

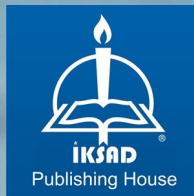
HEMŞİRELİKTE GÜNCCEL YAKLAŞIMLAR 2025

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN

Doç. Dr. Șerif KURTULUŞ

Öğr. Gör. Feray BUCAK



HEMŞİRELİKTE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR 2025

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN¹

Doç. Dr. Şerif KURTULUŞ² Öğr. Gör. Feray BUCAK³

YAZARLAR

Doç. Dr. Ayşegül ÖZCAN ALGÜL

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Gül ÖZTAŞ

Dr. Öğr. Üye. Nuran MUMCU

Öğr. Gör. Dr. Neşe KARAKAYA

Öğr. Gör. Dr. Sümeyye BAL

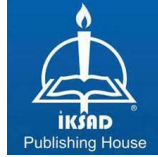
Öğr. Gör. Feray BUCAK

Öğr. Gör. Şeyma DİLMEN

Bilim Uzmanı Sevgi AKBUZ

Uzman Hemşire Ayşegül ÇİFTÇİLER

Uzman Hemşire Mine BAHAR



¹ Prof. Dr., Toros Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mersin, TÜRKİYE, fugen.ozcanarslan@toros.edu.tr , <https://orcid.org/0000-0001-6698-4792>

² Doç. Dr. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi , Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE. drkurtulus1@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-1082-3700>. <https://orcid.org/0000-0002-1082-3700>.

³ Öğretim Görevlisi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, TÜRKİYE. feraykabalcioglu@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-2453-8310>

Copyright © 2025 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed
or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in
the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial
uses permitted by copyright law. Institution of Economic Development and Social
Researches Publications®
(The Licence Number of Publisher: 2014/31220)
TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
Iksad Publications – 2025©

ISBN: 978-625-378-567-3
Cover Design: İbrahim KAYA
December / 2025
Ankara / Türkiye
Size: 16x24cm

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin hızla değişen yapısı, hemşirelik ve ebelik mesleğini yalnızca bakım sunan bir disiplin olmanın ötesine taşımış; kanıta dayalı uygulamalar, teknolojik gelişmeler, toplumsal dönüşümler ve küresel sağlık sorunlarıyla bütünleşen dinamik bir alan hâline getirmiştir.

Bu gereksinimden hareketle planlanan “Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar 2025” adlı bu kitap, alanında uzman akademisyen ve klinisyenlerin katkılarıyla hazırlanmış olup, hemşirelik ve ebelik uygulamalarını güncel bilimsel bilgi ışığında ele alan dokuz bölümden oluşmaktadır.

Eserde; ebelik eğitiminde dijital dönüşüm ve yapay zekâ temelli öğrenme modellerinden, perinatal kayıp ve yas sürecine, afetlerde sağlık politikaları ve hemşirelik yaklaşımlarından, kadın sağlığı hemşireliğinin temel önemi ve rolüne, prenatal bakımda ebe ve hemşirenin sorumluluklarından, laktasyon döneminde hemşirelik bakımına, iş sağlığı hemşireliğinde güncel uygulamalardan, tüpligasyon ve hemşirelik bakımına ve iklim değişikliğinin kadın sağlığı ve hemşirelik üzerindeki etkilerine kadar geniş bir yelpazede konular ele alınmıştır. Her bölüm, güncel literatür, ulusal ve uluslararası rehberler ile klinik uygulamalar doğrultusunda yapılandırılmıştır.

Bu kitabın; lisans ve lisansüstü öğrenciler, akademisyenler, klinikte çalışan hemşireler ve ebeler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri için güvenilir bir başvuru kaynağı olması hedeflenmiştir.

Bilimsel bilgi üretimine katkı sunan, deneyim ve emeklerini bu kitapta bir araya getiren tüm bölüm yazarlarına teşekkür eder; eserin insan sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlamasını temenni ederiz.

Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN*

Doç. Dr. Şerif KURTULUŞ ** Öğr. Gör. Feray BUCAK***

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
-------------	---

BÖLÜM 1

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

<i>Doç. Dr. Ayşegül ÖZCAN ALGÜL.....</i>	<i>1</i>
--	----------

BÖLÜM 2

EBELİK EĞİTİMİNDE DİJİTAL DÖNÜŞÜM: YAPAY ZEKÂ TEMELLİ ÖĞRENME MODELLERİ

<i>Dr. Öğr. Üyesi Hatice Gül ÖZTAŞ.....</i>	<i>17</i>
---	-----------

BÖLÜM 3

AFETLERDE SAĞLIK POLİTİKASI VE HEMŞİRELİK

<i>Dr. Öğr. Üye. Nuran MUMCU & Öğr. Gör. Şeyma DİLMEN.....</i>	<i>33</i>
--	-----------

BÖLÜM 4

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ VE ÖNEMİ

<i>Bilim Uzmanı Sevgi AKBUZ & Öğr. Gör. Feray BUCAK.....</i>	<i>59</i>
--	-----------

BÖLÜM 5

PERİNATAL KAYIP VE YAS

<i>Öğr. Gör. Dr. Neşe KARAKAYA.....</i>	<i>105</i>
---	------------

BÖLÜM 6

TÜPLİGASYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI

<i>Öğr. Gör. Dr. Sümeyye BAL.....</i>	<i>119</i>
---------------------------------------	------------

BÖLÜM 7

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

<i>Uzman Hemşire Mine BAHAR.....</i>	<i>131</i>
--------------------------------------	------------

BÖLÜM 8

LAKTASYON DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Uzman Hemşire Ayşegül ÇİFTÇİLER.....149

BÖLÜM 9

PRENATAL BAKIMDA EBE VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Bilim Uzmanı Sevgi AKBUZ & Öğr. Gör. Feray BUCAK.....179

BÖLÜM 10

YAPAY ZEKÂ VE HEMŞİRELİK

Doç. Dr. Ayşegül ÖZCAN ALGÜL.....227

BÖLÜM 1

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Doç.Dr. Ayőegöl ÖZCAN ALGÜL¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18144724>

¹ Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra Ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, .ORCID: . <https://orcid.org/0000-0003-1626-3242>, e-posta:aysegulozcan.77@gmail.com

ÖZET

Güvenli sağlıklı bir çevre sağlıklı yaşam için temel gereksinimlerden birisidir. İnsanın çevreyi kendi çıkarları doğrultusunda dönüştürme çabası çevre sorunlarını oluşturmaktadır (Beşballı, 2023). Çevre sorunlarının en başında küresel bir sorun olan iklim değişikliği gelmektedir. İklim değişiklikleri temiz havayı, güvenli içme suyuna erişimi, besleyiciyi gıda teminini, güvenli barınma gibi sağlığın temel bileşenlerini etkileyerek yaşamı ve sağlığı olumsuz etkilemektedir (Ekici, 2022).

İklim değişikliği, sağlığın çevresel ve sosyal belirleyicilerini zayıflatarak hem doğrudan hem de dolaylı olarak yaşamları etkileyen, yirmi birinci yüzyılın en büyük sağlık tehdidi olabilir (Campbell-Lendrum et al., 2023). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre, iklim değişiklikleri 2030 ile 2050 yıl arasında dünya ortalaması 250.000'den fazla insanın ölümüne neden olacak; bu ölümlerin 38.000'i yaşlıların aşırı sıcağa maruz kalmasından, 48.000'i ishal kaynaklı, 60.000'i sıtmadan ve 95.000'i ise çocuklarda yetersiz beslenmeden kaynaklanacağını bildirmektedir. (DSÖ, 2018)

İklim değişikliği yalnızca bir çevre sorunu olmayıp, toplumun hassas gruplarını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle yaşlılar, kadınlar, çocuklar, açık havada çalışanlar, kronik hastalığı olan bireyler risk altındadır (Ekici, 2022; Nicholas, and Breakey, 2017; Campbell-Lendrum et al., 2023). İklim değişikliği acil bir küresel halk sağlığı sorunu olup, insanların sağlığı üzerindeki etkilerini azaltmak için hemşirelik mesleğinin katılımını, savunuculuğunu ve liderliğini gerektirmektedir (Nicholas, and Breakey, 2017; Ekici, 2022).

Bu bölümde iklim değişikliğini nedenleri, sosyo-ekonomik, doğal ekosistemler ve sağlık üzerindeki etkileri, bu konuda atılan uluslararası adımları ve hemşirelerin özellikle halk sağlığı hemşirelerinin iklim değişikliği mücadelesindeki görev, yetki ve sorumluluklarını incelemeyi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, küresel ısınma hemşirelik,

1. İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE NEDENLERİ

Dünya iklimi, atmosferi ve tüm ekosistemi olumsuz yönde etkileyen hızlı bir değişim sürecinden geçmektedir. Ancak bu değişim küresel ölçekte

eşit bir şiddette gerçekleşmediği gibi, etkileri de bölgelere ve bireylere göre farklılık göstermektedir. Günümüzde iklim değişikliği, sadece ekolojik bir kriz değil; aynı zamanda çağımızın en kritik çevresel ve ekonomik sorunların başında yer almaktadır (THSK, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) iklim değişikliğini, ozon katmanının incilmesi, toprakta meydana gelen bozulmalar ve gıda tedarik sistemlerinde yaşanan sorunları, küresel çevre riskleri olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2021). Çevre sağlığı risklerinden biri olan iklim değişikliği sağlıklı yaşamın temel bileşenlerini oluşturan beslenme güvenliği, su kaynaklarına erişim, temiz hava ve barınma imkânlarını etkilemektedir. Aşırı hava olayları ve iklimle ilgili çevresel faktörler, su kaynaklı ve gıda kaynaklı hastalık risklerini de artırmaktadır (Nicholas, and Breakey, 2017; Ekici, 2022).

Günümüzde iklim; sadece hava olaylarının ortalaması değil; atmosferik süreçlerin, iklim elemanlarındaki değişkenliklerin ve uç, ortalama değerlerin uzun süreli istatistiksel bir bileşimi olarak tanımlanmaktadır (Türkeş, 2003). Günümüzün en önemli sorunlarından iklim değişikliği ise; karşılaştırılabilir zaman dilimlerinde gözlenen doğal değişkenliğe ek olarak, doğrudan veya dolaylı olarak küresel atmosferin bileşimini bozan insan faaliyetleri sonucunda iklimde meydana gelen sapmalar olarak tanımlanmaktadır (Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi, 2002). Hem tetikleyici unsurları hem de yarattığı etkiler bakımından iklim değişikliği evrensel bir problemidir.

Birçok değişkene bağlı olan iklim değişikliğinin merkezinde, insan eliyle artırılan sera gazı yoğunluğu yer almaktadır. Atmosferde en çok ısıtma özelliği bulunan sera gazları dünyada doğal olarak bulunur. Ancak fosil yakıt kullanımı, arazi kullanımında yaşanan değişiklikler, ormansızlaştırma, atık üretimi vb. insan faaliyetleri sonucunda atmosfere yayılan gazlar giderek artış göstermektedir. Bu durum küresel ısınmaya neden olmaktadır (Gnem, 2024; Sayre ve ark., 2010). Küresel ısınmanın en kritik potansiyel etkisi, biyosfer üzerinde yarattığı küresel iklim değişikliğidir. 1980’li yıllardan itibaren belirginleşen bu süreç; küresel sıcaklığın 1.2 °C arttığı ve CO₂ (karbondioksit) konsantrasyonunun şimdiye kadar olan en yüksek seviyede olduğunu bildirilmiştir. Önlem alınamazsa sıcaklık artışı 1.5 °C’nin üzerinde olması, küresel ısınmanın telafisi olmayan ve geri dönüşümsüz iklim değişikliklerine

yol açabileceği öngörülmektedir (IPCC, 2023; Yılmaz vd.,2024; Türkeş, 2008).

Sera etkisiyle atmosferin sıcaklığının artması; kentleşme, nüfus artışı ve ekonomik büyümenin de etkisiyle dünyanın yüzey sıcaklığını arttırmaktadır Bu doğrultuda, enerji politikalarının çevre ile ilişkisi, sera gazı salınımının azaltılmasında kritik rol oynamaktadır (Beşballı, 2023;Türkeş, 2008).

2. İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN SONUÇLARI

Küresel iklim değişikliği neden olduğu sağlık sorunları insanları doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. İklim değişikliği; küresel yüzey sıcaklığında artış, yağışlar, seller, kuraklık, okyanusun ısınma hızı, buzulların erimesi, deniz seviyesinin yükselmesi ve karada ve okyanusta yaşayan tüm türlerin hayatta kalması için riskler oluşturuyor. Ayrıca balıkçılık, tarım ürünleri ve hayvancılığın zarar görmesi insanların sağlığı için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. İklimde olan etkileri, hava kirliliği, kronik hastalıklar, aşırı hava olayları, zorunlu yer değiştirme, ruh sağlığını da etkilemektedir. 2024 yılında, hava koşullarına bağlı afetler nedeniyle 45.8 milyon insan göç etmiştir (UN,2025; Campbell-Lendrum et al., 2023)

İklim değişikliği doğrudan etkilediği hava olayları ile dolaylı olarak da çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Olgun ve Kantarlı, 2020). Hava olaylarındaki değişimlerin hem ülke içinde hem de dünya genelinde ekonomi, toplum, çevre ve sağlık üzerinde sonuçları vardır. İklim değişikliği su kaynaklarının azalmasına, besin kıtlığına, enerji sıkıntısına, kuraklık ve göç gibi sosyoekonomik ve politik sorunlara yol açmaktadır. Bunların yanı sıra; doğal peyzaj dokusunun bozulması, ekosistemlerin ve biyolojik çeşitliliğin temel unsurlarını olumsuz etkilemektedir (Demir, 2009; IPCC, 2021).

İklim değişikliğinin; hava olaylarında görülen uç değişimlerin sonucu olarak; *Sıcaklık Ekstremleri, Kasırgalar, Fırtınalar, Seller ve Yangınlar* görülmektedir. Ayrıca havanın çok soğuk ya da sıcak olması, çok nemli veya kuru olması da insan sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir (THSK, 2015). Sıcaklık ve yağış düzenlerindeki değişiklikler, birçok bölgede sivrisinek, kene ve kemirgen kaynaklı hastalıkların bulaşmasını kolaylaştıran koşullar

yaratmaktadır. İklim değışikliklerinin doğrudan veya dolaylı etkileri; sıcaklığın artışına bağı olarak gelişen *enfeksiyon ve vektör kaynaklı hastalıklar*, hava sıcaklığının artışıyla birlikte (sıtma, Amerikan uyku hastalığı) vb. vektör kaynaklı hastalıklar; dizanteri, tifo, giardiazis gibi vektör kaynaklı olmayan hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır (THSK, 2015; IPCC, 2022; WHO, 2020; Campbell-Lendrum et al., 2023)

Literatürde İklim değışikliğinin insan sağlığına olan etkileri;

- Bazı bulaşıcı hastalık vektörlerinin dağılımının değışmesine,
 - Su rezervlerinin azalmasına bağı olarak ekilebilir arazilerin azalmasına
 - Alerjik polenlerin mevsimsel yoğunluklarının farklılaşması
 - Şiddetli sıcak hava dalgaları nedeniyle yaşanan ölümlerin artması
 - Hastalık taşıyan vektörlerdeki değışimlerin devam ederek sıcak iklim bölgelerinin kuzeye doğru ilerlemesi,
 - Sıtma hastalığının coğrafi sınırlarının genişlemesi, riskli alanların artması ve bulaş mevsimindeki değışim, bu çevresel krizlerin tetiklediğı göç hareketleri
 - İshal vakalarının artması,
 - Sıcaklık artışıyla birlikte ozon miktarının artması nedeniyle solunum ve dolaşım sistemi rahatsızlıklarına bağı ölüm riskini artması
 - Dengue ateşi gibi vektör kaynaklı hastalıklardan etkilenen hasta sayısındaki artışına neden olmaktadır (THSK, 2015; IPCC, 2022; WHO, 2020; Campbell-Lendrum et al., 2023)

İklim Değışikliklerinin sağlığı dolaylı etkileri;

- Küresel ısınma enfeksiyon hastalıklarının artacağı öngörüldüğünden, özellikle vektör, gıda ve su kaynaklı hastalıklar, bakteriyel, viral ve mantar enfeksiyonların görülmesi (Alıracı, 2022).
- Ayrıca iklim değışiklikleri ilişkili olarak metabolik ve enfeksiyonların enfeksiyöz hastalıklarında artışların olması (Karabörk, & Çelik, 2022).

Toplumda iklim değışikliğinden en çok etkilenen gruplar; çocuklar, yaşlılar, bağışıklık sistemi zayıf olanlar ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerdir. Normalin üstünde seyreden sıcak ve bozulan hava kalitesi; sıcak çarpmasına, kalp hastalıklarına, solunum hastalıklarına, depresyona,

vektörlerin artmasına bağlı oluşan bulaşıcı hastalıklara ve aşırı hava olayları nedeniyle oluşan doğal afetler sonucunda meydana gelen fiziksel travmalara neden olmaktadır. (Yılmaz VD., 2024; IPCC, 2022; WHO, 2020; Campbell-Lendrum et al., 2023).

Ek olarak, çevresel sorunların sonucu olarak çevresel göçmenlerin artması, yerinden edilmiş, moral bozukluğu içindeki toplumlarda ortaya çıkan ruhsal problemler ve toplumsal gerginliklere bağlı çeşitli sağlık sonuçları meydana gelir. Artan sıcaklıklar polen mevsimini uzatarak astım gibi alerjik hastalıkların artmasına sebep olur (CDC, 2010; USGCRP, 2016; Campbell-Lendrum et al., 2023).

Küresel iklim değişikliği tehdit edici bir hızla devam ederken, ülkeler uluslararası işbirliği ile iklim değişikliği ile mücadele etmelidir (Beşballı, 2023; Campbell-Lendrum et al., 2023).

3. İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ İLE MÜCADELEDE HEMŞİRELERİN ROLÜ

Sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin iklim değişikliğinin önlenmesinde ve mücadelesinde önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'ne göre; hemşireler iklim değişikliğiyle mücadelede bireysel ve ulusal düzeyde rol almalıdırlar. Bireysel düzeyde; görev yaptıkları sağlık kurumlarında atık yönetimi uygulamaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, iklim değişikliğinin etkilerinin farkındalığı ve mücadelesi için öncelikle kendilerinden başlayarak, bireyleri, aileleri ve toplumu eğitmelidirler. Ulusal düzeyde ise, sürdürülebilir sağlık politikalarını ve çevre odaklı yasal düzenlemelerin belirlenmesinde liderlik yapmalıdır (ICN, 2018, ICN, 2019). İklim değişikliği ile mücadele eylemi başlatılmasında, farkındalık yaratılmasında ve davranış değişikliklerin oluşmasında hemşireler öncüdür. Bu mücadelede hemşirelerin bireysel ve çalıştıkları kurumlarla birlikte birçok girişim yapabilirler (Yılmaz vd., 2024; Harris et al., 2022; NCC, 2023). Hemşirelerin bireysel olarak; plastik kullanımını azaltmak, su ve enerji tasarrufu yapmak, atıkların ayrıştırılması, ihtiyacı olmayan ürünlerin satın alınmaması, tohum ve fidan ekmek, toplu taşımayı kullanmak, bisiklete binmek yapabilecekleri arasındadır.

Hemşirelerin bu uygulamaları çevresindekilerinin farkındalıklarının artırılmasında önemlidir (Ekici, 2022; NCC, 2023 ; Yılmaz vd., 2024

İklim değişikliği ilgili çalışmalara Türkiye 2004 yılında İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi, 2009 yılında ise Kyoto Protokolü imzalamıştır. 2010 yılında İklim Değişikliği 2010-2020 Ulusal Strateji Belgesi ile iklim değişikliğini sağlık üzerine etkileri yayımlamıştır. Bu yayında sağlık sistemlerinin iklim değişikliğine uyum sağlamaları için plana, sağlık çalışanlarının bu konuda eğitime ihtiyacı olduğunu vurgulanmıştır. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından 2011-2023 Eylem Planında, bu hedeflere ulaşmada sağlık kurumlarının güçlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (İklim Değişikliği Başkanlığı, 2011). İklim değişikliği ile mücadele, 2015-2030 yılları arasında Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasındadır (UN, 2023;Ekici, 2022). Türkiye bu mücadelede 2016 yılında Paris Anlaşmasını imzalamış, 2021 yılında 2053 yılına kadar sıfır emisyon hedefi için anlaşmayı onaylamıştır (İklim Değişikliği Başkanlığı, 2023).

