırılması gerektiğidir. Otonominin korunması ve güçlendirilmesi, büyük ölçüde bu yönetsel duruşa bağlıdır. Bu bağlamda hemşirelik yönetimi süreçte aktif rol almaktadır ve konumları kritik niteliktedir. Hemşirelikte otonominin bakım kalitesi, hasta güvenliği ve örgütsel performansla güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu da görülmektedir. Yapay zekâ destekli sistemlerin, hemşirelerin karar süreçlerine aktif katılımını artıracak biçimde yapılandırılması;

bakımın bireyselleştirilmesini, hataların azaltılmasını ve kaynakların daha etkin kullanılmasını mümkün kılmaktadır. Bu durum, otonominin yalnızca meslek üyeleri için değil, sağlık sisteminin bütününe yönelik stratejik bir değer taşıdığını ortaya koymaktadır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelik yönetimi perspektifinden yapay zekanın hemşirelikte otonomiye destekleyebilecek nitelikte kullanımına yönelik;

1. **Yönetmel Çerçevenin Netleştirilmesi:** Yapay zekâ destekli sistemlerde karar yetkisi ve sorumluluk alanları açık biçimde tanımlanmalı; son kararın hemşireye ait olduğu yönetsel olarak güvence altına alınmalıdır.
2. **Katılımcı Yönetim Modellerinin Güçlendirilmesi:** Hemşirelerin yapay zekâ sistemlerinin seçimi, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerine aktif katılımı sağlanmalıdır.
3. **Eğitim ve Yetkinlik Geliştirme:** Hemşirelerin yapay zekâ çıktıları karşısında eleştirel değerlendirme yapabilmelerini destekleyen eğitim programları planlanmalıdır.
4. **Etik ve Hukuki Rehberlerin Oluşturulması:** Yapay zekâ kullanımına ilişkin etik ilkeler, mesleki standartlar ve yönetsel sorumluluklar kurumsal düzeyde açık biçimde belirlenmelidir.
5. **Araştırma ve Politika Geliştirme:** Yapay zekâ, otonomi ve hemşirelik yönetimi ilişkisini inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmalar desteklenmeli; elde edilen bulgular sağlık politikalarına yansıtılmalıdır.

Sonuç olarak, hemşirelik otoritesinin yapay zekâ ile desteklenmesi hemşireliğin profesyonel kimliğini, bakım kalitesini ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini güçlendirmede hemşirelik yönetimi açısından önemli bir unsur olacaktır.

6. KAYNAKÇA

- Almost, J., & Laschinger, H. K. S. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(9), 408–420.
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L., Strachan, D., & D’Souza, C. (2022). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 384–396.
- Azak, A., & Taşçı, S. (2009). Hemşirelikte rol, işlev ve sorumluluklar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(2), 3–9.
- Barazzetti, G., Radaelli, S., & Sala, R. (2007). Autonomy, responsibility and the limits of professional practice. *Nursing Ethics*, 14(4), 527–538.
- Batey, M. V., & Lewis, F. M. (1982). Clarifying autonomy and accountability in nursing service: Part 1. *Journal of Nursing Administration*, 12(9), 13–18.
- Bohr, A., & Memarzadeh, K. (2020). *Artificial intelligence in healthcare*. Academic Press.
- Ballou K (1998) Aconcept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing* 14, 102-110.
- Boylan, J. (1992). Professional autonomy in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 8(4), 238–242.
- Breda, K. L., Anderson, M. A., & Hansen, L. (1997). A theoretical framework for nurse autonomy. *Journal of Nursing Scholarship*, 29(1), 75–80.
- Collins, H. M., & Henderson, S. (1991). Autonomy and the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 16(2), 130–137.
- Collins, J. W., & Pheler, S. (2001). Development of autonomy across the lifespan. *Journal of Nursing Education*, 40(6), 257–264.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60.
- Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthcare Journal*, 6(2), 94–98.
- Dwyer DJ, Schwartz RH, Fox ML (1992) Decision making autonomy in nursing. *The Journal of Nursing Administration* 22, 17-23.
- Farokhzadian, J., Forouzi, M. A., & Sajjadi, M. (2020). Empowerment of nurses in clinical practice: A structural model. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 548–558.
- Finn, C. P. (2001). Autonomy: An important component for nurses’ job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 38(3), 349–357.
- Fullbrook, S. (2008). Autonomy in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 17(6), 396–400.
- Grindal, T., & Peterson, R. (1996). Ethical liberalism and autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 22(2), 99–104.
- Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., ... Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: Past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2(4), 230–243.
- Karaöz, S. (2000). Hemşirelikte karar verme ve profesyonel rol. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 1–6.