Hemşireler özellikle halk sağlığı hemşireleri küresel iklim değişikliği mücadelesinde uzmanlıklarına göre aktif rol oynar (Ekici, 2024; ICN, 2018; Öztürk, 2016). Sağlık eğitimi konusunda bilimsel bilgi ve beceriye sahip olan hemşireler bu konuda halka farkındalık kazandırabilirler. Önce kendilerinden başlayarak sera gazı emisyonunu azaltacak önlemler konusunda bireylere, ailelere ve toplumlara eğitim verebilirler (Özsoy & Ateş, 2021; ICN, 2018; Öztürk, 2016; Mc Michael et al., 2008). Halk sağlığı hemşirelerinin temel misyonu olan önleme yaklaşımıyla iklim değişikliklerin sağlığa olan etkilerinin önlenmesi çalışmalarında yer alabilirler (Özsoy ve Ateş, 2021; Ekici, 2024). Ayrıca halk sağlığı hemşireleri birey, aile ve topluma sağlık hizmeti sunumunda veri toplarken sağlığın temel belirleyicilerini dikkate almalıdır. Topladığı bu verileri sağlığın korunması ve geliştirilmesi uygulamalarında kullanabilir. En maliyet etkin yöntem olan korunma yaklaşımını çevre sağlığı sorunlarında acil ve afetlere hazırlık aşamalarında kullanabilir (Ekici, 2024).

Toplumla sürekli etkileşim halinde olan hemşireler, küresel ısınmanın etkilerinin hafifletilmesinde öncü bir rol üstlenmektedir. ICN de, küresel ısınmanın hemşirelik mesleği için kritik bir gündem maddesi olduğunu

belirterek, hemşirelerin doğal çevreyi kirlilik, bozulma ve yıkıma karşı koruma ve sürdürülebilirliği sağlama sorumluluğunu üstlenmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (ICN, 2020; World Health Organization and Health Care Without Harm, 2009). Ayrıca iletişim güçleri sayesinde halka yönelik eğitimler düzenleyebilir, yerel kuruluşlarla iş birliği yaparak iklim politikalarının yürütülmesine katkı sağlayabilirler (Aslan ve Mutlu, 2019). Hemşirelik öğrencilerinin halk sağlığı ve sağlık politikalarında liderlik yapmak için eğitimlerine dahil edilmeleri ve iklim değişikliği konusunda bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve sorunun çözümü için günümüz politikalarına dahil edilmesi önerilmektedir. (Harris et al., 2022; Ergin vd, 2021).

Dünya genelindeki sağlık iş gücünün yaklaşık yarısını oluşturan hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumunda tıbbi malzemeleri en yoğun kullanan meslek grubudur. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan atıkların (örneğin, biyolojik tehlikeler, ilaç atıkları) kaynağında ayrıştırılmasını sağlayarak, bu atıkların geri dönüşüm sürecine kazandırılmasına ve dolayısıyla ekonomik bir değer oluşturulmasına doğrudan katkıda bulunabilirler (Şimşek ve Özsoy, 2024). Hemşireler, karbon ayak izini azaltan eylemlerin hayata geçirilmesinde öncü bir rol üstlenmektedir. Klinik bakım sorumluluklarının ötesine geçen hemşireler; iklim değişikliği üzerine araştırmalar yürütmekte, yerel, ulusal ve uluslararası düzeydeki iklim politikalarını geliştirilmesinde aktif görev almaktadırlar (Leffers ve Butterfield, 2018). Hemşireliğin Geleceği 2020–2030: Sağlıkta Eşitliğe Ulaşmak İçin Bir Yol Haritası (2021) raporu da hemşirelerin, sağlıkta eşitliği sağlamak amacıyla savunuculuk ve politika çalışmalarına katılım göstermelerinin kritik önemini vurgulamaktadır (Harris et al., 2022).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

İklim değişikliği sadece bir çevre sorunu değil, aynı zamanda toplumun en kırılgan kesimlerini etkileyen önemli halk sağlığı sorunudur. Riskli gruplar olan çocuklar, yaşlılar, işçiler, bağışıklık sistemi zayıflamış kişiler iklim koşullarından ilk etkilenenler arasındadır. İklim değişikliğinin acil bir küresel halk sağlığı sorunu olup, insanların sağlığı üzerindeki etkilerini azaltmak için hemşirelik mesleğinin katılımını, savunuculuğunu ve liderliğini gerektirmektedir (Öztürk, 2016; Nicholas, and Breakey, 2017; ICN, 2018;

Ekici, 2024). Hemşireler sağlık profesyonellerinin yaklaşık %60'ını oluşturmaları, riskli gruplara olan yakınlığı ve güvenilir olma nedeniyle iklim değişikliği ile mücadelede benzersiz bir konuma sahiptir (Butterfild, 2021). ICN, hemşirelerin iklim değişikliğiyle mücadelede hem ulusal hem de bireysel düzeyde önemli sorumlulukların olduğunu vurgulamaktadır (ICN, 2018). Bu kapsamda hemşireler; ulusal düzeyde sürdürülebilir çevre politikalarının belirlenmesinde ve uygulanmasında, birey, aile ve toplumu sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iklim kriziyle mücadele konusunda kendinden başlayarak eğitim sorumluluğu vardır (ICN, 2018, ICN, 2019, Harris et al., 2020).

Bu bağlamda özellikle halk sağlığı hemşireleri, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi ve azaltılmasında kritik bir role sahiptir (Öztürk, 2016; ANHE, 2019; Özsoy & Ateş, 2021; Ekici, 2022). Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamında toplumun iklim değişikliği konusunda bilinçlendirilmesi, risk gruplarının belirlenmesi, çevre dostu yaşam biçimlerinin teşvik edilmesi halk sağlığı hemşireliğinin temel sorumlulukları arasındadır. Ayrıca hemşirelerin, politika geliştirme süreçlerine katılarak çevre ve sağlık odaklı uygulamaların savunuculuğunu yapmaları büyük önem taşımaktadır (Mc Michael et al., 2008; Öztürk, 2016; ANHE, 2019; Kotcher, et al., 2021; Özsoy & Ateş, 2021, Ekici, 2022).

KAYNAKLAR

- Alıracı, I.D. (2022). Küresel Isınmanın Enfeksiyon Hastalıklarına Etkisi. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (16), 284-291),
- Alliance of Nurses for Health Environments. (ANHE).(2019). *Climate change*. <https://envirn.org/climate-change/>. Erişim tarihi:.06.09.2025
- Beşballı, S.G.(2023). Çevre sorunları çerçevesinde küresel iklim değişikliği. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(2), 500-521
- Aslan, M., & Mutlu, Ç.I. (2019). Küresel ısınmanın etkileri ve hemşirelik. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 6(3), 147-170.
- Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi, 2002. :<https://iklim.gov.tr/bm-iklim-degisikligi-cerceve-sozlesmesi-i-33>. Erişim tarihi: 12.11.2025
- Butterfield, P., Leffers, J., & Vásquez, M. D. (2021). Nursing's pivotal role in global climate action. *BMJ*, 373.<https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1049.short>, Erişim tarihi:01.09.2025.
- Campbell-Lendrum, D., Neville, T., Schweizer, C., & Neira, M. (2023). Climate change and health: three grand challenges. *Nature Medicine*, 29(7), 1631-1638).
- CDC. (2010). A human health perspective on climate change a report outlining the research needs on the human health effects of climate change,the interagency working group on climate change and health.https://www.niehs.nih.gov/health/materials/a_human_health_perspective_on_climate_change_full_report_508.pdf. Erişim tarihi:15.09.2025.
- Demir, A.(2009). Küresel iklim değişikliğinin biyolojik çeşitlilik ve ekosistem kaynakları üzerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Çevrebilimleri Dergisi*, 1 (2), 37-54
- DSÖ. (2018a). *Climate. Change*. Fact Sheeds. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/climate-change-and-health>. Erişim tarihi:16.09.2025

- DSÖ.(2021).*Global environmental change*.
<https://www.who.int/globalchange/climate/en/> . Erişim tarihi:16.10.2025.
- Ekici, E.(2022). İklim değişikliklerinin etkilerinin azaltılmasında halk sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 77-88.
- Ergin, E., Altinel, B., & Aktas, E. (2021). A mixed method study on global warming, climate change and the role of public health nurses from the perspective of nursing students. *Nurse Education Today*, 107, 105144.
- Ganem, K.Z. (2024). *Climate Changes and Sustainability*, Open Journal of Ecology,2024,14,17-53, <https://www.scirp.org/journal/oje>, Erişim tarihi: 01.09.2025
- Harris, O. O., Bialous, S. A., Muench, U., Chapman, S., & Dawson-Rose, C. (2022). İklim değişikliği, halk sağlığı, sağlık politikası ve hemşire eğitimi. *Am J Public Health*, 112(S3), S321–S327.
- Intergovernmental Panel on Climate Change. Summary for Policymakers. in *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (eds. Pörtner, H.-O. et al.) 3–33 (Cambridge Univ. Press, 2022).
- International Council of Nurses. (ICN). (2018). *Nurses, climate change and health*. Erişim tarihi: 10.10.2025, <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Nurses%252c%20climate%20change%20and%20health%20FINAL%20.pdf> . Erişim tarihi:01.11.2025
- International Council of Nurses (ICN 2020). *International Council of Nurses launches Consultation to revise code of ethics for nurses*, <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-launches-consultation-revise-code-ethics-nurses>, Erişim tarihi: 01.11.2025.
- IPCC, 2023; Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2023). Sixth Assessment Report: climate change 2023. <https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-cycle/> Erişim tarihi:04.10.2025

- İklim Değişikliği Başkanlığı. (2011). *Eylem planları*. <https://iklim.gov.tr/eylem-planlari-i-19>. Erişim tarihi: 09.09.2025
- İklim Değişikliği Başkanlığı. (2023). *Paris Anlaşması*. <https://iklim.gov.tr/paris-anlasmasi-i-34>. Erişim tarihi: 09.09.2025
- Karabörk, Ş., & Çelik, H. Yeni Viral Hastalıkların Perspektifinde İklim Değişikliği Ve Artan Tip 1 Diyabet İnsidansı. *Tam Metinler Kitabı*.
- Kotcher, J., Maibach, E. & Miller, J. (2021). Views of health professionals on climate change and health: a multinational survey study. *The Lancet Planetary Health*, 5(5), 316- 323. Erişim tarihi:15.10.2025
- Nicholas, P. K., & Breakey, S. (2017). Climate change, climate justice, and environmental health: Implications for the nursing profession. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), 606-616.
- Nurses Climate Challenge. (2023). A guide for health professionals at work and home. <https://us.nursesclimatechallenge.org/resources>. Erişim tarihi: 03.11.2025
- McMichael, A.J., Neira, M., & Heymann D.L. (2008). World health assembly 2008: climate change and health. *Lancet*, 7(371), 1895–1896.
- Özsoy, S. A. & Ateş, E. (2021) Çevre sağlığı hemşireliği, içinde Erkin, Ö., Kalkım, A., Göl İ. (Eds.). Halk Sağlığı Hemşireliği. Çukurova Nobel Kitabevi. ss.1037-1052.
- Öztürk, S. (2016). Çevre sağlığı hemşireliği. İçinde Erci B.(Eds), Halk Sağlığı Hemşireliği.(ss 282-293). Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri
- TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015). İklim değişikliğinin sağlık üzerine olumsuz etkilerinin azaltılması ulusal programı ve eylem planı (Yayın No: 998)..https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi-db/Dokumanlar/Sunumlar/Iklim_Degisikligi_Eylem_Plani.pdf. Erişim tarihi: 10.11.2025.
- Türkeş, M.(2008). Küresel iklim değişikliği nedir? Temel kavramlar, nedenleri, gözlenen ve öngörülen değişiklikler. *İklim Değişikliği ve Çevre*, 1(1), 26-37.

- Yılmaz, Y., Karahan, S., Solmaz, F., & Kaya, R. (2024). İklim Değişikliği ile Mücadelede Hemşirelerin Rollerini: Sağlık İçin Sağlıklı İklim. *Institute of Health Sciences Journal*, 9(2), 257-260
- Sayre, L., Rhazi, N., Carpenter, H., & Hughes, N. L. (2010). Climate change and human health: the role of nurses in confronting the issue. *Nursing administration quarterly*, 34(4), 334-342
- Şimşek, H. G., & Özsoy, S. A. (2024). Sağlık Kuruluşlarında Hemşireler İçin Yeşil Bir Uygulama: Geri Dönüşüm. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(1), 145-151.
- Türkeş, M. (2003). *Küresel İklim Değişikliği ve Gelecekteki İklimimiz*, 23 Mart Dünya Meteoroloji Günü Kutlaması Gelecekteki İklimimiz Paneli, Bildiriler Kitabı, 12-37, Ed.: M. Türkeş, T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı Devlet Meteoroloji İşleri Genel Müdürlüğü, 23 Mart 2003, Ankara
- United Nations (UN) (2025). Climate Action, <https://www.un.org/en/climatechange/science/causes-effects-climate-change>, Erişim tarihi: 24.11.2025
- United Nations (UN). (2023). *Climate Action and Synergies*. <https://sdgs.un.org/topics/climate-action-synergies>. Erişim tarihi: 02.09.2025
- US Global Change Research Program (USGCRP) .(2016) The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. <https://health2016.globalchange.gov/>. Erişim tarihi: 06.10.2025.
- World Health Organization, Health Care Without Harm. (2009). Healthy hospitals, healthy planet, healthy people: Addressing climate change in healthcare settings [discussion draft]. http://www.who.int/globalchange/publications/healthcare_settings/en/. Erişim tarihi: 18.11.2025.
- World Health Organization. (2020). *Vector-borne diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>. Erişim tarihi: 01.11.2025

World Health Organization (WHO). (2023). *Climate change*.
<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/climate-change-and-health>. Erişim tarihi:0

BÖLÜM 2

EBELİK EĞİTİMİNDE DİJİTAL DÖNÜŞÜM: YAPAY ZEKÂ TEMELLİ ÖĞRENME MODELLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Gül ÖZTAŞ¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18144758>

¹ Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3574-2509> e-posta:m: h.gul_akbaba@hotmail.com

ÖZET

Bu çalışma, ebelik eğitiminde yapay zekâ uygulamalarının entegrasyonunu ve dijital dönüşümün eğitim süreçleri üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Literatürde yer alan güncel araştırmalar ışığında, yapay zekâ teknolojilerinin ebelik öğrencilerinin klinik karar verme becerileri, öz yeterlilik düzeyleri, akademik başarıları ve mesleki güven gelişimi üzerindeki katkıları değerlendirilmiştir. Simülasyon temelli eğitimler, karar destek sistemleri, sanal gerçeklik ve kişiselleştirilmiş öğrenme modelleri gibi araçların, öğrenme süreçlerini daha etkili ve sürdürülebilir hâle getirdiği görülmektedir. Ayrıca, yapay zekâ uygulamalarının eğitmen yükünü azaltarak eğitimde standardizasyon sağladığı ve kanıta dayalı bakım uygulamalarını teşvik ettiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, yapay zekânın eğitimde etik kullanımına, veri gizliliğine ve sistematik kaynaklı önyargılara ilişkin bazı kaygılar da mevcuttur. Sonuç olarak, ebelik eğitiminde yapay zekâ tabanlı teknolojilerin dengeli, etik ve pedagojik temellerle desteklenerek bütüncül bir biçimde entegrasyonu önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik eğitimi, yapay zekâ, dijital dönüşüm, simülasyon.

1. GİRİŞ

Ebelik eğitim programlarının temel amacı; kapsamlı bilgi birikimine sahip, mesleki özerkliğini etkin biçimde kullanabilen ve yüksek bakım standartlarını sürdürülebilir bir biçimde karşılayacak yetkin sağlık profesyonelleri yetiştirmektir. Uygulamaya dayalı bir meslek olan ebelikte bilgi, beceri ve profesyonel tutumların gelişimi, teorik öğretim ile klinik uygulama deneyimlerinin bütüncül ve sistematik biçimde entegrasyonunu gerektirir. Bu bağlamda kuramsal bilgi ile klinik pratiğin etkili bir şekilde bir araya getirilmesi, öğrencilerin güvenli, kanıta dayalı ve profesyonel yeterlilikleri içselleştirebileceği sağlam bir öğrenme ortamı sunar (International Confederation of Midwives [ICM], 2019; Bäck & Karlström, 2020).

Son yıllarda yapay zekâ uygulamalarının ebelik eğitime entegrasyonu, mesleğin tüm bakım alanlarında prekonsepsiyonel dönemden gebeliğe, doğuma, postpartum döneme, yenidoğan ve aile bakımına kadar

kaliteli ve bütüncül hizmet sunma kapasitesini güçlendiren yenilikçi bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Yapay zekânın öğrenme deneyimlerini kişiselleştirme, klinik karar verme süreçlerini destekleme ve öğrenci başarısını artırma konusundaki potansiyeli, hem uluslararası kılavuzlarla uyumludur hem de güncel araştırmalar tarafından doğrulanmaktadır (DSÖ, 2024; Bulut & Hüseyinoğlu, 2024).

Yapay zekâ kavramı ilk olarak 1956 yılında Dartmouth Konferansı'nda John McCarthy tarafından ortaya atılmış ve “insan benzeri düşünme, odaklanma, karar verme ve problem çözme becerilerine sahip makineler” olarak tanımlanmıştır (Akbulut, 2013). Bu tanımla temellenen yapay zekâ yaklaşımı, günümüzde sağlık bilimlerinde klinik karar destek sistemlerinden eğitim teknolojilerine kadar geniş bir yelpazede uygulama alanı bulmuş, özellikle sağlık profesyonellerinin eğitimi ve klinik bakım süreçlerinin iyileştirilmesinde dönüştürücü bir role sahip olmuştur (Kranz & Abele, 2024).

Diğer sağlık disiplinlerinde olduğu gibi, yapay zekâ teknolojilerindeki hızlı gelişmeler ebelik eğitimini de doğrudan etkilemekte ve geleneksel öğretim yöntemlerini yeniden şekillendirmektedir. Yapay zekânın klinik hizmetlerde daha belirleyici bir rol üstleneceği öngörülmektedir. Ebelerin bu dijital dönüşüme uyum sağlayabilmeleri için eğitim programlarının güncellenmesi kaçınılmaz hâle gelmiştir (Kranz & Abele, 2024). Dünya Sağlık Örgütü de sağlık sistemlerinde verimliliği artırmak, hizmet boşluklarını gidermek ve klinik süreçleri optimize etmek amacıyla yapay zekâ kullanımını teşvik etmekte; aynı zamanda etik, gizlilik ve adalet ilkelerine dayalı bir uygulama çerçevesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (DSÖ, 2024).

Küresel ölçekte yaklaşık 1,9 milyon ebe bulunduğu göz önüne alındığında, yapay zekâ tabanlı uygulamaların ebelik pratiğini desteklemek üzere oldukça geniş bir potansiyel taşıdığı görülmektedir. Yapay zekâ, klinik karar verme süreçlerinde daha iyi bilgilendirilmiş değerlendirmeler yapılmasını sağlayarak anne-yenidoğan sonuçlarını iyileştirme ve sağlık hizmetlerinde verimliliği artırma potansiyeline sahiptir. Bununla birlikte, veri güvenliği ve etik ikilemler gibi riskler, bu teknolojilerin sorumlu ve dikkatli bir biçimde uygulanmasını zorunlu kılmaktadır (Kranz & Abele, 2024).

2. EBELİK EĞİTİMİ VE DİJİTAL DÖNÜŞÜM

Yapay zekânın sağlık bilimlerine entegrasyonu 1970’li yıllara uzanmakta olup erken tanı, tedavi planlaması, tıbbi görüntüleme ve klinik veri yönetimi gibi birçok alanda önemli ilerlemeler kaydedilmesini sağlamıştır (Uzun Özşahin ve ark., 2020; Ekrem & Danışkan, 2021). Bu dönüşüm yalnızca klinik hizmetlerin etkinliğini artırmakla kalmamış, modern sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılmasında kritik bir araç hâline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve diğer uluslararası otoriteler, yapay zekâ temelli çözümlerin sağlık hizmetlerinin standartlaştırılmasından sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına kadar geniş bir alanda stratejik katkılar sunduğunu belirtmektedir (DSÖ, 2021).

Güncel gelişmeler, yapay zekânın yalnızca klinik uygulamaları değil, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerini de köklü biçimde değiştirdiğini göstermektedir. Ebelik öğrencileri açısından yapay zekâ destekli kişiselleştirilmiş öğrenme yöntemleri, gerçekçi klinik simülasyonlar ve veri odaklı değerlendirme araçları, daha kapsamlı ve bütüncül bir eğitim deneyimi sunmaktadır (Karabacak ve ark., 2023). Geniş ölçekli klinik ve eğitim verilerini analiz edebilen yapay zekâ modelleri, karar verme becerilerini destekleyen uyarlanabilir öğrenme ortamları oluşturarak öğrencilerin klinik yeterliliklerini sistematik biçimde geliştirebilmektedir (Kim ve ark., 2023; Herbawani ve ark., 2025).

Literatürde yapay zekâ temelli sağlık uygulamaları dört ana kategori altında değerlendirilmektedir:

- ✓ Tanısal süreçlerin iyileştirilmesi,
- ✓ Morbidite ve mortalite risklerinin öngörülmesi,
- ✓ Salgın izleme ve hastalık yayılımının tahmini,
- ✓ Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve kaynak planlaması

Bu alanlar, yapay zekânın bireysel düzeyde klinik kararları ve en üst düzeyde sistem planlamasını destekleyerek sağlık hizmetlerine çok yönlü katkı sunduğunu göstermektedir (Schwalbe & Wahl, 2020; Ekrem & Danışkan, 2021).

Ebelik pratiğinde yapay zekâ uygulamaları gebelikten doğuma, doğumdan postpartum döneme kadar tüm bakım süreçlerinde erken risk belirleme, izlem, değerlendirme ve karar desteği sağlayan yenilikçi araçlar

olarak öne çıkmaktadır. Ebelik eğitiminde ise yapay zekâ, klinik yeterliliklerin geliştirilmesini destekleyen bireyselleştirilmiş, etkileşimli ve deneyim temelli öğrenme ortamları oluşturmaktadır. Bununla birlikte, etik ikilemler, veri güvenliği, model kaynaklı önyargı ve profesyonel sorumluluk alanlarına ilişkin tartışmalar, yapay zekânın sağlık eğitimine entegrasyonunda dikkatle ele alınması gereken önemli başlıklardır (O'Connor, 2022; Bulut & Hüseyinoğlu, 2024).

3. YAPAY ZEKÂ TEMELLİ ÖĞRENME MODELLERİ

Yapay zekâ, sağlık bilimlerinde kullanılan dijital öğrenme ve karar destek teknolojilerinin temelini oluşturan dört ana bileşenden oluşmaktadır: makine öğrenimi, doğal dil işleme, yapay sinir ağları ve bilgisayarla görmedir. Bu bileşenler, sistemlerin büyük veri kümeleriyle etkileşimini, öğrenme kapasitesini ve algısal yeteneklerini şekillendiren tamamlayıcı unsurlar olarak birlikte çalışır (Ekrem & Danışkan, 2021).

Klasik yapay zekâ, kurallara dayalı ve mantıksal çıkarım süreçlerini temel alan sembolik yöntemler üzerine kuruludur. Bu yaklaşım, iyi tanımlanmış problem çözme senaryolarında etkili olmakla birlikte yeni bilgidен öğrenme kapasitesinin sınırlı olması nedeniyle güncel klinik eğitimin dinamik ve değişken yapısına uyum sağlamakta yetersiz kalabilmektedir (Bulut & Hüseyinoğlu, 2024).

Makine öğrenimi, istatistiksel modelleme tekniklerinin bilgisayar sistemlerine uygulanması yoluyla verilerden anlamlı örüntülerin çıkarılmasını sağlayan bir öğrenme biçimidir. Sağlık alanında geniş veri setlerini analiz edebilmesi, risk tahmin modelleri geliştirmesi ve klinik karar destek mekanizmalarını güçlendirmesi nedeniyle giderek daha kritik bir araç hâline gelmiştir (Hoşgör & Güngördü, 2022).

Bu altyapının daha karmaşık bir formu olan derin öğrenme, biyolojik sinir ağlarının çalışma prensiplerinden esinlenen çok katmanlı yapay sinir mimarilerine dayanır. Yüksek boyutlu ve kompleks veri kümelerini işleyebilme kapasitesi, onu özellikle görüntü sınıflandırma, yüz tanıma ve klinik görüntüleme verilerinin analiz edilmesi gibi uygulamalarda son derece etkili kılmaktadır. Ayrıca derin öğrenme modellerinin yeni ilaç geliştirme, ilaç etkileşimlerinin öngörülmesi ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarının

oluşturulması gibi ileri düzey biyomedikal uygulamalarda önemli katkılar sunduğu belirtilmektedir (Bulut & Hüseyinoğlu, 2024).

Bu öğrenme modellerinin eğitim alanına yansımaları, ebelik öğrencilerinin klinik karar verme, problem çözme ve algoritmik düşünme becerilerini destekleyen yenilikçi dijital eğitim ortamlarının oluşturulmasına olanak tanımaktadır.

4. EBELİK EĞİTİMİNDE YAPAY ZEKÂ KULLANIMININ AVANTAJLARI

Yapay zekâ destekli uygulamaların ebelik eğitimine entegrasyonu, son yıllarda literatürde giderek daha fazla dikkat çeken ve eğitimde dönüşüm yaratan bir gelişme alanıdır. Araştırmalar, yapay zekânın ebelik öğrencilerinin akademik başarı, motivasyon, öz yeterlilik ve klinik özgüven düzeyleri üzerinde belirgin olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Schwalbe & Wahl, 2020; Lendahls & Oscarsson, 2017).

Yapay zekâ destekli simülasyonlar ve etkileşimli dijital eğitim ortamları, öğrencilerin gerçek klinik durumları yüksek doğrulukla deneyimlemelerine olanak tanımakta; böylece eleştirel düşünme, klinik akıl yürütme ve uygulama becerilerinin geliştirilmesi süreçlerini güçlendirmektedir. Bu simülasyonlar, özellikle karmaşık klinik senaryolara güvenli bir ortamda tekrar tekrar erişim imkânı sunarak öğrenme derinliğini artırmaktadır (Takeuchi ve ark.2025; Kranz & Abele 2024; Giaksi ve ark., 2025; Ünlü Bidik, 2024).

Yapay zekâ temelli karar destek sistemleri ve öngörücü analiz araçlarının eğitim sürecine entegre edilmesiyle birlikte, öğrencilerin klinik karar verme süreçlerindeki doğruluk ve hız düzeylerinin arttığı; hataya dayalı uygulamaların ise belirgin biçimde azaldığı bildirilmektedir (Kranz & Abele 2024; Salim ve ark.2025; Silmi & Susanti, 2025; Giaksi ve ark., 2025). Bu sistemler, klinik verileri analiz ederek riskli durumların erken belirlenmesini ve öğrencilerin klinik mantık yürütme becerilerini geliştirmesini desteklemektedir.

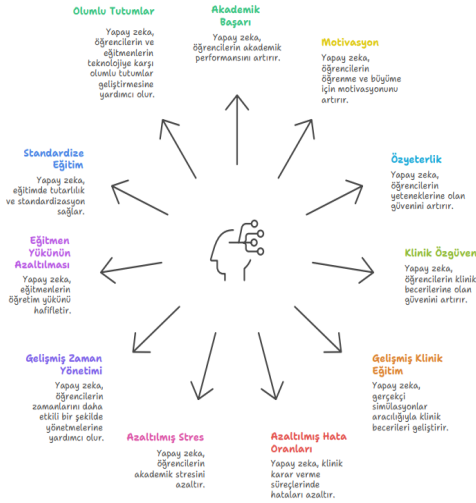
Öğrenciler açısından yapay zekânın önemli avantajlarından biri de akademik stresin azaltılması ve psikolojik iyi oluşun desteklenmesidir. Bilgiye hızlı erişim, kişiselleştirilmiş öğrenme önerileri ve otomatik geri

bildirim mekanizmaları, öğrencilerin zaman yönetimi becerilerini geliştirmekte ve öğrenme sürecine olan güvenlerini artırmaktadır (Benammi ve ark., 2025; Georgieva-Tsaneva ve ark., 2024; Ünlü Bidik, 2024).

Eğitmenler için yapay zekâ, otomatik değerlendirme sistemleri, öğrenme analitiği araçları ve içerik yönetim uygulamaları sayesinde öğretim yükünü hafifletmekte; böylece eğitimcilerin pedagojik süreçlere daha fazla odaklanmasına olanak tanımaktadır (Georgieva-Tsaneva ve ark., 2024; Kranz & Abele, 2024). Buna ek olarak, yapay zekâ destekli eğitim ortamlarının sağladığı içerik tutarlılığı ve standartlaştırılmış öğretim materyalleri, kanıta dayalı eğitimin yaygınlaştırılması açısından önemli bir katkıdır (Takeuchi ve ark., 2025; Salim ve ark., 2025; Silmi & Susanti, 2025).

Son olarak, güncel çalışmalar öğrencilerin ve eğitimcilerin yapay zekâ tabanlı sistemlere yönelik genel tutumlarının olumlu olduğunu ve bu teknolojilerin öğrenme deneyimini daha erişilebilir, verimli ve motive edici hâle getirdiğini ortaya koymaktadır. Yapay zekânın ebelik mesleğinin gerektirdiği klinik yeterlilikleri desteklemesi, mesleki gelişimi güçlendirmesi ve eğitim memnuniyetini artırması, bu teknolojilerin gelecekte ebelik eğitim programlarının ayrılmaz bir bileşeni hâline geleceğini göstermektedir.

Ebelik Eğitiminde Yapay Zeka'nın Faydaları



Şekil 1. Yapay zeka kavramları (Napkin –AI)

5. EBELİK EĞİTİMİNDE YAPILAN YAPAY ZEKÂ ÇALIŞMALARI

Yapay zekâ, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ebelik eğitiminde de giderek daha fazla benimsenen yenilikçi ve dönüştürücü bir teknoloji hâline gelmiştir. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar, yapay zekâ tabanlı öğrenme araçlarının ebelik öğrencilerinin klinik karar verme, eleştirel düşünme, problem çözme, beceri kazanımı ve simülasyonlara hazırlık düzeyleri üzerinde belirgin olumlu etkiler oluşturduğunu göstermektedir (Lendahls & Oscarsson, 2017). Özellikle makine öğrenimi, doğal dil işleme ve sanal gerçeklik teknolojileriyle desteklenen yapay zekâ sistemleri; öğrencilerin gerçek klinik ortamlarda karşılaşılabilecekleri senaryoları risksiz ve kontrollü biçimde deneyimlemelerine olanak tanımakta, aynı zamanda performanslarının nesnel ölçütlerle değerlendirilmesine katkı sunmaktadır (Bulut & Hüseyinoğlu, 2024).

Güncel literatür, yapay zekânın ebelik eğitime entegrasyonunda etik, teknik ve pedagojik boyutların birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Veri güvenliği, model kaynaklı önyargılar ve mesleki değerlere yönelik etkiler, dikkatle yönetilmesi gereken kritik alanlardır. Bu nedenle, ebelik eğitiminde yapay zekâ uygulamalarının bütüncül bir yaklaşımla planlanması ve uygun rehberlik mekanizmalarıyla desteklenmesi önerilmektedir (Ekrem & Danışkan, 2021). Yapay zekâ destekli sanal simülasyonlar; obstetrik acil durumlar, yenidoğan bakımı, doğum yönetimi ve postpartum bakım gibi kritik klinik alanlarda öğrencilerin karar verme becerilerini güçlendirmekte; anlık geri bildirim mekanizmaları sayesinde klinik güvenlik kültürünü ve öğrenme farkındalığını artırmaktadır. Ayrıca öğrenme analitikleri, öğrencilerin güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesine olanak sağlayarak kişiselleştirilmiş eğitim planlarının oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (O'Connor, 2022).



Kaynak: <https://www.ubisimvr.com/guides/obstetrics-vr-nursing-simulation>

Ebelik eğitiminde yapay zekâ kullanımına ilişkin nitel bir örnek, Bidik'in (2025) ChatGPT'nin teorik ve klinik eğitimlerdeki kullanımını inceleyen çalışmasıdır. Hermeneutik fenomenoloji ile yürütülen araştırmada 17 öğrenciyle yapılan görüşmeler sonucunda üç ana tema ve yedi alt tema ortaya konmuştur. Bulgular, öğrencilerin ChatGPT'yi özellikle zaman yönetimi, kolaylaştırılmış öğrenme ve pratik bilgi edinimi amacıyla sıkça kullandıklarını; ancak beraberinde etik ve akademik endişeler yaşadıklarını ortaya koymuştur (Ünlü Bidik, 2025).

Benzer şekilde, Carolan-Olah ve ark. (2018) tarafından yenidoğan resüsitasyonu simülasyonlarına katılan ebelik öğrencilerinin deneyimlerinin incelendiği çalışma, simülasyonun öğrencilerin özgüven, bilgi düzeyi ve pratik becerileri üzerinde anlamlı gelişme sağladığını göstermiştir. Uzun süreli, aktif katılıma dayalı simülasyon oturumlarının özellikle öz-yeterlik duygusunu artırdığı ve acil klinik durumlara hazırlığı güçlendirdiği rapor edilmiştir.

Lendahls ve Oscarsson (2017) tarafından ileri düzey ebelik öğrencileriyle yürütülen bir diğer nitel çalışmada simülasyon ve beceri eğitimlerinin etkisi dört ana tema çerçevesinde değerlendirilmiştir: (1) Beceri ve iletişim gelişimi, (2) İşbirlikçi öğrenmenin gücü, (3) Etkili öğrenme ortamı, (4) Klinik uygulamaya hazırlık. Öğrenciler, güvenli öğrenme ortamında hata yaparak öğrenmenin değerini vurgulamış; eğitmen rehberliğinin öğrenmeyi

derinleştirdiğini ve teori-pratik entegrasyonuna önemli katkı sunduğunu ifade etmiştir.

Georgieva-Tsaneva ve ark. (2024) tarafından yürütülen deneysel çalışmada ise ebe ve hemşireler için bir eğitim programı geliştirilmiş ve bir akademik yıl boyunca uygulanmıştır. Eğitim; eğitici videolar, ciddi oyunlar ve problem çözme etkinlikleri gibi interaktif bileşenler içermiş; yapay zekâ ve sanal gerçeklik teknolojilerinin bu süreçteki etkinliği ayrıca değerlendirilmiştir. Deney grubunun enjeksiyon becerilerinde anlamlı gelişme gösterdiği; modern teknolojilerin klinik beceri kazanımına belirgin katkı sunduğu bulunmuştur.

Daha kapsamlı bir uygulama örneği olarak, Janighorban ve ark. (2023) İran’da üçüncü sınıf ebelik öğrencileriyle yürütülen simülasyon temelli eğitim programında 42 öğrenciyle çalışmıştır. Altı oturumluk müdahale eğitimi, öğrencilerin kişisel ve mesleki gelişimlerini güçlendirmiş; özellikle obstetrik acil durum yönetimi bağlamında resmi ve gayriresmî güç algılarının olumlu yönde gelişmesine katkı sağlamıştır. Çalışma, bu etkinin kısa vadeden ziyade uzun süreli izlemde daha belirgin olduğunu göstermiştir.

Yapay zekâ entegrasyonunun daha geniş ölçekli etkilerini değerlendiren bir örnek ise Shikuku ve arkadaşları (2024) tarafından Kenya’da 20 ebelik öğrencisiyle yürütülen küme randomize kontrollü çalışmadır. Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakımı destekli güncellenmiş müfredat, öğretim elemanlarına verilen 12 aylık mentorluk desteğiyle birlikte uygulanmıştır. Müdahale grubunda hem pedagojik yeterliklerin hem de acil obstetrik ve yenidoğan bakım becerilerinin anlamlı biçimde geliştiği; bunun da öğrenci performansına olumlu yansıdığı belirlenmiştir. Çalışma, yerel mentorluk modellerinin güncellenmiş müfredatın etkinliğini artırmada kritik bir bileşen olduğunu ortaya koymuştur.

Genel olarak literatür, yapay zekâ ve simülasyon temelli eğitimlerin ebelik öğrencilerinin öğrenme çıktıları üzerinde güçlü etkiler yarattığını; aynı zamanda mesleki yeterliliğin geliştirilmesinde etkili bir pedagojik araç olarak konumlandığını göstermektedir. Bu bulgular, yapay zekâ temelli uygulamaların ebelik eğitiminin geleceğinde merkezi bir rol üstleneceğine işaret etmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapay zekâ destekli teknolojilerin ebelik eğitimine entegrasyonu, pedagojik ve mesleki açıdan önemli kazanımlar sağlamaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgular, bu teknolojilerin öğrencilerin klinik ve akademik yeterliliklerini bütüncül biçimde desteklediğini ve öğrenme sürecine anlamlı katkılar sağladığını ortaya koymaktadır. Yapay zekâ temelli simülasyonlar ve öğrenme analitikleri, bireyselleştirilmiş ve etkileşimli öğrenme deneyimleri sunarak öğrencilerin öğrenme süreçlerine aktif katılımını desteklemekte, aynı zamanda eğitmenlerin öğretim yükünü azaltarak daha verimli bir eğitim ortamı oluşturmaktadır.

Bununla birlikte, yapay zekâ uygulamalarının eğitime entegrasyonunda etik, veri güvenliği ve model kaynaklı önyargı gibi potansiyel riskler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle yapay zeka tabanlı eğitim yaklaşımlarının planlanması ve uygulanmasında bütüncül, sorumlu ve etik temelli bir yaklaşım benimsenmelidir.

Bu doğrultuda öneriler şu şekilde sunulabilir:

- Yapay zekâ uygulamaları, ebelik müfredatına sistematik biçimde entegre edilmelidir. Özellikle klinik simülasyonlar, obstetrik acil durum yönetimi ve karar destek sistemleri gibi alanlarda kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.
- Eğitimcilerin yapay zeka teknolojilerine yönelik bilgi ve becerileri artırılmalı; bu amaçla düzenli hizmet içi eğitim ve dijital pedagojik destek sağlanmalıdır.
- Öğrencilere yönelik yapay zekâ etiği, veri güvenliği ve dijital okuryazarlık konularını içeren içerikler müfredata dahil edilmelidir.
- Teknolojik altyapı güçlendirilmeli ve tüm öğrencilerin yapay zeka uygulamalarına eşit erişimini sağlayacak stratejiler geliştirilmelidir.
- Öğrenci geri bildirimlerine dayalı olarak yapay zeka destekli eğitim uygulamaları düzenli biçimde değerlendirilmelidir.
- Sağlık bilişimi ve eğitim teknolojileri gibi disiplinlerle iş birliği yapılmalı, yapay zekâ tabanlı yenilikçi öğrenme araçlarının geliştirilmesi teşvik edilmelidir.

- Yapay zeka destekli eğitim uygulamalarının etkisini değerlendirmek üzere kanıta dayalı, çok merkezli ve disiplinlerarası araştırmalar desteklenmelidir.
- Öğrencilerin yeni teknolojilere uyumunu kolaylaştırmak için mentorluk ve psikososyal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir.