- Kellogg, K. C., Valentine, M. A., & Christin, A. (2020). Algorithms at work: The new contested terrain of control. *Academy of Management Annals*, 14(1), 366–410.
- Keenan, J. (1999). Autonomy in nursing practice. *Nursing Ethics*, 6(3), 204–214.
- Korkmaz, F., & Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin güçlendirilmesi ve mesleki otonomi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1–11.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing* (7th ed.). Pearson.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. *Western Journal of Nursing Research*, 25(4), 434–452.
- Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2006). Nine structures and leadership practices essential for a magnetic (healthy) work environment. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4), 322–337.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D., Tsaras, K., Arteché, D. L., & Maldia, F. (2018). Organizational commitment and turnover intention among rural nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 593–602.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260–272.
- Laschinger, H. K. S., & Read, E. A. (2016). The effect of authentic leadership, empowerment and professional practice environments on nurses' perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 54–64.
- MacDonald, C. (2002). Nurse autonomy as relational. *Nursing Ethics*, 9(2), 194–201.
- McBride, S., & Tietze, M. (2018). *Nursing informatics for the advanced practice nurse*. Springer.
- Melo, R. C. C. P., Martins, J. T., & Souza, V. S. (2016). Leadership of nurse managers and autonomy of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 222–229.
- Mick, D. J., & Ackerman, M. H. (2000). Critical care nurses' perceptions of autonomy. *American Journal of Critical Care*, 9(6), 429–436.
- Miller, B. K., Adams, D., & Beck, L. (1993). Professional autonomy in nursing. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 21–26.
- Morley, J., Floridi, L., Kinsey, L., & Elhalal, A. (2020). From what to how: An overview of AI ethics tools. *AI & Society*, 35(2), 491–503.
- Mrayyan, M. T. (2003). Nurses' autonomy: Influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 326–336.
- Mrayyan, M. T. (2004). Nurses' autonomy: Predictors and outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 685–695.
- O'Connor, S., Yan, Y., Du, J., Zhang, Y., & He, W. (2022). Artificial intelligence in nursing: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 30(5), 1233–1245.
- Özata, M. (2015). Hemşirelerde mesleki otonomi ve iş doyumunu ilişkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(1), 45–52.
- Papathanassoglou, E. D. E., Tseroni, M., Vazaiou, G., Kassikou, J., Lavdaniti, M., & Papadatou, D. (2005). Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 154–164.

- Papathanassoglou, E. D. E., Karanikola, M. N. K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., Albarran, J. W., & Patiraki, E. (2020). Professional autonomy, collaboration, and moral distress among critical care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 58, 102821.
- Roney, L., McGonigle, D., & Mastrian, K. (2020). Ethical issues in artificial intelligence. In D. McGonigle & K. Mastrian (Eds.), *Nursing informatics and the foundation of knowledge* (4th ed., pp. 455–470). Jones & Bartlett.
- Rony, R., & McGonigle, D. (2021). Artificial intelligence and nursing leadership implications. *Nurse Leader*, 19(4), 357–362.
- Scott, P. A., Matthews, A., & Kirwan, M. (2003). What is nursing autonomy? *Journal of Nursing Management*, 11(1), 3–10.
- Shamsi, S., Dehghan-Nayeri, N., & Negarandeh, R. (2020). Professional autonomy of nurses: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1561–1573.
- Shortliffe, E. H., & Sepúlveda, M. J. (2018). Clinical decision support in the era of artificial intelligence. *JAMA*, 320(21), 2199–2200.
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- Varjus, S. L., Suominen, T., & Kipli, J. (2003). Professional autonomy of nurses in hospital settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 143–150.
- Wade, G. H. (1999). Professional nurse autonomy: Concept analysis and application. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 310–318.
- Wong, D. L. (1997). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children* (6th ed.). Mosby.
- World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. WHO.