Sonuç olarak, yapay zekâ ile desteklenen dijital dönüşüm, ebelik eğitiminde kaliteyi ve erişilebilirliği artırarak öğrencilerin mesleki yeterliklerini artırmakta ve sağlık bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkı sunmaktadır. Bu dönüşümün etkili, güvenli ve etik bir biçimde gerçekleştirilmesi için kapsamlı politika ve stratejilerin hayata geçirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Akbulut, U. (2013). *Yapay zeka bilim dalının atası John McCarthy*. <https://www.egitimajansi.com>
2. Bäck, L., & Karlström, A. (2020). Developing confidence during midwifery training: The experience of Swedish final year students. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 25, 100535. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100535>
3. Benammi, D., Jaouhar, S., Saadi, R., Toujami, Z., Bouazzi, O., & Oumokhtar, B. (2025). The use of artificial intelligence and stress management among health students: A correlational study in a Moroccan higher education context. *Multidisciplinary Science Journal*. <https://doi.org/10.31893/multiscience.2026106>
4. Bulut, B., & Hüseyinoğlu, S. (2024). Ebelik eğitiminde yapay zekâ ve öğrenci başarısına etkisi. *Ebelik ve Kadın Sağlığı Üzerine Güncel Araştırmalar*, 19.
5. Carolan-Olah, M., Kruger, G., Brown, V., Lawton, F., Mazzarino, M., & Vasilevski, V. (2018). Communicating out loud: Midwifery students' experiences of a simulation exercise for neonatal resuscitation. *Nurse Education in Practice*, 29, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.007>
6. Ekrem, E. C., & Daşkan, Z. (2021). Perinatal dönemde yapay zekâ teknolojisinin kullanımı. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 5(2), 147–162.
7. Georgieva-Tsaneva, G., Serbezova, I., & Beloeva, S. (2024). Application of virtual reality, artificial intelligence, and other innovative technologies in healthcare education (Nursing and Midwifery specialties): Challenges and strategies. *Education Sciences*, 15(1), 11. <https://doi.org/10.3390/educsci15010011>
8. Giaxi, P., Vivilaki, V., Sarella, A., & Gourounti, K. (2025). Artificial intelligence in midwifery: A scoping review of current applications, future prospects, and midwives' perspectives. *Healthcare*, 13. <https://doi.org/10.3390/healthcare13080942>

9. Herbawani, L. O., Susanti, A. I., & Adnani, Q. E. S. (2025). The revolution in midwifery education: How AI and deep learning are transforming outcome-based assessments? *Advances in Medical Education and Practice*, 1579–1599.
10. Hoşgör, H., & Güngördü, H. (2022). Sağlıkta yapay Zekanın kullanım alanları üzerine nitel bir araştırma. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (35), 395-407.
11. Janighorban, M., Yousefi, H., & Yamani, N. (2023). Structural empowerment of midwifery students following simulation-based training of management of obstetric emergencies. *BMC Medical Education*, 23, 368. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04359-w>
12. Karabacak, M., Ozkara, B. B., Margetis, K., Wintermark, M., & Bisdas, S. (2023). The advent of generative language models in medical education. *JMIR Medical Education*, 9. <https://doi.org/10.2196/47634>
13. Kim, H. Y., GJC, H. S. K. (2023). Applications of artificial intelligence in radiology. *Radiologie*, 42, 2–9.
14. Kranz, A., & Abele, H. (2024). The impact of artificial intelligence (AI) on midwifery education: A scoping review. *Healthcare*, 12(11), 1082. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111082>
15. Lendahls, L., & Oscarsson, M. G. (2017). Midwifery students' experiences of simulation-and skills training. *Nurse Education Today*, 50, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.010>
16. O'Connor, J. (2022). Artificial intelligence in midwifery education: Opportunities and ethical considerations. *Journal of Midwifery Education*, 34(1), 12–20.
17. Salim, N., Ashiq, A., Khan, J., Mehmood, R., Shahid, N., & Ali, M. (2025). The role of artificial intelligence in maternal healthcare: Enhancing midwifery practices to reduce health disparities, a systematic review. *Insights – Journal of Life and Social Sciences*. <https://doi.org/10.71000/7rwzmk41>
18. Schwalbe, N., & Wahl, B. (2020). Artificial intelligence and the future of global health. *The Lancet*, 395(10236), 1579–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30226-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30226-9)

19. Shikuku, D. N., Mwaura, C., Nandikove, P., Uyara, A., Allott, H., Waweru, L., ... & Ameh, C. (2024). An evaluation of the effectiveness of an updated pre-service midwifery curriculum integrated with emergency obstetric and newborn care in Kenya: A cluster randomised controlled trial. *BMC Medical Education*, 24, 1562. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05019-1>
20. Silmi, H., & Susanti, A. (2025). Revolutionizing midwifery education: A scoping review of artificial intelligence methods. *Jurnal Paedagogy*, 12(2). <https://doi.org/10.33394/jp.v12i2.15175>
21. Takeuchi, S., Kubota, K., & Nakamura, S. (2025). Artificial intelligence and tacit knowledge integration in midwifery: Policy implications for improving healthcare outcomes. *International Nursing Review*, 72. <https://doi.org/10.1111/inr.70092>
22. Ünlu Bidik, N. (2025). Theoretical and clinical learning experiences and expectations of midwifery students using the artificial intelligence tool ChatGPT: A qualitative study. *European Journal of Education*, 60(1), e12848. <https://doi.org/10.1111/ejed.12848>
23. Uzun Ozsahin, D., Ikechukwu Emegano, D., Uzun, B., & Ozsahin, I. (2022). The systematic review of artificial intelligence applications in breast cancer diagnosis. *Diagnostics*, 13(1), 45.
24. World Health Organization (WHO). (2024). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240083225>

BÖLÜM 3

AFETLERDE SAĞLIK POLİTİKASI VE HEMŞİRELİK

Dr. Öğr. Üye. Nuran MUMCU ¹

Öğr. Gör. Şeyma DİLMEN ²

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18144777>

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
ORCID: 0000-0002-9803-7172 e-posta: nuranm@omu.edu.tr

² Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
ORCID: 0009-0000-6950-0458. e-posta: seyma.dilmen@giresun.edu.tr

ÖZET

Afetler, fiziksel hasarın ötesinde toplumsal düzen, ekonomi ve sağlık sistemleri üzerinde derin etkileri olan çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Afet, hazırlık, müdahale ve afet sonrasında iyileştirme aşamalarını içerir. Bu aşamalı şekilde ilerleyen kaotik süreç, yalnızca teknik müdahaleleri değil; kriz yönetimini, sürveyansı ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğini kapsayan bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Afet öncesinde, anında ve sonrasında sağlık iş gücünün önemli bir bölümünü oluşturan hemşireler bu süreçte merkezi konumda yer almaktadır. Türkiye’de afet anında hemşireler; afet mevzuatı kapsamında sorumlu kişi, kamu personeli ve olay yönetim sürecinde ekip görevlisi olarak aktif rollere sahiptir.

Afetler; doğrudan can kayıpları, yaralanmalar, bulaşıcı hastalıklar ve psikolojik sorunlar ile toplum sağlığını etkilerken; sağlık alt yapısında hasarlara ve hizmet sunumunda kesintilere sebep olmaktadır. Bu sürecin yönetilmesinde kanunlar, yönetmelikler ve planlar çok katmanlı yasal bir dayanak ve yönetsel bir çerçeve oluşturmaktadır. Bununla birlikte, mevcut mevzuat kapsamında hemşirelerin afetlerdeki rolüne yönelik olarak açık, sistematik ve mesleğe yönelik bir tanımın bulunmaması önemli bir yapısal boşluğu temsil etmektedir. Bu bölüm, Türkiye’de afet yönetimine ilişkin sağlık politikalarını yasal dayanaklar üzerinden ele alarak, hemşirelik mesleğinin görev, yetki ve sorumluluklarını analitik bir bakış açısıyla değerlendirmeyi ve öneriler sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Afet Hemşireliği, Afet Mevzuatı, Afet Yönetimi

1. GİRİŞ

Çevre koşullarının değişmesi, hızlı kentleşme, iklim değişiklikleri ve teknolojik gelişmeler afetlerin görülme sıklığını ve yıkıcı etkilerini günden güne artırmaktadır. Afetler yalnızca fiziksel yıkımların sebebi olarak görülse de toplum işleyişi, ekonomi ve sosyal konular üzerinde önemli etkilere sahip olan karmaşık süreçtir (AFAD, 2024a; EM-DAT, 2023). Afetlerin meydana getirdiği kriz ortamı, afetlere müdahalenin teknik konulardan daha fazlasını içerdiğini göstermektedir. Bu durum ise afetlerin kritik bir halk sağlığı

sorunu olarak ele alınmasını zorunlu hale getirmektedir (Deramo, 2020; WHO, 1998).

Sağlık hizmetlerinin afete hazırlık ve müdahale yönündeki çalışmaları yapması, toplum sağlığının korunmasında ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlamasında oldukça önemlidir. Sağlık iş gücünün büyük bir bölümünü oluşturan hemşireler ise bu süreçlerde kilit rol oynamaktadır (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2020; Erdoğan, 2018). Afet anında hemşireler; 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun kendisine verdiği yetkiyle bir "sürveyans sorumlusu", 7269 Sayılı Kanun’un yüklediği yetkiyle bir "zorunlu kamu personeli" ve Hastane Afet Planları (HAP) kapsamında bir "olay yöneticisi" konumunda yer almaktadır (Karabey, 2025). Bu kitap bölümü, Türkiye’de afet yönetimine ilişkin sağlık politikalarını yasal dayanaklar, temel kanunlar, kanun hükmünde kararnameler ve yönetmelikler üzerinden ele alarak, hemşirelik mesleğinin görev, yetki ve sorumlulukları üzerinden sahadaki yansımalarını analitik bir bakış açısıyla incelemeyi amaçlamaktadır.

1. AFET TANIMI

Türk Dil Kurumu (2021), afet terimini “türlü doğa olaylarının yol açtığı kıran veya yıkım” şeklinde açıklamaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) perspektifinden bakıldığında ise afet, “toplumsal işleyişin ciddi boyutlarda sekteye uğraması durumu” olarak tanımlanmaktadır (UNDRR, 2017). AFAD ise daha kapsamlı bir tanım yaparak afeti; toplumun tamamını yahut belirli bir kesimini etkisi altına alarak sosyal, ekonomik ve fiziksel kayıplara sebep olan, insan faaliyetlerini ve normal yaşam akışını durduran veya kesintiye uğratan, aynı zamanda toplumun kendi imkânlarıyla baş etme kapasitesini aşan insan, teknoloji ya da doğa kökenli olayların bütünü olarak ifade etmektedir (AFAD, 2017). Uluslararası Acil Durumlar Veri Tabanı (EM-DAT, 2023) kriterlerine göre, bir olayın afet olarak değerlendirilmesi için aşağıda yer alan koşullardan en az birini karşılamalıdır. Bu koşullar şu şekildedir:

- ✓ Olay nedeniyle en az on kişinin hayatını kaybetmiş olması,
- ✓ Yüz veya daha fazla kişinin söz konusu olaydan etkilenmesi,
- ✓ Ülke genelinde ulusal acil durum ilan edilmesi,

✓ Uluslararası yardım talebinde bulunulması.

Belirtilen koşulların herhangi birinin sağlanması, ilgili olayı afet olarak ifade ederken; afet olaylarının gerçekleştiği bölgeler hem insani hem de iktisadi açıdan yıkımları olan bir süreç oluşturur (EM-DAT, 2023).

2. AFETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Afet durumunun sadece doğa olaylarından kaynaklı olmaması, yanı sıra insan ve teknoloji kaynaklarının da afetlere sebebiyet vermesi durumu afet sınıflandırmasının çerçevesini genişletmiştir (Kıryan ve Ekşi, 2019). Literatürde afetler doğa ve insan/teknoloji kaynaklı olarak iki ana başlıkta sınıflandırılmaktadır (AFAD, 2024b; Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2020). Doğal afetler; ani doğa olaylarının sebep olduğu toplum düzenini bozan, can ve mal kaybına yol açan olaylar olarak tanımlanmaktadır (Ekşi ve Şen, 2019). Doğal afetler fiziki etkilerine göre; jeofiziksel (deprem, tsunami, volkan patlaması), meteorolojik (fırtına, aşırı sıcaklık, sis), hidrolojik (sel, heyelan, çığ), klimatolojik (kuraklık, orman yangınları), biyolojik (salgınlar, böcek istilaları) ve dünya dışı (meteor düşmesi vb.) afetler olarak sınıflandırılmaktadır (UNDRR, 2020). Türkiye, jeolojik ve meteorolojik yapısı nedeniyle sık sık doğal afetlere maruz kalan Asya ve Avrupa arasında stratejik bir geçiş noktasıdır. Özellikle son 25 yılda Gölçük, Van, İzmir ve Kahramanmaraş merkezli gerçekleşen depremler ağır kayıplara neden olmuştur. Ayrıca iklim değişikliğinin etkisiyle sel, kuraklık ve orman yangınlarının şiddeti artarken; Karadeniz ve Doğu Anadolu’da heyelanlar, artan sel olayları; Bingöl, Bitlis gibi illerde çığ vakaları sık görülmektedir (AFAD, 2024b).

İnsan/teknoloji kaynaklı afetler, insan hataları ile teknolojik ve endüstriyel sistemlerde meydana gelen arızalar sonucunda ortaya çıkan olayları ifade etmektedir. Bu afetler, sanayileşme, teknoloji kullanımı ve silahlanma gibi etkenlerle daha sık hale gelmiştir (Kıryan ve Ekşi, 2019). Bu başlık altında; ulaşım kazaları, nükleer/kimyasal sızıntılar, yangınlar, patlamalar savaş, göç, terör, ekonomik kriz ve toplumsal olaylar yer almaktadır (EM-DAT, 2023). Bu risk çeşitliliği, afetlere hazırlığı, uluslararası iş birliği ve özellikle hemşireler gibi sağlık profesyonellerinin

afet yetkinliklerinin artırılmasını zorunlu kılmaktadır (Arslan Özkan vd., 2024).

3. AFETLERİN HALK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (1998) halk sağlığını; “toplum genelinde hastalıkların önüne geçilmesi, insan ömrünün uzatılması ve sağlık standartlarının yükseltilmesi hedefiyle yürütülen organize toplumsal çabaların bir ürünü olan bilim ve sanat dalı” şeklinde tanımlamaktadır. Bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını tehdit eden, yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla sonuçlanan afetler; sağlık sistemlerinin kapasitesini zorlamakta, sosyal hizmet ağlarını baskılamakta ve hem siyasi hem de toplumsal düzeyde ağır yükler oluşturmaktadır (Deramo, 2020). Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında; toplumda sıkça rastlanan, ölüm oranlarını artıran ve iş gücü üzerinde yıkıcı etkiler yaratan durumlar “öncelikli sorun” statüsünde değerlendirilmektedir. Afetler, toplum sağlığı ve sağlık sistemi üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etkilere sahiptir. Afet sürecinde olağandışı düzeyde yaralanma ve can kayıpları, salgınlar, akut ve kronik hastalıkların tetiklenmesi ile ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkması toplum sağlığına yönelik doğrudan etkiler arasında yer alır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aksamalar yaşanması, üretim ve hizmet sektörlerinde duraksamalar sonucu pazar kayıplarının oluşması, çevresel tahribat ile gıda güvenliğinde tehdit oluşması, aşırı talebe bağlı olarak karaborsa oluşumu, hırsızlık ve yağma gibi güvenlik sorunlarının artması, enflasyon, işsizlik ve diğer ekonomik dalgalanmalar ile düzensiz ya da kitlesel göç hareketleri oluşması ise toplum sağlığına yönünden dolaylı etkiler arasında sayılmaktadır (Arkan Üner ve Karadağ, 2024). Sağlık altyapısının fiziksel olarak zarar görmesi, sağlık tesislerinde yapısal yıkımlar meydana gelmesi, hizmet sunumunun kesintiye uğraması ve sağlık personeli kayıpları ise sağlık sistemine yönelik doğrudan etkileri oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra altyapı hasarları sonucunda veri kayıt sistemlerinin çökmesi, sağlık çalışanlarında tükenmişliğin artması ve hizmet sunumunda genel aksaklıkların ortaya çıkması ise sağlık sistemine yönelik dolaylı etkiler olarak değerlendirilmektedir (Arkan Üner ve Karadağ, 2024; Aliakbari vd., 2022; Çanakçı, 2019).

4. TÜRKİYE'DE AFET MEVZUATI

Afet mevzuatını, Türkiye'de afet yönetimi kapsamında uygulamaya konulan tüm kanunlar, kanun hükmünde kararnameler, Bakanlar Kurulu kararları, tüzükler, yönetmelikler ve genelgeler oluşturmaktadır (AFAD, 2024a).

5.1. 1593 SAYILI UMUMİ HIFZISSİHHA KANUNU (1930)

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930 yılında kabul edilmiştir. Türkiye'de halk sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturan, yetkileri bakımından hala en güçlü ve kapsayıcı yasadır. Afetler, halk sağlığı açısından "olağandışı durum" olarak kabul edilir ve bu kanun, afet sonrası ortaya çıkabilecek ikincil afetleri (salgınlar, çevre kirliliği vb.) önlemek için devlete ve sağlık personeline geniş yetkiler verir. İlgili maddeler şu şekilde sıralanabilir:

Madde 57: "Kolera, veba (Bübon veya zatürree şekli), lekeli humma, karahumma (hummayi tiroidi) daimi surette basil çıkaran mikrop hamilleri dahi - paratifoit humması veya her nevi gıda maddeleri tesemmümatı, çiçek, difteri (Kuşpalazı) - bütün tevkiatı dahi sari beyin humması (İltihabı sahayai dimağii şevkii müstevli), uyku hastalığı (İltihabı dimağii sari), dizanteri (Basilli ve amipli), lohusa humması (Hummai nifası) ruam, kızıl, şarbon, felci tıfli (İltihabı nuhai kuddamii sincabii haddı tıfli), kızamık, cüzam (Miskin), hummai racia ve malta humması hastalıklarından biri zuhur eder veya bunların birinden şüphe edilir veyahut bu hastalıklardan vefiyat vuku bulur veya mevtin bu hastalıklardan biri sebebiyle husule geldiğinden şüphe olunursa aşağıdaki maddelerde zikredilen kimseler vak'ayı haber vermeğe mecburdurlar. Kudurmuş veya kuduz şüpheli bir hayvan tarafından ısırılmaları, kuduza müptela hastaların veya kuduzdan ölenlerin ihbarı da mecburidir" (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 57'ye istinaden Kolera, veba, tifo, çiçek gibi bulaşıcı hastalıklar tespit edildiğinde derhal yetkili makama bildirilmek zorundadır. Özellikle afet sonrası kurulan çadır ve konteyner kentlerde yaşam ortamına bağlı olarak salgın riski artırmaktadır, bu nedenle madde aslında erken uyarı olarak bir yasal dayanak oluşturmuştur.

Madde 64: "57 nci maddede zikredilenlerden başka her hangi bir hastalık istilai şekil aldığı veya böyle bir tehlike baş gösterdiği takdirde o hastalığın veya her hangi bir hastalık şeklinin memleketin her tarafında veya bir kısmında ihbarı mecburi olduğunu neşrü ilâna ve o hastalığa karşı bu kanunda mezkûr tedabirin kaffesini veya bir kısmını tatbika Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti salahiyyettardır" (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 64'e ise göre bulaşıcı hastalığa yakalananlar veya şüpheli görülenler tecrit edilebilir, gerekirse o bölge kordon altına alınabilir. Özellikle biyolojik ajan şüphesi olan afetlerde veya afet sonrası kontrolsüz yayılan enfeksiyonlarda (örn: COVID-19 dönemindeki uygulamalar veya kolera şüphesi) bölgeyi karantinaya almak bu maddeye dayanır.

Madde 72: "57 nci maddede zikredilen hastalıklardan biri zuhur ettiği veya zuhurundan şüphelenildiği takdirde aşağıda gösterilen tedbirler tatbik olunur:

1. Hasta olanların veya hasta olduğundan şüphe edilenlerin ve hastalığı neşrü tamim eylediği tetkikatı fenniye ile tebeyyün edenlerin fennen icap eden müddet zarfında ve sıhhat memurlarınca hanelerinde veya sıhhi ve fenni şartları haiz mahallerde tecrit ve müşahede altına vaz'ı.
2. Hastalara veya hastalığa maruz bulunanlara serum veya aşı tatbikı.
3. Eşhas, eşya, elbise, çamaşır ve binaların ve fennen intana maruz olduğu tebeyyün eden sair bilcümle mevaddın fenni tathiri.
4. Hastalık neşreden haşarat ve hayvanatın itlafı.
5. Memleket dahilinde seyahat eden eşhasın icap eden mahallerde muayenesi ve eşyalarının tathiri.
6. Hastalığın sirayet ve intişarına sebebiyet veren gıda maddelerinin sarf ve istihlakinin men'i.
7. Dahilinde sari ve salgın hastalıklardan biri zuhur eden umumi mahallerin tehlike zail oluncaya kadar set ve tahliyesi" (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 72'de hastalığın yayılımını önlemek için; toplu yerlerin kapatılması, seyahatin kısıtlanması, eşyaların dezenfeksiyonu veya imhası gibi geniş yetkiler tanımlar.

Madde 211: "Mezarlık ittihaz olunan yerlerden başka yerlere ölü defni memnudur. Fevkalade hallerde ve sıhhi mahzur mevcut olmadığı takdirde Cumhurbaşkanı kararıyla muayyen ve malûm mezarlıklar haricinde ölü defnine müsaade edilir" (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 212: "Her şehir ve kasaba belediyesi şehir ve kasabanın haricinde ve meskenlerden kafi miktar uzakta olmak üzere şehir ve kasabanın nüfusuna ve senelik vefiyatı umumiyesine nisbetle lazım gelen bir veya müteaddit mezarlık mahalli tesisine mecburdur. Mezarlık olmak üzere intihap edilecek mahallerin toprağı, vasıfları ve civarındaki meskenler veya su menbaları için sıhhi bir mahzur bulunup bulunmadığı ve mesahai sathiyesinin kifayeti sıhhiye memurlarınca tayin olunur. Bu mezarlıkların tanzim ve iyi bir halde muhafazası mahalli belediyelerine aittir. Mezarlıkların etrafı behemehal duvarlarla tahdit edilir" (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 213: "Köyler için tesis edilecek mezarlık mahalleri bu köylerin merbut olduğu kaza kaymakamlarınca Hükümet tabiplerinin mutalaası alınarak tayin olunur. Mütaaddit ve yekdiğerine mücavir köyler için bir mezarlık mahalli tesis olunabilir. Köy mezarlıklarının iyi halde muhafazaları ihtiyar heyetlerine aittir" (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 219: "Tabip bulunmayan yerlerde ölülerin muayeneleri küçük sıhhat memurları veya bu iş için yetiştirilmiş veya tanzif edilmiş memurin tarafından icra ve ruhsatnameleri verilir. Bunların bulunmadığı yerlerde defin ruhsatiyesi ya jandarma karakol kumandanları veya köy muhtarları tarafından ita olunur. Her şehir, kasaba veya köyde ölü muayenesi yapacak ve defin ruhsatını verecek olanlar en büyük mülkiye memuru tarafından tayin ve ilan olunur" (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 211-212-213-219, ölülerin defni, mezarlıkların yerleşimi ve nakil şartlarını düzenler. Bulaşıcı hastalıktan ölenlerin defin işlemlerindeki özel önlemleri belirtir. Büyük yıkıcı depremlerde çok sayıda can kaybı olduğunda, cesetlerin halk sağlığını tehdit etmeyecek şekilde, yeraltı sularını kirlilemeden defnedilmesi ve kimliklendirilmesi süreçleri bu yasal çerçeveye göre yönetilir.

Madde 236: "İçilmek ve kullanılmak için getirilecek suların fennen içilmesine müsaade edilecek evsafı olması şarttır. Olmadığı takdirde

bunların fennen icap ettiği surette temizlenmesine ve evsafının ıslahına belediyeler mecburdurlar” (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 240: "Umuma satılan menba suları mahalli belediyesinin sıhhi murakebesi altında bulunur. Bunlara ve bütün içme suları nakliyatına ait kapların vasıfları ve bu kablara doldurma ve sevkleri tarzı belediyelerce tayin olunur. Menbaların sahipleri veya müstecirleri menbaların ve su nakledenler suların televvüsten vikayesi için gösterilecek tedbirleri tatbika mecburdur”

Madde 241: "Sularının içilmesi fennen ve sıhhat için tehlikeli olan menba, kuyu, çeşme ve saire gibi mahallere belediyece o suyun mazarratlı olduğunu gösteren ve harici tesirler ile yazıları bozulmayan levhalar asılır” (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

Madde 236-240-241, içilecek ve kullanılacak suların vasıflarını, su kaynaklarının kirlenmeye karşı korunmasını ve denetlenmesini düzenler. Depremlerden sonra altyapı hasar görür ve kanalizasyon içme suyuna karışabilir. Afet bölgesinde su klorlaması yapmak, su numunesi almak ve güvensiz su kaynaklarını "İçilmez" olarak işaretlemek, hukuken bu maddelerin gereğidir. Tifo ve Hepatit A gibi su kaynaklı salgınları önlemenin temelidir.

5.2. 7269 SAYILI UMUMİ HAYATA MÜESSİR AFETLER DOLAYISIYLA ALINACAK TEDBİRLER HAKKINDA KANUN (1959)

1959 yılında yürürlüğe giren bu kanun, Türkiye'nin afet yönetiminin "çatı" yasasıdır. Sahada mevcut esas alınan operasyonel yetkiler (zorla çalıştırma, bina yıkma, el koyma, tahliye vb.) hala bu kanundan alınır. Özellikle sağlık personeli için "zorunlu görev" (mükellefiyet) kavramı bu kanunla tanımlanmıştır.

Madde 6: "Afetlerin meydana gelmesinden sonra vali ve kaymakamlar (Askerler ve hakim sınıfından bulunanlar hariç olmak üzere) 18 - 65 yaş arasındaki bütün erkeklere görev vermeye, bedeli, ücreti veya kirası sonradan ödenmek üzere canlı, cansız, resmi ve özel her türlü taşıt araçlarına ve gerekli makina, alat ve edevatına el koymaya ve hiçbir kayda ve merasime tabi olmaksızın tedavi, kurtarma, yedirme, giydirme ve

barındırma gibi işlerle bu gibi işlerin gerektirdiği acil satınalmaları ve kiralamayı yapmaya, Devlete, mahalli idarelere, evkafa, İktisadi Devlet Teşekkülleri ile bunlara bağlı kurumlara ilişkin her türlü taşınmaz malları; yetmemesi halinde de diğer tüzel kişiler ile gerçek kişilere ait bina ve müştemilatı ile bahçe ve arsa gibi araziye geçici olarak işgale yetkilidir. Bu yetkinin kullanma süresi, afetin sona ermesinden itibaren 15 gündür. Bu süre, gerektiğinde İmar ve İskan Bakanlığınca uzatılabilir. Yedirme, giydirme, barındırma, onarım için afetzedelere nakdi ödemede bulunulması önleme için harcama yapılması İmar ve İskan Bakanlığının muvafakatine bağlıdır. Bu madde gereğince yapılacak harcamalar ve ödemeler borçlandırmaya tabi tutulmaz. Kendilerinden yardım istenilen afet bölgesi civarındaki vali ve kaymakamlar yukarıdaki fıkralarda yazılı yetkilerini kullanarak bütün imkan ve vasıtalarla yardıma mecburdurlar" (Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler Hakkında Kanun, 1959).

Bu madde gereği, afet anında verilen görevi reddetmek, normal zamandaki gibi bir disiplin suçu değil, kanuni bir yükümlülüğün ihlalidir. Madde 6'ya ek olarak zorunlu olarak yapılması gereken yardım, ücretsiz hasta bakımı ve sağlık hizmetleri aşağıda verilen maddeler ile tanımlanmıştır:

Madde 7: "Afet bölgelerinde veya civarında bulunan ordu, jandarma, kıta birlik ve müessese kumandanları, hazardsa, kendilerinden vali veya kaymakamlar tarafından istenilecek yardımları üstlerinden emir beklemeksizin yapmaya mecburdurlar" (Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler Hakkında Kanun, 1959).

Madde 8: "Rasat istasyonları vuku muhtemel afetleri bu bölgelerin en büyük mülkiye amirine derhal bildirmeye mecburdurlar. Elllerinde muhabere vasıtaları, haber ulaştırma imkanları bulunan mülki ve askeri bütün resmi makam ve müesseseler afetlerin vukuu haberini mahallin en büyük mülkiye amirine derhal bildirmekle mükelleftir. Afetlerin vukuunu ihbar veya yardım talepleri için yapılacak telgraf, telefon, telsiz muhaberelelerini, telgraf ve telefon merkezleri, demiryolu istasyonları, askeri muhabere teşkilleri her işe tercihan parasız kabule ve muhataplarına ulaştırmaya mecburdurlar. İcabında

radio istasyonlarından da parasız istifade edilir” (Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler Hakkında Kanun, 1959).

Madde 9: “Bu kanunda yazılı afetlerin vukuunda ilk yardımları mahallerine yetiştirmek maksadiyle bu bölgelere mülkiye amirleri ve alakalı makam ve müesseseler tarafından gönderilecek kurtarma ve yardım ekipleri, her türlü malzeme, makina, alat, yiyecek, giyecek ve barınma eşya ve maddeleri, umumi, hususi ve mülhak bütçeli idarelerle bunlara bağlı müesseseler ve İktisadi Devlet Teşekküllerinin, vilayetlere, belediye ve köylere ait olan ve bunlara bağlı bulunan mü- esseselerin elinde bulunan her türlü kara, deniz, ve hava nakil vasıtaları ile, bedeli sonradan ödenmek üzere, sevk edilir. İhtiyaç hissedilen mahallerde bu mecburiyet ve mükellefiyetler hakiki şahıslarla her türlü şirket ve müesseselere de teşmil edilebilir” (Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler Hakkında Kanun, 1959).

Madde 10: “Gerek yukarda yazılı afetlerin vukuunda,gerek her türlü kurtarma, barındırma, yardım, söndürme, sevk ve tevzi işlerinde çalışanlardan yaralanan veya engelli hâle gelen yahut hastalananlar en yakın hastaneye veya tedavi yerlerine sevk edilirler. Mülki ve askeri hastane ve tedavi yerleriyle umumi, mülhak, hususi bütçeli idarelere, belediye, hakiki ve hükmi şahıslara ait bütün hastane ve tedavi yerleri bunları hemen kabul ve tedavi etmeye mecburdurlar.³ Resmi hastane ve tedavi evlerinde bulunanlara parasız bakılır. Resmi hastane ve tedavi evlerinde yer olmaması veya tedavi imkanı bulunmaması gibi sebeplerle zaruri olarak hususi hastanelerde yapılan tedavi ücretleri sonradan bu kanun mucibince ödenir” (Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler Hakkında Kanun, 1959).

Madde 21: "Afet bölgesi içinde ve dışında tespit olunan imar ve iskan alanları içindeki taşınmaz mallardan Hazineye, özel idareye, belediyeye, köy tüzel kişiliğine veya katma bütçeli dairelere ait olanlardan (Vakıflar Genel Müdürlüğü taşınmaz malları ile, Hazineye, özel idare ve belediyeye ait taşınmaz mallardan bir kamu hizmetine tahsis edilenler hariç) ihtiyaca tekabül eden miktarı, İmar ve İskan Bakanlığının isteği üzerine bedelsiz olarak bu işe tahsis ve temlik olunur. Afet sahaları içinde ve dışında yeniden kurulacak iskan yerleri (Şehir, kasaba, köy) ile mevcut iskan sahalarına

yapılacak eklemeler için, yukarıdaki hükümler dairesinde arazi temini mümkün olmıyan hallerde (Normal gelişme alanlarına öncelik verilmek şartıyla) arazi ve bina satın alınabileceği gibi, kamulaştırma mevzuatı dahilinde, kamulaştırma da yapılabilir. Bu maddeye göre sağlanan taşınmaz mallar İmar ve İskan Bakanlığının isteği üzerine, ayrıca ferağ şartı aranmaksızın Hazine adına re'sen tescil olunur" (Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler Hakkında Kanun, 1959).

Madde 21'e göre, büyük bir afet sonrası sahra hastanesi kuracak yer bulunamazsa veya sağlık personeli kalacak yer sorunu yaşarsa; Valilik bu maddeye dayanarak bölgedeki bir oteli, spor salonunu veya boş bir siteyi "geçici işgal" edip sağlık üssüne veya lojmana dönüştürebilir.

5.3. 3359 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU (1987)

Bu kanun, Türk sağlık sisteminin "genel işletim sistemi"dir. Afet durumlarında sağlık personelinin "iradesi dışında" başka şehre gönderilebilmesinin (görevlendirme) en güçlü yasal dayanağı buradadır.

Madde 3 / (c) Bendi: "Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilan edilir" (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987).

5.4. ULUSAL MEDİKAL KURTARMA SİSTEMİ (UMKE) UYGULAMA YÖNETMELİĞİ (2010)

UMKE, bir "Kanun" ile değil, Sağlık Bakanlığı'nın çıkardığı "Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) Uygulama Yönergesi" ile çalışır. Sahadaki operasyonel el kitabı budur. Aşağıda verilen maddelerde belirtildiği üzere yönetmelik kapsamında UMKE personeline dair

tanımlamalar ve gerekli görev dağılımları bunlara ek olarak prosedürler ve müdahaleler verilmiştir.

Madde 12: " (1) UMKE'nin Görevleri; a) Afet veya olağandışı durumlarda aldıkları özel eğitim ve donanım, kazazedelere olay yerinde, en kısa sürede imkân ve kabiliyetlerini kullanarak uygun yöntemlerle medikal müdahale etmek ve kurtarmak, b) Kurtarılan kazazedeleri, en kısa sürede ileri acil tedavi ünitelerine naklini sağlamak üzere ambulanslara, uygun nakil araçlarına ve görevlilerine teslim etmek, c) Afetler ve olağan dışı durumlarda diğer sağlık ekiplerinin sunduğu tıbbi yardımların yeterli olmadığı durumlarda ve alanlarda, ekibin kendi donanım, personel ve eğitim imkanları dâhilinde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine destek vermek, ç) Olay yerinde sağlık hizmetlerinin yönetimini yapmak, triaj, tıbbi müdahale, nakil hazırlıkları, haberleşme ve kayıt yapmak, d) Afet birimi ve diğer yerler ile gerekli iletişimi ve bilgi akışını sağlamak, e) Faaliyetleri kapsamında ilgili kurum, kuruluş ve kişilerle işbirliği yapmak, f) Gerekli hâllerde, yurtdışında meydana gelen afet ve olağan dışı durumlarda sağlık hizmetlerinde görev almak. (2) Medikal Müdahaleler; UMKE personeli belirtilen görev tanımları dâhilinde müdahalede bulunurlar. (3) UMKE'nin afet ve olağandışı durumlara müdahalede prosedürleri; a) Afet ve olağandışı durum bilgisi alındıktan sonra, bilginin doğruluğu teyit edilir, bilgi gerekli yerlere aktarılır, müdahale planlaması yapılarak birim sorumlusunun koordinasyonu ile olay yerine intikal edilir. b) Afet ve olağandışı durum bölgesindeki şartlara göre kumanyası ve lojistiği müdürlükçe temin edilir ve sevk edilir. c) Olay yerinde yapacağı işlemler, sorunlar, ihtiyaçlar tim liderinin vasıtasıyla UMKE operasyon sorumlusu'na iletilir. UMKE operasyon sorumlusu, olay yeri sağlık yöneticisi ile doğrudan iletişim kurar. ç) Afet veya olağandışı durumun meydana geldiği yerde; triaj, medikal müdahale, nakil hazırlıkları, haberleşme, kayıt vb faaliyetleri yürütür. d) İlgili yerlere, alan ve alanda yürütülen faaliyetler hakkında (olay yerindeki mevcut durum ve faaliyet sonunda) raporlama yapar. e) Malzemenin lojistik kontrol ve bakımını yapar, bir sonraki operasyon için malzeme ve ekipmanları düzenli olarak depolar ve hazır hâlde tutar" (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

5.5. 663 SAYILI KHK (SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLAR) (2011)

Sağlık Bakanlığı'nın afetlerdeki operasyonel beyni olan "Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" (ASHGM) görevlerini tanımlar.

Madde 9: "Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır: a) Afet ve acil durumlarda sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek. b) Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde satın alma veya kiralama yoluyla hizmetleri temin etmek, sevk ve idare etmek. c) Kara, hava ve deniz ambulans hizmetlerinin sevk ve idaresini sağlamak. ç) Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbi kurtarma ve acil sağlık hizmetlerini ilgili tüm kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyon içerisinde sağlamak. d) Yurtdışında meydana gelen afet ve acil durumlarda, 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 30 uncu ve 32 nci maddeleri çerçevesinde belirlenen usul ve esaslar uyarınca, tıbbi kurtarma ve acil sağlık yardımını sağlamak ve işbirliği gerçekleştirmek. e) Acil sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak; ilke, standart ve periyodik performans kriterlerini belirlemek, bu kriterlere göre acil sağlık hizmetlerini izlemek, değerlendirmek ve denetlemek, yürütülen hizmetlerin verimliliğini analiz etmek, raporlamak ve acil sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik tedbirleri almak. f) Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak" (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011).

Bu madde gereğince, UMKE'nin ve sahra hastanelerinin kurulması yetkisi bulunmaktadır. Türkiye'nin yurtdışına (örn: Libya, Gazze, Kahramanmaraş depreminde gelen yabancı ekiplerle koordinasyon) yardım gönderme veya yönetme yetkisini, AFAD (4 Nolu CBK) ile koordineli olarak tanımlar.

5.6. 5258 SAYILI AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU VE YÖNETMELİĞİ (2013)

Aile Hekimliği sistemi normalde kayıtlı nüfusa dayalıdır. Ancak afet, bu "kayıtlı nüfus" ve "mesai saati" kavramlarını geçici olarak askıya alır.

Madde 2: "Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. Aile sağlığı çalışanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır" (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Afet sonrası kurulan çadır kentler veya ulaşımı kesilen köyler için bu madde devreye girer. Aile hekimi, bir araca ilaçlarını yükleyip periyodik olarak bu alanlara giderek hizmet verir.

5.7. TÜRKİYE AFET MÜDAHALE PLANI (TAMP) (2014)

TAMP bir kanun maddesi dizisi değil, bir "Plan" dokümanıdır. Bu nedenle "Madde 1, Madde 2" şeklinde değil, "Görev ve Sorumluluk Matrisi" şeklinde yazılmıştır.

Ana Hizmet Grubu Resmi Görev Tanımı: "Afet ve acil durumlarda; 1) Olay yerinde tıbbi müdahale, halk sağlığı ve çevre sağlığı hizmetlerini yürütmek, 2) Hasta ve yaralıların olay yerinden sağlık kuruluşlarına sevkini sağlamak, 3) Hastanelerin ve sağlık tesislerinin kapasitelerini artırmak ve kesintisiz hizmet sunumunu sağlamak, 4) Bölgedeki ilaç, tıbbi sarf ve cihaz ihtiyacını tespit etmek ve karşılamak."

Destek Çözüm Ortakları ve Görevleri

- **“Millî Savunma Bakanlığı:** "Sahra hastanesi kurulumuna destek vermek, hasta nakli (hava/deniz) sağlamak.
- **Üniversiteler ve Özel Sektör:** "Personel, ekipman ve yatak kapasitesi desteği sağlamak." (Türkiye Afet Müdahale Planı, 2014).

TAMP, bir afette "kim ne yapacak?" sorusunun cevabıdır. Örneğin, "enkazdan çıkan yaralıyı kim taşıyacak?" sorusunun cevabı TAMP'ta "Afet Sağlık Grubu"dur.

5.8. 5902 SAYILI KANUN VE 4 NOLU CUMHURBAŞKANLIĞI KARARNAMESİ (2018)

Bu düzenleme, Türkiye'de afet yönetimindeki "çok başlılığı" (Kızılay, Sivil Savunma, Bayındırlık Bakanlığı vb. ayrımını) bitiren ve tek çatı altında (AFAD) toplayan düzenlemedir. Sağlık Bakanlığı sahada operasyonel güç olsa da koordinasyon ve emir komuta yetkisi hukuken AFAD'dadır. Mevcut düzenlemeler aracılığıyla başkanlık ve Deprem ve Risk Azaltma Genel Müdürlüğünün görev tanımları yapılmıştır.

Madde 33: "(1) Başkanlığın görevleri şunlardır: a) Başkanlık hizmetlerini ilgili mevzuat hükümlerine, kalkınma planları ve yıllık programlara, Başkanlığın amaç ve politikalarına, stratejik planlarına, performans ölçütlerine, hizmet kalite ve standartlarına ve bütünselik afet yönetimi ilkesine uygun olarak yürütmek. b) Afet ve acil durum hallerinde müdahaleyi koordine etmek ve üst makamları bilgilendirmek. c) Afet ve acil durum arama ve kurtarma birlik müdürlüklerinin görev yerlerini, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları ile koordine ederek belirlemek. ç) 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu uyarınca bir iç denetçi atamak. d) Resmî ve özel kurum ve kuruluşlar ile ilişkileri yürütmek. e) Basın ve halkla ilişkiler faaliyetlerini planlamak ve yürütmek. f) Başkanlığın yıllık çalışma raporu ve eylem planını hazırlamak. g) Bakan tarafından afet veya acil durum olarak nitelendirilen toplumsal olaylar, iç ve dış tehditler gibi diğer olay ve durumlarda verilen görevleri yürütmek, ulusal düzeyde etkin koordinasyonu sağlamak. ğ) (Ek:RG-9/6/2022-31861-C.K-103/2 md.) Afet ve acil duruma ilişkin milletlerarası anlaşmalarla verilen görevleri yürütmek. h) (Ek:RG-9/6/2022-31861-C.K-103/2 md.) Yabancı devletlerle ve uluslararası kuruluşlarla görev alanına giren konularda işbirliği yapmak. ı) Bakan tarafından verilecek benzeri görevleri yapmak. (2) Başkan, bu Bölümde belirtilen hizmetlerin yürütülmesinden Bakana karşı sorumludur. (3) (Ek:RG-9/6/2022-31861-C.K-103/2 md.) Lüzumu halinde Başkan kadrosu bir vali kadrosu ile tebdil edilebilir" (Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, 2018).

Madde 36: "Deprem ve Risk Azaltma Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır: a) Ülke düzeyinde uygulanacak afet ve acil durum müdahale, risk yönetimi ve zarar azaltma planlarını yapmak veya yaptırmak. b) Muhtemel afet ve acil durum bölgelerini tespit etmek ve önleyici tedbirleri ilan etmek. c) Zarara uğraması muhtemel yerlerin plan, proje ve imar esaslarını belirlemek. ç) Aynî, nakdi ve insani yardım esaslarını belirlemek. d) Yurt içi ve yurt dışında meydana gelen afet ve acil durumlara ilgili bilgileri toplamak ve değerlendirmek. e) Afet ve acil durumlara ilişkin; 1) Yönetim stratejilerini belirlemek. 2) Kamu yatırımları ile personel ihtiyacı konusunda ilgili kurumlara öneride bulunmak. 3) Sigorta hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasını sağlamak. (...)" (Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, 2018).

5.9. HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANLARI (HAP) UYGULAMA YÖNETMELİĞİ (2020)

Bu yönetmelik, bir afet anında hastanenin "normal idari işleyişten" çıkıp "kriz yönetimi moduna" geçmesini sağlar. Sadece devlet hastanelerini değil, özel hastaneleri ve üniversite hastanelerini de kapsar.

Madde 1: "Bu Yönetmeliğin amacı, ülke genelindeki tüm hastanelerin, afetlere ilişkin risk ve zarar azaltıcı önlem almalarını, yurt içinde meydana gelen afet ve acil durumlarda sunulacak sağlık hizmetleri konusunda gerekli hazırlıkları önceden yapmalarını ve ilk 72 saat boyunca hastane dışından hiçbir yardım almaksızın kendi kendine yeterli olmalarını sağlamaktır" (Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği, 2020).

Madde 10: "(4) Tüm hastanelerde, 9 uncu maddede belirtilen, hastanelerin en yetkili kişisi başkanlığında 8 inci maddede belirtilen üyelerden HAP hazırlama komisyonu oluşturulur. Oluşturulan komisyon söz konusu yıl içinde en geç 15 Ocak tarihine kadar hastanenin planını ve yıllık HAP eylem planını hazırlar. Hazırlanan HAP ve eylem planı inceleme makamına gönderilir. (5) HAP hazırlama komisyonu tarafından yapılan tüm toplantılar tutanak altına alınır ve inceleme makamına gönderilir. HAP komisyon toplantılarının yapılmasının sağlanması ve takip edilmesi inceleme

makamı tarafından yapılır" (Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği, 2020).

Madde 16: " (1) Plan yıl içerisinde en az bir kez masa başı tatbikatı, bir kez de fonksiyonel (saha) tatbikat ile test edilir. Tatbikatlarda her yıl farklı bir senaryo uygulanır" (Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği, 2020).

Madde 19: "(1) Hastaneler; 99 yatak kapasitesine kadar en az bir, 100-300 arası yatak kapasitesine sahip ise en az iki, 301-499 arası yatak kapasitesine sahip ise en az üç, 500-999 arası yatak kapasitesine sahip ise en az dört, 1000-1999 arası yatak kapasitesine sahip ise en az altı, 2000-2999 arası yatak kapasitesine sahip ise en az 8, 3000 ve üzeri yatak kapasitesine sahip ise en az on afet timi oluşturmak ve oluşturulan afet timi/timlerine, Bakanlıkça eğitim içeriği belirlenen hastane afet timi temel eğitimi ile afet ve acil durumlarda, hastanelerinde ve afet bölgesinde sunulacak sağlık hizmeti kalitesini artırmak için gerekli yeterliliği kazandıracak eğitimleri aldırarak zorundadır. Hastane afet timleri olağan durumda asli görev yerlerinde hizmet eder, HAP uygulanırken gerekmesi halinde öncelikle tahliye ve hastanede yapısal hasarlar olması durumunda medikal kurtarma işleminde görev alırlar" (Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği, 2020).

Afetlere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi gerekliliği ve 6 Şubat depremlerinde İskenderun ve Hatay'daki hastanelerin tahliyesi bu maddeye dayanmaktadır. Tahliye, bir hastane yöneticisinin verebileceği en zor karardır.

5. TÜRKİYE'DE AFET MEVZUATINDA HEMŞİRENİN YERİ

Afet mevzuatı çerçevesinde hemşireliğe yönelik düzenlemelere bakıldığında, Hemşirelik Yönetmeliği kapsamında belirlenen çalışma alanları içerisinde "Afet Hemşireliği" alanına dair doğrudan bir tanımlama yapılmamıştır. Türkiye'de hemşirelerin afetlerdeki rollerine dair mevzuatta açık ve net bir düzenleme de bulunmamaktadır (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2020). Ancak Hemşirelik Yönetmeliği (2010)'nde afetlerle ilgili olarak "Olağanüstü durumlarda afet planları doğrultusunda ilgili birimlerle işbirliği içinde, acil durum planlamaları yapar, protokol geliştirir ve/veya

geliştirilmesini sağlar ve gerekli durumlarda uygulamaya koymak üzere ekibini hazırlar" ve "Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz" ibaresine yer verilmiştir. Ayrıca 2011 yılında yapılan düzenleme ile hemşirelerin görev alanları içerisinde afet hemşireliği, acil bakım hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği gibi olağanüstü durumlara yönelik hizmetler de dolaylı olarak yer almaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Bu durum hemşirelerin yalnızca bakım hizmeti sunumu açısından değil, afetin farklı aşamalarında aktif olarak görev alabilecek düzeyde eğitilmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Erkin ve Güçlü Kıyan, 2025).

Yetkinlik kavramı, hemşirelik açısından kişilerin iş ortamındaki rol ve sorumluluklarını içerirken aynı zamanda eğitim ve gelişim yoluyla bilgi ve beceri kazanımlarını da nitelemektedir (ICN, 2019). Yapılan çalışmalarda hemşireler de afetlere yönelik farkındalıkların geliştirilmesinin afet yönetiminde görev ve sorumluluk bilincini artırdığı vurgulanmaktadır (Öztürk Günay, 2023). Ahayalimudin ve Osman (2016) tarafından yapılan çalışmada ise afet eğitimi alan ve afet müdahalesine katılan hemşirelerin afete yönelik müdahale becerilerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ulupınar (2025) meta analiz çalışmasında; hemşirelerin afet eğitimi alma durumunun afete hazır olma durumları üzerine etkisi incelenmiş olup çalışma sonuçları; afet eğitimi almanın, afet planını okuma ve afet tatbikatlarına katılma gibi değişkenlerin hemşirelerin afete hazır bulunuşluklarını anlamlı şekilde etkilediğini göstermiştir. Benzer bir çalışmada; afet hemşireliğine yönelik verilen eğitimlerin hemşirelerin afet esnasında rol bilincine sahip olmasına, afete bulunuşluklarına ve afet yönetim becerileri geliştirmelerine önemli katkılarının olduğunu vurgulanmaktadır. Ayrıca çalışma da afet eğitimlerin lisans müfredatına eklenmesinin, afet yönetim kılavuzlarının erişilebilirliğinin sağlanmasının gerekliliği de vurgulanmıştır (Basal ve Ahmet, 2018).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İncelenen literatür ve ulusal yasal düzenlemeler; afetlerin yalnızca fiziksel bir yıkım süreci olmadığını, aynı zamanda karmaşık bir halk sağlığı krizi ve çok boyutlu bir hukuki yönetim süreci olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye'nin afet yönetimi stratejisi, tarihsel süreç içerisinde 1930 tarihli 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun koruyucu sağlık anlayışından, modern afet yönetiminin gerekliliklerini içeren 4 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ve TAMP gibi entegre sistemlere doğru gelişim göstermiştir. Yapılan mevzuat analizi sonucunda, hemşirelerin afet yönetimindeki rollerinin tek bir kanun altında toplanmadığı, aksine farklı yasal metinlere dağılmış geniş bir yetki ve sorumluluk alanına sahip olduğu görülmektedir. 7269 Sayılı Kanun, hemşirelere afet anında zorunlu kamu hizmeti sorumluluğu verirken; 1593 Sayılı Kanun, salgın hastalıkların bildirimi ve kontrolünde hemşireyi "sürveyansın uç noktası" olarak konumlandırmaktadır (Karabey, 2025; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930). Ayrıca hastane öncesi ve hastane içi süreçlerde Hastane Afet Planları (HAP) yönetmeliği, hemşirelere operasyonel ve yönetsel görevler yükleyerek kriz yönetiminin aktif bir parçası haline getirmektedir (Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği, 2015).

Günümüzde afetlerin sıklaşması ve etkilerinin derinleşmesi, sağlık sisteminin belkemiği olan hemşirelerin afetlere hazırlıklı olmasının gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Afet hemşireliği konusunda uluslararası örnekler incelendiğinde; Japonya'da hemşirelerin bir çoğunun mezuniyet sonrası Japon Hemşireler Birliği'ne (JNA) gönüllü olarak katılarak afet hemşireliği eğitimi ile afet hemşiresi unvanı aldığı görülmektedir (Pamela Frable ve ark. 2008). Amerika gibi gelişmiş ülkelerde ise afete hazırlık ve afet yönetimi alanında hemşireleri hazırlayabilmek için, hemşirelik okullarının çoğunda afetlere ilişkin eğitim, sertifika ve lisansüstü programları sürdürülmektedir (Kalanlar ve Kubilay, 2015; Yamamota, 2013). Eğitim programlarına ek olarak uluslararası akademik değişimi ve işbirliğini amaçlayan; amaca yönelik olarak afet hemşireliğinde araştırma, bilgi ve uygulamaları teşvik eden derneklerde kurulmuştur. Bu derneklerden en kapsamlısı ise WSDN (World Society of Disaster Nursing)'dir. Dernek, uluslararası afet hemşireliğine yönelik uygulamalar geliştirerek, sistematik

şekilde bilgi sunumu yapmaktadır (WSDN, 2019). Afetlere yönelik olarak yapılan diğer uygulamalara bakılacak olursa; California Üniversitesi Televizyonu (UCTV), afetlere yönelik halk bilincini uyandırmak ve hazırlıklı hale getirmek için videolar hazırlanmıştır. Video kaydında afet anında tahliye işlemlerine, kolluk kuvvetlerinin organizasyonuna, afet yönetiminde yer alan sağlık personelleri ve diğer ekip üyelerinin rol ve sorumluluklarına yer verilmiştir. Bu sayede hem halk açısından hem de ekip üyeleri açısından kapsamlı bir bilgilendirme yapılmıştır (Varol, 2019).

Hemşirelerin afetlerdeki rolleri, rutin hemşirelik rolleri ile paralel ilerlemektedir. Afet yönetiminde hemşirelik süreci basamakları, afetin tüm evrelerinde hemşirelerin rol ve sorumluluklarını belirlemektedir. Hemşireler bu süreçte vaka yöneticisi, eğitici, ekip üyesi, bakım verici, eğitmen, araştırmacı, yönetici ve ilk yanıt verici rollerine sahiptir (Kalanlar ve Kubilay, 2015). Hemşirelerin afetlerdeki rolü vicdani bir yardımlaşmanın ötesinde, hukuki bir zorunluluk ve profesyonel bir yetkinlik alanıdır. Bu nedenle Hemşirelik Kanunu'nda afet hemşireliğine ilişkin rol ve sorumlulukların açık ve bağlayıcı biçimde tanımlanması önemlidir. Bununla birlikte afet odaklı mesleki derneklerin kurulması, hemşireliğin afet süreçlerindeki mesleki gücünü artıracaktır. Özellikle bu dernekler aracılığıyla eğitimler, sertifika programları ve mesleki etkinlikler düzenlenmesi afet hemşireliğinin temellerini daha güçlü hale getirecektir. Afet hemşireliği gelişimi açısından hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim müfredatlarına afet hemşireliği derslerinin eklenmesi, bilgi ve uygulama açısından bütünleştirici olacaktır. Sağlık kurumlarında ise sürdürülebilir afet hazırlık/müdahale eğitimlerinin düzenlenmesi ve bunlara yönelik olarak değerlendirmeler yapılması gelişim açısından faydalı olacaktır. Ayrıca hemşirelerin liderliğinde halk ile yürütülecek bilinçlendirme çalışmaları da bu konuda önemli yön oluşturacaktır. Bilgilendirici videolar, dijital içerikler ve toplumsal farkındalık etkinliklerinin planlanması, toplumun afetlere hazırlık düzeyinin artırılmasına katkı sunacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2014). *Türkiye afet müdahale planı (TAMP)*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.afad.gov.tr/turkiye-afet-mudahale-planı>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2017). *Afet yönetimi terimleri sözlüğü*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2024a). *AFAD stratejik planı 2024–2028*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.afad.gov.tr/stratejik-planlar>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2024b). *Doğa kaynaklı afet istatistikleri 2024*. Erişim tarihi: 25.11.2025, https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e_Kutuphane/Istatistikler/2024-Yili-Doga-Kaynakli-Olay-Istatistikleri.pdf
- Ahayalimudin, N. A., & Osman, N. N. S. (2016). Disaster management: Emergency nursing and medical personnel's knowledge, attitude and practices of the East Coast region hospitals of Malaysia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(4), 203–209.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 28539, 25 Ocak 2013). Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Arkan Üner, G., & Karadağ, G. (2024). Afetler ve toplum sağlığı. İçinde G. Karadağ (Ed.), *Afet hemşireliği* (ss. 1–7). Türkiye Klinikleri.
- Arslan Özkan, H., Çakır, G. N., Demirkan, S., & Baş, Z. (2024). Yeni bir eğitim modeli önerisi: Yeterlilik bazlı modüler afet hemşireliği eğitimi. *Afet ve Risk Dergisi*, 7(3), 573–586.
- Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname No: 4). (2018). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 30479, 15 Temmuz 2018). Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.4.pdf>

- Basal, A. A., & Ahmet, R. E. (2018). Perception of nurses regarding role, preparedness and management skills during hospital disasters. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 5(1), 151–161.
- Bektaş Akpınar, M., & Aşkın Ceran, N. (2020). Afetlerle ilgili güncel yaklaşımlar ve afet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 28–40.
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2023). *Impact variables*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://doc.emdat.be/docs/data-structure-and-content/impact-variables/>
- Çanakçı, M. E. (2019). Afetlerin halk sağlığı üzerine etkileri. İçinde S. E. Eroğlu, S. Yılmaz, R. Dursun & E. Karakayalı (Ed.), *Afet yönetimi ve tıbbi uygulamalar: Temel başvuru kitabı* (ss. 49–55). Ema Tıp Kitabevi.
- Deramo, C. (2020). *Increasing new orienting emergency department nurses' awareness of mass casualty incident emergency preparedness and disaster response core competencies to improve mass casualty incident response* (Doktora tezi). Liberty University.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1998). *Health promotion glossary*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Ekşi, A., & Şen, G. (2019). Afet triyajında etik ikilemlerin değerlendirilmesi: İzmir ili örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 27(1), 30–39.
- Erdoğan, Ö. (2018). Afet hemşireliği eğitimi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği – Özel Konular*, 4(2), 115–120.
- Erkin, Ö., & Güçlü Kıyan, S. (2025). How does integrating disaster nursing into nursing curricula impact nursing students' perception of disaster literacy and preparedness? *BMC Nursing*, 24(1), 1–12.
- Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği. (2020). *T.C. Resmî Gazete*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200318-2.htm>
- Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 27515, 8 Mart 2010; Değişiklik: 19.04.2011–27910). Erişim tarihi: 25.11.2025,

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

- International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing* (Version 2.0).
- Kalanlar, B., Kubilay, G. (2015). Afetlerde toplum sağlığının korunmasında önemli bir kavram: afet hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* .23 (1), 57-65
- Karabey, M. (2025). *Afet müdahale eğitiminin acil servis hemşirelerinin afet farkındalığı ve temel yetkinlikler düzeyine etkisi* (Doktora tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Kıyan, S., & Ekşi, A. (2019). Ülkemiz ve yakın coğrafyasında yaşanan büyük afetler. İçinde S. E. Eroğlu, S. Yılmaz, R. Dursun & E. Karakayalı (Ed.), *Afet yönetimi ve tıbbi uygulamalar* (ss. 35–48). Ema Tıp Kitabevi.
- Öztürk Günay, S. O. (2023). *Acil servis hemşirelerinin afet yönetim yetkinliklerinin belirlenmesi ve etkileyen etmenlerin incelenmesi* (Doktora tezi). Ege Üniversitesi.
- Pamela Frable, N. D., Qureshi, K., CEN, R., & Strong, L. (2008). Disaster Preparedness White Paper for Community/Public Health Nursing Educators Prepared by Association of Community Health Nursing Educators (ACHNE) Task Force on Disaster Preparedness.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK No: 663). (2011). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 28103). Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=663&MevzuatTur=4&MevzuatTertip=5>
- Sağlık Bakanlığı. (2010). *Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) uygulama yönergesi*.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (Kanun No: 3359). (1987). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 19461, 15 Mayıs 1987). Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Türk Dil Kurumu. (2021). *Güncel Türkçe sözlük: Afet*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://sozluk.gov.tr/>

- Ulupınar, F. (2023). *Afet hemşireliği hazırlık ve müdahale yetkinliği ölçeğinin Türkçe uyarlanması ve Türkiye’de hemşirelerin afete hazırlık algısıyla ilişkili bazı faktörlerin meta-analiz yöntemiyle incelenmesi* (Doktora tezi). Selçuk Üniversitesi.
- Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirler Hakkında Kanun (Kanun No: 7269). (1959). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 10213, 25 Mayıs 1959). Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.7269.pdf>
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Kanun No: 1593). (1930). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 1489, 6 Mayıs 1930). Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2017). *Terminology on disaster risk reduction*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.undrr.org/terminology>
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2020). *Hazard definition and classification review*. Erişim tarihi: 25.11.2025, <https://www.undrr.org/publication/hazard-definition-and-classification-review>
- Varol, A. (2019). Afet yönetimi, afet eğitimi ve afet farkındalığı: Amerika örneği. *Firat University Journal of Social Sciences*, 29(1), 193-204.
- World Society Of Disaster Nursing. (WSDN). (2018). Erişim tarihi: 23.12.2025, <https://wsdnursing.org/>
- Yamamoto, A. (2013). Development of disaster nursing in Japan, and trends of disaster nursing in the world. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 162-169.

BÖLÜM 4

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİREĞİ VE ÖNEMİ

Bilim Uzmanı Sevgi AKBUZ¹

Öğr. Gör. Feray BUCAK²

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18144816>

¹ Develi Hatice Muammer Kocatürk Aile Sağlığı Merkezi, Kayseri, TÜRKİYE
sevgimerva@gmail.com. <https://orcid.org/0000-003-4703-1878>.

² Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, TÜRKİYE
feraykabalcioglu@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2453-8310>.

ÖZET

Kadın sağlığı, yalnızca bireysel sağlık göstergeleriyle sınırlı olmayan; aile, toplum ve kuşaklar arası sağlık sonuçlarını doğrudan etkileyen temel bir halk sağlığı alanıdır. Kadınların yaşam döngüsü boyunca karşılaştıkları biyolojik, psikolojik ve sosyal riskler, toplumun genel sağlık düzeyini belirleyen kritik faktörler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda kadın sağlığı hemşireliği, adolesan dönemden yaşlılığa kadar uzanan süreçte kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâlini korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan, bütüncül ve kanıta dayalı bir uzmanlık alanı olarak öne çıkmaktadır.

Bu bölümde kadın sağlığı kavramının kuramsal temelleri, tarihsel gelişimi ve yaşam döngüsü yaklaşımı çerçevesinde ele alınarak kadın sağlığı hemşireliğinin kapsamı ve önemi güncel bilimsel kanıtlar ışığında tartışılmıştır. Kadın sağlığı hizmetlerinin tarihsel olarak üreme ve anne sağlığı ile sınırlı bir anlayıştan uzaklaşarak, günümüzde kronik hastalıklar, ruh sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve sosyal belirleyicileri kapsayan bütüncül bir yapıya evrildiği vurgulanmıştır. Bu dönüşüm sürecinde hemşirelik mesleğinin rolü genişlemiş; kadın sağlığı hemşireleri bakım verici rollerinin yanı sıra eğitici, danışman, savunucu ve politika geliştirici roller üstlenmiştir.

Bölümde ayrıca kadın sağlığı hemşireliğinde kuram ve model temelli yaklaşımların önemi ele alınmış; Orem, Roy, Neuman ve Leininger gibi hemşirelik kuramlarının kadın sağlığı bakımında bireyselleştirilmiş, sürdürülebilir ve etik uygulamaları desteklediği belirtilmiştir. Yaşam döngüsü boyunca adolesanlık, üreme çağı, gebelik, doğum, postpartum dönem, menopoz ve ileri yaşta sunulan hemşirelik bakımının koruyucu ve geliştirici yönleri vurgulanmıştır. Sonuç olarak bu bölüm, kadın sağlığı hemşireliğinin sağlık sistemleri içindeki stratejik rolünü ortaya koyarak, alanda çalışan akademisyenler ve uygulayıcılar için kuramsal ve pratik bir başvuru kaynağı sunmayı amaçlamaktadır.

1. GİRİŞ

Kadın sağlığı, yalnızca bireysel sağlık göstergeleriyle sınırlı olmayan, aile sağlığı, toplum sağlığı ve kuşaklar arası sağlık sonuçlarını doğrudan etkileyen temel bir halk sağlığı alanı olarak küresel sağlık gündeminde

merkezi bir konuma sahiptir (World Health Organization [WHO], 2016; WHO, 2023). Kadınların yaşam döngüsü boyunca karşılaştıkları biyolojik, psikolojik ve sosyal riskler, anne ve yenidoğan sağlığı başta olmak üzere toplumun genel sağlık düzeyini belirleyen kritik faktörler arasında yer almaktadır (United Nations Population Fund [UNFPA], 2022; The Lancet Women's Health Commission, 2021).

Bu bağlamda kadın sağlığına yönelik hizmetlerin güçlendirilmesi, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nın özellikle anne sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sağlıklı yaşam hedefleriyle doğrudan ilişkilidir (United Nations, 2015; United Nations, 2023).

Küresel ölçekte sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri ve toplumların değişen sağlık gereksinimleri, sağlık bakım hizmetlerinin etkin ve bütüncül sunumunu gerekli kılmış; bu bağlamda hemşirelik mesleğinin çok disiplinli sağlık ekipleri içindeki rolü ve katkısı daha görünür hâle gelmiştir (Güngör, Rathfisch & Beji, 2013).

Kadın sağlığı hemşireliği, kadının adölesan dönemden yaşlılığa kadar uzanan yaşam döngüsü boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâlinin korunması ve geliştirilmesini amaçlayan, bütüncül ve kanıta dayalı bakım sunumunu esas alan bir hemşirelik uzmanlık alanıdır (American Nurses Association, 2021; International Council of Nurses [ICN], 2023).

Bu alan; üreme sağlığı, prekonsepsiyonel dönem, gebelik, postpartum dönem, aile planlaması, menopoz, kronik hastalıklar, ruh sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi gibi geniş bir bakım yelpazesini kapsamaktadır (WHO, 2016; WHO, 2022a). Kadın sağlığı hemşireleri, yalnızca klinik bakım sunmakla kalmayıp, sağlık eğitimi, üreme sağlığı danışmanlığı, erken tanı, savunuculuk ve politika geliştirme süreçlerinde de aktif roller üstlenmektedir (International Council of Nurses [ICN], 2020; ICN, 2021).

Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini, sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimini ve sağlık sonuçlarını önemli ölçüde etkilemektedir (WHO, 2022; WHO, 2023). Kadınların eğitim düzeyi, gelir durumu, istihdam olanakları ve toplumsal rollerine ilişkin yapısal eşitsizlikler, kadın sağlığı göstergelerinde küresel ölçekte belirgin farklılıklara yol açmaktadır (Sen & Östlin, 2008; World Bank, 2021). Hemşirelik mesleği, birey ve toplum odaklı yaklaşımıyla toplumsal cinsiyet temelli sağlık

eşitsizliklerinin azaltılmasında aktif rol oynamakta ve kadınların güçlendirilmesini destekleyen etik bir sorumluluk üstlenmektedir (WHO, 2016; ICN, 2021).

Kadın sağlığı hemşireliği perspektifi, biyomedikal yaklaşımların ötesine geçerek sosyal belirleyicileri, kültürel faktörleri ve insan hakları temelli sağlık anlayışını bakım süreçlerine entegre etmeyi hedeflemektedir (UNFPA, 2022; WHO, 2022b). Bu yaklaşım, özellikle incinebilir/kırılgan gruplarda yer alan kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin artırılmasını ve sağlık sistemleri içinde eşitlikçi uygulamaların geliştirilmesini desteklemektedir (WHO, 2022; United Nations Women, 2023).

Bu bölümünün amacı, kadın sağlığı hemşireliğinin kuramsal temellerini, uygulama alanlarını ve sağlık sistemleri içindeki stratejik önemini güncel ve güvenilir bilimsel kanıtlar ışığında ele almaktır (WHO, 2016; WHO, 2020). Bölüm kapsamında kadın sağlığı hemşireliğinin yaşam döngüsü yaklaşımı, önleyici ve koruyucu bakım rolleri, ruh sağlığı boyutu ve toplumsal cinsiyet eşitliği perspektifi bütüncül bir çerçevede sunulacaktır (ICN, 2020; ICN, 2023). Bu doğrultuda, bölümün kadın sağlığı alanında çalışan akademisyenler, araştırmacılar ve uygulayıcılar için kuramsal ve pratik bir başvuru kaynağı oluşturması hedeflenmektedir (American Nurses Association, 2021; WHO, 2023).

2. KADIN SAĞLIĞI KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

2.1. Kadın Sağlığı Kavramının Tanımı

Kadın sağlığı kavramı, kadının yalnızca hastalık veya biyolojik işlevler açısından değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâlinin bir bütün olarak ele alınmasını ifade eden çok boyutlu bir sağlık anlayışını kapsamaktadır (World Health Organization [WHO], 2022; WHO, 2023).

Kadın sağlığı hemşireleri; yalnızca klinik bakım sunan sağlık profesyonelleri değil, aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi, korunması, eğitim, danışmanlık, savunuculuk ve araştırma rollerini bütüncül bir yaklaşımla üstlenen uzmanlardır (Güngör et al., 2013). Bu yaklaşım, kadının yaşam boyu sağlık gereksinimlerini biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alan çağdaş kadın sağlığı anlayışını yansıtmaktadır. Bu yaklaşım, kadınların sağlık durumunu belirleyen biyolojik özelliklerin yanı sıra psikolojik süreçler ve

sosyal çevrenin sağlık üzerindeki etkilerini birlikte değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır (Sen & Östlin, 2008; UN Women, 2023).

Biyolojik boyut, kadınların üreme fizyolojisi, hormonal dalgalanmaları, gebelik, doğum, menopoz ve yaşam süresi boyunca karşılaştıkları özgün sağlık gereksinimlerini içermektedir (WHO, 2016; WHO, 2018; WHO, 2023). Kadınların biyolojik özellikleri, belirli hastalıklara yatkınlık ve sağlık hizmeti gereksinimlerinin erkeklerden farklılaşmasına neden olmakta ve cinsiyete duyarlı sağlık hizmetlerini zorunlu kılmaktadır (United Nations Population Fund [UNFPA], 2022).

Psikolojik boyut, kadınların yaşam olaylarına verdikleri duygusal tepkiler, ruh sağlığı durumları ve psikososyal stresörlerle baş etme kapasitelerini kapsamaktadır (Stewart et al., 2016; Howard & Khalifeh, 2020). Kadınlar, özellikle gebelik, doğum sonrası dönem ve menopoz gibi yaşam evrelerinde ruhsal açıdan daha kırılgan hâle gelebilmekte ve bu durum sağlık sonuçlarını doğrudan etkileyebilmektedir (Howard et al., 2014; World Health Organization, 2022).

Sosyal boyut ise eğitim, gelir düzeyi, çalışma koşulları, aile içi roller, kültürel normlar ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi sosyal belirleyicilerin kadın sağlığı üzerindeki etkilerini içermektedir (WHO, 2022; UN Women, 2023). Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırabilmekte ve sağlık göstergeleri sonuçlarında yapısal farklılıklara yol açabilmektedir (Sen & Östlin, 2008).

Kadın sağlığı kavramının temel bileşenlerinden biri olan yaşam döngüsü yaklaşımı, kadının adölesan dönemden yaşlılığa kadar uzanan tüm yaşam evrelerinde sağlık gereksinimlerinin süreklilik gösterdiğini vurgulamaktadır (WHO, 2016; WHO, 2018; WHO, 2023). Bu yaklaşım, her yaşam evresinin bir önceki ve sonraki dönemlerinin etkilediklerini kabul ederek, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin erken dönemlerden itibaren planlanmasını gerekli kılmaktadır (UNFPA, 2022).

Yaşam döngüsü yaklaşımı, kadın sağlığını yalnızca üreme dönemiyle sınırlamayan, bütüncül ve sürdürülebilir sağlık politikalarının geliştirilmesine temel oluşturan bir çerçeve sunmaktadır (WHO, 2016; WHO, 2018; WHO, 2023). Bu çerçevede hemşirelik bakımı, kadınların yaşamlarının her evresinde

sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine odaklanmaktadır (International Council of Nurses [ICN], 2020).

2.2. Kadın Sağlığı Hizmetlerinin Tarihsel Evrimi

Kadın sağlığı hizmetleri, uzun yıllar boyunca öncelikli olarak anne sağlığı ve doğurganlık süreçleriyle sınırlı bir anlayış çerçevesinde ele alınmıştır (WHO, 2016). Bu dönemde kadın sağlığı, büyük ölçüde gebelik ve doğumla ilişkili mortalite ve morbidite göstergeleri üzerinden değerlendirilmiştir (United Nations, 2015). 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, kadınların sağlık gereksinimlerinin yalnızca anne olma rolleriyle açıklanamayacağı yönündeki farkındalık artmış ve kadın sağlığına bütüncül bir bakış açısı kazandırılmaya başlanmıştır (Sen & Östlin, 2008). Bu dönüşüm, kadınların yaşam boyu karşılaştıkları kronik hastalıklar, ruh sağlığı sorunları ve sosyal belirleyicilerin sağlık üzerindeki etkilerinin daha görünür hâle gelmesini sağlamıştır (WHO, 2022; Global Burden of Disease Collaborative Network, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'nün rehberleri ve norm belirleyici çalışmaları Uluslararası düzeyde kadın sağlığına yönelik politikaların şekillenmesinde önemli bir rol oynamıştır (WHO, 2016). WHO tarafından geliştirilen kadın ve anne sağlığına yönelik stratejiler, sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda önleyici ve geliştirici bir yaklaşımla sunulmasına olanak sağlamıştır (WHO, 2022).

Kadın sağlığı alanındaki önemli dönüm noktalarından biri, 1994 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) ile kadınların üreme sağlığı ve haklarının küresel politika gündemine dâhil edilmesidir (United Nations, 1995). ICPD, kadın sağlığını insan hakları temelli bir çerçevede ele alarak, kadınların kendi bedenleri ve sağlıkları üzerinde söz sahibi olmalarının önemini vurgulamıştır (UNFPA, 2022).

Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SDGs), kadın sağlığını küresel kalkınmanın temel bileşenlerinden biri olarak tanımlamış ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını öncelikli hedefler arasına almıştır (United Nations, 2015; WHO, 2022). Bu hedefler doğrultusunda kadın sağlığı hizmetleri; bütüncül bakım, eşit erişim ve kalite

odaklı sağlık sistemleri çerçevesinde yeniden yapılandırılmaktadır (WHO, 2022).

Kadın sağlığı hizmetlerinin tarihsel gelişimi, hemşirelik mesleğinin rolünü de genişletmiş ve kadın sağlığı hemşireliğini yalnızca bakım sunan bir meslek olmaktan çıkararak savunuculuk, eğitim ve politika geliştirme süreçlerinin aktif bir paydaşı hâline getirmiştir (ICN, 2020). Bu dönüşüm, kadın sağlığı hemşireliğinin günümüzde disiplinler arası ve kanıta dayalı bir uzmanlık alanında güçlenmesini sağlamıştır (American Nurses Association, 2021).

3. KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN TANIMI VE KAPSAMI

3.1. Kadın Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı ve Önemi

Kadın sağlığı hemşireliği, kadının yaşam döngüsü boyunca karşılaşılabileceği biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel sağlık gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla ele alan, koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici bakım hizmetlerini kapsayan uzmanlık alanlarından biridir (World Health Organization [WHO], 2022; WHO, 2023). Bu alan, yalnızca üreme sağlığı ile sınırlı olmayıp, çocukluktan yaşlılık dönemine kadar kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen tüm faktörleri dikkate alan kapsamlı bir bakım anlayışını benimsemektedir (United Nations Population Fund [UNFPA], 2022; The Lancet Women's Health Commission, 2021).

Uluslararası düzeyde hemşireliğin kapsamı ve temel rolleri, International Council of Nurses (ICN) tarafından tanımlanmakta olup, kadın sağlığı hemşireliği bu çerçevede birey, aile ve toplum düzeyinde sağlık hizmeti sunan, savunuculuk ve liderlik rolleri üstlenen bir uzmanlık alanı olarak ele alınmaktadır (International Council of Nurses [ICN], 2020; ICN, 2023). ICN, hemşireliğin temel amacını bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığını korumak ve geliştirmek olarak tanımlamakta; kadın sağlığı hemşireliğini bu amacın önemli bir bileşeni olarak değerlendirmektedir (ICN, 2020).

Ulusal düzeyde kadın sağlığı hemşireliği, Türkiye'de hemşirelik eğitimi ve uygulama alanları içerisinde kadın, doğum ve üreme sağlığı hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini içeren bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019;

Yükseköğretim Kurulu, 2021). Kadın sağlığı hemşireleri; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin yanı sıra, jinekolojik hastalıklar ve kanser, menopoz, kronik hastalıklar ve ruh sağlığı gibi alanlarda bakım sunan sağlık profesyonelleridir (Türkiye Hemşireler Derneği, 2020; WHO, 2022b).

Kadın sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları, bakım verici rolün ötesinde; eğitici, danışman, savunucu, araştırmacı ve koordinatör rollerini de içermektedir (American Nurses Association [ANA], 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2022). Bu bağlamda kadın sağlığı hemşireleri, kadınların sağlık okuryazarlığını artırmayı, sağlık hizmetlerine erişimi desteklemeyi ve toplumsal cinsiyet temelli sağlık eşitsizliklerini azaltmayı hedefleyen uygulamalarda aktif rol üstlenmektedir (WHO, 2022; UN Women, 2023).

Günümüzde kadın sağlığı hemşireliğinin kapsamı, geleneksel yüz yüze bakım modellerinin ötesine geçerek kitle iletişim araçları ve dijital medya yoluyla sağlık bilgisinin yaygınlaştırılmasını da içermektedir. Hemşireler, medya aracılığıyla kadınların doğru, güvenilir ve bilimsel temelli sağlık bilgisine erişimini destekleyen önemli sağlık iletişim aktörleri olarak tanımlanmaktadır (Öztürk & Aksayan, 2019).

Kadın sağlığı hemşireliği; koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan geniş bir uygulama alanına sahiptir. Hemşireler, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak erken tanı, etkili bakım ve sağlık okuryazarlığının artırılmasına katkı sağlamaktadır (WHO, 2018; WHO, 2022). Üreme sağlığı, perinatal bakım, ruh sağlığı ve yaşlılık döneminde sunulan hemşirelik hizmetlerinin, kadınların yaşam kalitesini doğrudan etkilediği bildirilmektedir (Hawkes et al., 2021).

Toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin var olduğu sağlık sistemlerinde kadın sağlığı hemşireliği, hak temelli ve etik ilkelere dayalı bakımın güvence altına alınmasında önemli bir rol üstlenmektedir (UN Women, 2020; ICN, 2021).

3.2. Türkiye’de Kadın Sağlığı Hemşireliğinin Uluslararası Standartlarla Karşılaştırılması

Kadın sağlığı hemşireliği, uluslararası düzeyde kadınların yaşam döngüsü boyunca ortaya çıkan sağlık gereksinimlerine yanıt veren, koruyucu, geliştirici ve bütüncül bakım yaklaşımlarını temel alan uzmanlık alanlarından

biri olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2022). Gelişmiş ülkelerde kadın sağlığı hemşireleri; üreme sağlığı, gebelik ve doğum bakımı, perinatal ruh sağlığı, kronik hastalık yönetimi ve sağlığın geliştirilmesi gibi alanlarda ileri roller üstlenmekte ve kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda bağımsız ya da yarı bağımsız biçimde hizmet sunmaktadır (International Council of Nurses [ICN], 2021; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], 2020).

Uluslararası standartlarda kadın sağlığı hemşireliğinin temel özellikleri arasında lisansüstü eğitimle desteklenen uzmanlaşma, klinik karar verme yetkinliği, multidisipliner ekip içinde etkin rol alma ve sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlama yer almaktadır (WHO, 2020; ICN, 2021). Özellikle Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde kadın sağlığı hemşireleri; kanser taramaları, kontraseptif danışmanlık, perinatal ruh sağlığı taramaları ve kronik hastalık izlemi gibi alanlarda ileri uygulama yetkilerine sahiptir (AWHONN, 2020; National Association of Nurse Practitioners in Women's Health [NPWH], 2022).

Türkiye'de ise kadın sağlığı hemşireliği, yasal ve eğitimsel açıdan gelişim göstermiş olmakla birlikte, uluslararası uygulamalarla karşılaştırıldığında daha sınırlı bir rol tanımı çerçevesinde yürütülmektedir. Lisans ve lisansüstü düzeyde kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği programları bulunmasına karşın, bu alanda uzmanlaşmış hemşirelerin klinik uygulamalarda özerk roller üstlenmesi ve ileri hemşirelik uygulamalarını bağımsız biçimde yürütmesi sınırlıdır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010; Güngör, Rathfisch & Beji, 2013). Türkiye'de kadın sağlığı hemşirelerinin görev ve sorumlulukları daha çok eğitim, danışmanlık ve bakım uygulamaları ile sınırlandırılmakta; tarama, tanılama ve izlem süreçlerinde yetki kapsamı uluslararası örneklerle kıyasla daha dar kalmaktadır (Temel, 2011).

Buna karşın Türkiye'de kadın sağlığı hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezler ve bilimsel araştırmalar, alanın akademik altyapısının giderek güçlendiğini göstermektedir. Kuramsal temelli çalışmaların artması, kadın sağlığı hemşireliğinin bilimsel kimliğinin güçlenmesine ve uluslararası standartlara uyum sürecine katkı sağlamaktadır (Güngör et al., 2013; WHO, 2022). Ancak bu gelişmelerin klinik uygulamalara daha etkin biçimde yansıtılabilmesi için kadın sağlığı hemşirelerinin rol ve yetkilerinin

uluslararası standartlar doğrultusunda yeniden düzenlenmesi gerekmektedir (ICN, 2021).

Tablo 1. Türkiye’de ve Uluslararası Düzeyde Kadın Sağlığı Hemşireliğinin Karşılaştırılması

Karşılaştırma Boyutu	Uluslararası Uygulamalar	Türkiye’de Mevcut Durum
Eğitim Düzeyi	Lisansüstü eğitim (yüksek lisans/doktora) ile desteklenen ileri hemşirelik uygulamaları yaygındır (ICN, 2021; NPWH, 2022).	Lisans ve lisansüstü düzeyde kadın sağlığı hemşireliği eğitimi bulunmaktadır; ancak ileri uygulama odaklı uzmanlaşma sınırlıdır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010; Güngör et al., 2013).
Uzmanlaşma ve Sertifikasyon	Kadın sağlığı, perinatal bakım ve üreme sağlığı alanlarında resmi sertifikasyon ve uzmanlık rolleri tanımlıdır (AWHONN, 2020; NPWH, 2022).	Uzmanlaşma akademik düzeyde mevcuttur; klinik uygulamada uzman hemşire rolleri net biçimde tanımlanmamıştır (Temel, 2011).
Klinik Özerklik	Kadın sağlığı hemşireleri birçok ülkede bağımsız veya yarı bağımsız klinik karar verebilmektedir (ICN, 2021).	Klinik karar verme yetkisi sınırlıdır; uygulamalar çoğunlukla hekim yönlendirmesiyle yürütülmektedir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010).
İleri Uygulama Yetkileri	Kontraseptif danışmanlık, tarama programları, perinatal ruh sağlığı değerlendirmeleri ve kronik hastalık izlemi gibi alanlarda ileri uygulama yetkileri bulunmaktadır (AWHONN, 2020; NPWH, 2022).	Tarama ve izlem süreçlerine katılım vardır; ancak tanılama ve ileri uygulama yetkileri sınırlıdır (Temel, 2011).
Multidisipliner Ekipte Rol	Kadın sağlığı hemşireleri multidisipliner ekiplerin	Multidisipliner ekip içinde yer almakla birlikte karar

Karşılaştırma Boyutu	Uluslararası Uygulamalar	Türkiye’de Mevcut Durum
	aktif ve eşit üyeleri olarak görev almaktadır (ICN, 2021).	süreçlerine katılım sınırlı düzeydedir (Güngör et al., 2013).
Sağlık Politikalarına Katılım	Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında hemşirelerin danışman ve savunucu rolleri güçlüdür (ICN, 2021).	Politika geliştirme süreçlerine katılım sınırlı olup daha çok uygulayıcı rol ön plandadır (Temel, 2011).
Kuram ve Model Kullanımı	Kuram ve model temelli bakım yaklaşımları klinik uygulamalara sistematik biçimde entegre edilmektedir (Alligood, 2022).	Kuram ve model kullanımı daha çok akademik çalışmalarda görülmekte, klinik uygulamalara yansıtılması sınırlı kalmaktadır (Güngör et al., 2013).

3.3. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Kuram ve Model Temelli Yaklaşımlar

Kadın sağlığı hemşireliğinde bakımın bilimsel, sistematik ve kanıta dayalı biçimde sunulabilmesi için hemşirelik kuram ve modellerinden yararlanılması büyük önem taşımaktadır. Orem’in Öz Bakım Eksikliği Kuramı, Roy’un Uyum Modeli ve Neuman’ın Sistemler Modeli gibi yaklaşımlar, kadının biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarını bütüncül biçimde ele alarak bakımın bireyselleştirilmesini sağlamaktadır (Güngör et al., 2013; Alligood, 2022). Bu kuramlar, özellikle gebelik, postpartum dönem, infertilite ve menopoz gibi yaşam geçişlerinde kadının öz bakım kapasitesinin güçlendirilmesi ve stresörlerle baş etme becerilerinin artırılmasında etkili bir rehber sunmaktadır (Alligood, 2022).

Kadın sağlığı hemşireliğinin önemi, yalnızca sunulan bakım hizmetlerinin kapsamı ile değil, bu bakımın hemşirelik kuram ve modelleri temelinde yapılandırılmasıyla daha da belirgin hâle gelmektedir. Kuram temelli yaklaşımlar, kadın sağlığını biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bütüncül olarak ele almayı mümkün kılarak hemşirelik bakımının

bilimsel ve sistematik bir zemine oturmasını sağlar. Özbakım eksikliği kuramı, kadının kendi sağlığına ilişkin karar alma ve öz bakım davranışlarını destekleyerek özellikle üreme sağlığı, gebelik ve kronik hastalıkların yönetiminde hemşirenin rehberlik rolünü güçlendirmektedir (Orem, 2001). Roy'un Adaptasyon Modeli, ergenlik, gebelik, doğum sonrası dönem ve menopoz gibi kadın yaşam döngüsündeki fizyolojik ve psikososyal geçiş süreçlerine uyumu açıklamada önemli bir çerçeve sunmakta; Neuman Sistemler Modeli ise stresörlerin kadın sağlığı üzerindeki etkilerini ortaya koyarak ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşirelik girişimlerini yönlendirmektedir (Roy, 2009; Neuman & Fawcett, 2011). Bu bağlamda kuram ve model temelli hemşirelik uygulamaları, kadın sağlığı bakımının bireysel gereksinimlere duyarlı, kanıta dayalı ve sürdürülebilir biçimde sunulmasını sağlayarak kadın sağlığı hemşireliğinin profesyonel ve bilimsel kimliğini güçlendirmektedir (Alligood, 2022).

Kuram ve model temelli hemşirelik uygulamaları, kadın sağlığı hemşirelerinin yalnızca bakım verici değil; aynı zamanda eğitici, danışman ve savunucu rollerini de güçlendirmekte, bakımın kalitesini ve sürekliliğini artırmaktadır (Güngör et al., 2013). Bu nedenle kadın sağlığı hemşireliğinde kuramsal yaklaşımların eğitim, araştırma ve klinik uygulamalara entegre edilmesi, alanın profesyonel gelişimi ve uluslararası standartlara uyum açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (ICN, 2021).

Tablo 2. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Yaygın Kullanılan Hemşirelik Kuram ve Modelleri

Kuram / Model	Temel Odak Noktası	Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Kullanım Alanları	Hemşirelik Bakımına Katkısı
Orem – Öz Bakım Eksikliği Kuramı	Bireyin öz bakım gereksinimleri ve öz bakım kapasitesi	Üreme sağlığı, gebelik izlemi, postpartum bakım, kronik hastalık yönetimi	Kadının öz bakım becerilerinin geliştirilmesini destekler; hemşirenin eğitici ve rehberlik rolünü güçlendirir.

Kuram / Model	Temel Odak Noktası	Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Kullanım Alanları	Hemşirelik Bakımına Katkısı
Roy – Adaptasyon Modeli	Bireyin çevresel ve içsel uyaranlara uyumu	Gebelik, doğum sonrası dönem, menopoz, infertilite ve yaşam geçişleri	Kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyum süreçlerinin değerlendirilmesini sağlar.
Neuman – Sistemler Modeli	Stresörler ve savunma hatları	Perinatal ruh sağlığı, şiddet ve istismar, kronik stres ve psikososyal riskler	Stresörlerin erken tanınmasını ve koruyucu girişimlerin planlanmasını destekler.
Leininger – Kültürel Bakım Kuramı	Kültürel değerlere duyarlı bakım	Aile planlaması, gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım	Kültürel farklılıkları dikkate alarak bireyselleştirilmiş bakım sunulmasını sağlar.
Watson – İnsan Bakım Kuramı	Bakım, etik ve insani değerler	Ruh sağlığı, doğum sonrası bakım, kronik hastalıklarla baş etme	Kadın merkezli, empatik ve etik bakım anlayışını güçlendirir.

3.4. Kadın Sağlığı Hemşireliğinin Temel İlkeleri

3.4.1. Bütüncül Bakım

Bütüncül bakım, kadının yalnızca fizyolojik sağlık gereksinimlerini değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarını da dikkate alan bir bakım anlayışını ifade etmektedir (WHO, 2016; WHO, 2023). Kadın sağlığı hemşireliği, biyopsikososyal model temelinde şekillenmekte olup, bireyin sağlık durumunu etkileyen çevresel ve toplumsal faktörleri de değerlendirmektedir (Engel, 1977; WHO, 2022). Bu yaklaşım, kadınların sağlık deneyimlerinin yaşam koşulları ve toplumsal rollerle yakından ilişkili olduğu gerçeğini temel almaktadır (Sen & Östlin, 2008; World Bank, 2021).

3.4.2. Kanıta Dayalı Uygulama

Kanıta dayalı uygulama, klinik kararların en güncel ve güvenilir bilimsel kanıtlar doğrultusunda alınmasını ifade etmekte olup, kadın sağlığı hemşireliğinin temel ilkelerinden biridir (Melnik & Fineout-Overholt, 2019; Melnik & Fineout-Overholt, 2022). Kadın sağlığı alanında bakım uygulamalarının planlanmasında, sistematik derlemeler ve klinik rehberler önemli bir rol oynamaktadır (Cochrane Collaboration, 2023; WHO, 2021). WHO ve Cochrane tarafından yayımlanan rehberler, kadın sağlığı hemşirelerinin bakım süreçlerinde bilimsel kanıta dayalı kararlar almasını desteklemektedir (WHO, 2016; Cochrane Database of Systematic Reviews, 2022).

3.4.3. Etik ve Kültürel Duyarlılık

Kadın sağlığı hemşireliği uygulamalarında etik ilkeler ve kültürel duyarlılık, bakım kalitesinin temel belirleyicilerindendir (ICN, 2021; ICN, 2023). Hemşirelerin, bireyin özerkliğine saygı gösterme, zarar vermeme, yararlılık ve adalet ilkeleri doğrultusunda hizmet sunmaları beklenmektedir (Beauchamp & Childress, 2019; Beauchamp & Childress, 2021). Bununla birlikte, kadınların sağlık deneyimlerinin kültürel normlar ve inanç sistemleri tarafından şekillendiği göz önünde bulundurularak, kültürel yeterliliğe sahip bakım yaklaşımlarının benimsenmesi önem taşımaktadır (WHO, 2022; UNESCO, 2021).

3.4.4. Hasta Merkezli Yaklaşım

Hasta merkezli yaklaşım, bakım süreçlerinde kadının gereksinimlerini, tercihlerini ve değerlerini merkeze alan bir sağlık hizmeti anlayışını ifade etmektedir (Institute of Medicine, 2001; WHO, 2021). WHO, kadın sağlığı hizmetlerinde birey merkezli bakım modellerinin benimsenmesini, bakım kalitesini ve sağlık sonuçlarını iyileştiren temel bir unsur olarak tanımlamaktadır (WHO, 2016; WHO, 2023). Kadın sağlığı hemşireleri, karar verme süreçlerine kadını aktif olarak dahil ederek, güçlendirici ve katılımcı bir bakım ortamı oluşturmaktadır (ANA, 2021; Melnik & Fineout-Overholt, 2022).

3.4.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Medya Duyarlılığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve günlük yaşamlarında kullanma kapasitesi olarak tanımlanmakta olup, kadın sağlığının geliştirilmesinde temel bir belirleyici olarak kabul edilmektedir.

Kadın sağlığı hemşireleri, özellikle medya ve dijital platformlar aracılığıyla sunulan sağlık bilgilerinin doğruluğunu değerlendirme konusunda kadınlara rehberlik ederek yanlış ve yanıltıcı bilgilerin olumsuz etkilerinin sağlığa yansımaları azaltmada kritik rol üstlenmektedir (Öztürk & Aksayan, 2019).

Araştırmalar, medyada yer alan sağlık içeriklerinin bilimsel temelden yoksun olması durumunda kadınlarda yanlış sağlık davranışlarına ve gecikmiş sağlık hizmeti başvurularına yol açabildiğini göstermektedir. Bu bağlamda hemşireler, medya okuryazarlığını destekleyen eğitim ve danışmanlık rolleriyle kadınların güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır

Tablo 3. Kadın Sağlığı Hemşireliğinin Temel İlkeleri

İlke	Tanım	Hemşirelik Uygulamasına Yansıması	Kaynak
Bütüncül Bakım	Kadının sağlığını yalnızca biyolojik açıdan değil; psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel boyutlarıyla birlikte ele alan bakım yaklaşımıdır.	Kadının yaşam koşulları, aile yapısı, kültürel inançları ve psikososyal gereksinimleri değerlendirilerek bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması.	World Health Organization [WHO], 2016; International Council of Nurses [ICN], 2020
Kanıt Dayalı Uygulama	Klinik kararların güncel bilimsel kanıtlar, klinik deneyim ve bireyin değerleri doğrultusunda alınmasını esas alan yaklaşımdır.	Klinik rehberlerin (WHO, NICE, Cochrane) kullanılması, bakım girişimlerinin bilimsel kanıtlara dayandırılması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi.	Melnik & Fineout-Overholt, 2019; WHO, 2016

İlke	Tanım	Hemşirelik Uygulamasına Yansıması	Kaynak
Etik ve Kültürel Duyarlılık	Bakım sunumunda etik ilkelere, insan haklarına ve kültürel farklılıklara saygı gösterilmesini ifade eder.	Kadının mahremiyetine saygı duyulması, ayrımcılığın önlenmesi, kültürel değerlere uygun iletişim kurulması ve etik ikilemlerde profesyonel rehberlere başvurulması.	International Council of Nurses, 2021; Beauchamp & Childress, 2019
Hasta Merkezli Yaklaşım	Kadının değerlerini, tercihlerini ve gereksinimlerini bakım sürecinin merkezine alan yaklaşımı ifade eder.	Bilgilendirilmiş onamın sağlanması, karar verme süreçlerine kadının aktif katılımının desteklenmesi ve bakımın kadının beklentilerine göre şekillendirilmesi.	WHO, 2018; ICN, 2021

4. YAŞAM DÖNGÜSÜ BOYUNCA KADIN SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kadın sağlığı, bireyin yaşamı boyunca değişen biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerle şekillenen dinamik bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü, kadın sağlığının değerlendirilmesinde yaşam döngüsü yaklaşımının benimsenmesini, etkili ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biri olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2016; WHO, 2018; WHO, 2023a). Yaşam döngüsü yaklaşımı, kadınların sağlık gereksinimlerinin erken dönemlerden itibaren ele alınmasını ve önleyici sağlık hizmetlerinin sürekliliğini vurgulamaktadır (The Lancet Women's Health Commission, 2021). Kadın sağlığı hemşireliği, bu yaklaşım doğrultusunda adolesan dönemden ileri yaşa kadar kadının karşılaştığı özgün sağlık gereksinimlerine yönelik koruyucu, geliştirici ve destekleyici bakım sunmayı amaçlamaktadır (United Nations Population Fund [UNFPA], 2022; ICN, 2023).

4.1. Adölesan Dönemde Kadın Sağlığı

Adölesan dönem, bireyin fiziksel, hormonal, bilişsel ve psikososyal açıdan hızlı değişimler yaşadığı kritik bir gelişim evresidir. Bu dönemde sunulan sağlık hizmetleri, yaşam boyu sağlık davranışlarının şekillenmesinde belirleyici bir rol oynamaktadır (WHO, 2014; WHO, 2022a). Kadın sağlığı hemşireleri, adölesan kızların üreme sağlığına ilişkin doğru ve güvenilir bilgiye erişimini sağlayarak riskli davranışların önlenmesinde kilit bir rol üstlenmektedir (UNICEF, 2021; UNFPA, 2023).

Üreme sağlığı eğitimi, adölesan kızların beden farkındalığını artırmak, sağlıklı karar verme becerilerini geliştirmek ve erken yaş gebelikleri ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemek açısından büyük önem taşımaktadır (WHO, 2014; WHO, 2022b). Menstrüel sağlık ise adölesan dönemde sıklıkla ihmal edilen ancak fiziksel ve ruhsal iyilik hâli üzerinde doğrudan etkisi bulunan bir alandır. Güncel çalışmalar, menstrüel sağlığın eğitim, ruh sağlığı ve sosyal katılım üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir (Hennegan et al., 2021; UNICEF & WHO, 2023). Hemşirelik girişimleri, menstrüel hijyenin sağlanması, ağrı yönetimi ve yanlış inanışların giderilmesine odaklanmaktadır (Hennegan et al., 2019).

Adölesan dönemde görülen riskli davranışlar arasında korunmasız cinsel ilişki, madde kullanımı ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları yer almaktadır. Kadın sağlığı hemşireleri, koruyucu hemşirelik yaklaşımı doğrultusunda danışmanlık, eğitim ve yönlendirme hizmetleri sunarak bu risklerin azaltılmasını hedeflemektedir (WHO, 2014; WHO, 2022a).

4.2. Üreme Çağında Kadın Sağlığı

Üreme çağındaki kadınlar için sağlık hizmetleri, yalnızca gebelik ve doğum süreçleriyle sınırlı olmayıp, cinsel ve üreme sağlığının tüm boyutlarını kapsamaktadır. Aile planlaması hizmetleri, kadınların üreme haklarını kullanabilmelerini ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesini sağlayan temel sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır (UNFPA, 2022; WHO, 2023b). Kadın sağlığı hemşireleri, bireyin gereksinimlerine uygun yöntemlerin seçilmesi ve etkin kullanımının sağlanmasında danışmanlık rolü üstlenmektedir (WHO, 2015; UNFPA, 2023).

Prekonsepsiyonel dönemde bakım, kadının fiziksel ve ruhsal sağlığının değerlendirilmesini ve olası risklerin belirlenmesini amaçlayan önemli bir bakım sürecidir. Güncel rehberler, nicelik ve nitelik bakımından prekonsepsiyonel bakımın maternal ve neonatal sonuçları iyileştirdiğini vurgulamaktadır (Dean et al., 2014; WHO, 2022c). Kadın sağlığı hemşireleri, kronik hastalıkların yönetimi, beslenme danışmanlığı ve yaşam tarzı düzenlemeleri konusunda rehberlik sağlamaktadır (WHO, 2016; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021).

Cinsel sağlık ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma, üreme çağındaki kadınların sağlık hizmetlerinde öncelikli alanlar arasında yer almaktadır. Hemşirelik bakımı, güvenli cinsel davranışların teşviki, tarama programlarına yönlendirme ve damgalama ile mücadeleye odaklanmaktadır (WHO, 2022; UNAIDS, 2023).

4.3. Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemde Hemşirelik Bakımı

Prenatal, intrapartum ve postpartum dönem, kadın sağlığı açısından fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı özel ve önemli bir süreçtir. WHO, antenatal bakımın anne ve bebek sağlığını iyileştirmede kritik bir rol oynadığını ve en az sekiz izlem ziyaretini içeren nitelikli bakımın önemini vurgulamaktadır (WHO, 2016; WHO, 2023c). Kadın sağlığı hemşireleri, gebelik süresince risk taraması, eğitim ve psikososyal destek hizmetleri sunmaktadır (Renfrew et al., 2014; ICN, 2023).

Doğum sürecinde hemşirelik rolleri; kadının fiziksel konforunun sağlanması, ağrı yönetimi, doğum eyleminin izlenmesi ve duygusal destek sunulmasını kapsamaktadır. Sürekli destek sağlayan hemşirelik bakımının, doğum deneyimini olumlu yönde etkilediği ve müdahale oranlarını azalttığı güncel kanıtlarla desteklenmektedir (Sandall et al., 2016; Bohren et al., 2022).

Postpartum bakım ve izlem, annenin fiziksel iyileşmesi, laktasyon sürecinin desteklenmesi ve ruh sağlığının değerlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Postpartum dönemde kadınlarda sık görülen depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların erken tanınması ve uygun yönlendirme, kadın sağlığı hemşirelerinin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır (Stewart et al., 2016; WHO, 2022d).

4.4. Menopoz ve İleri Yaş Döneminde Kadın Sağlığı

Menopoz ve ileri yaş dönemi, hormonal değişimlerin ve kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı bir yaşam evresidir. Bu dönemde kadınlar; kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz ve metabolik bozukluklar açısından artmış risk altındadır (WHO, 2022; NAMS, 2022). Kadın sağlığı hemşireleri, semptom yönetimi, yaşam tarzı değişiklikleri ve düzenli sağlık taramalarının teşvik edilmesi yoluyla sağlıklı yaşlanmayı desteklemektedir.

Sağlıklı yaşlanma yaklaşımı, bireyin fonksiyonel kapasitesini korumayı ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. WHO, yaşlı kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin güçlendirilmesini ve bütüncül bakım modellerinin benimsenmesini önermektedir (WHO, 2015; WHO, 2023d). Kadın sağlığı hemşireliği, bu süreçte birey merkezli ve destekleyici bakım anlayışını temel almaktadır (ICN, 2020; ICN, 2023).

Tablo 4. Yaşam Döngüsü Boyunca Kadın Sağlığı Ve Hemşirelik Bakımı

Yaşam Evresi	Temel Sağlık Riskleri	Öncelikli Hemşirelik Girişimleri	Kaynak
Adölesan Dönem	Puberteye bağlı fiziksel ve hormonal değişimler, yetersiz beslenme, riskli cinsel davranışlar, ruhsal sorunlar ve beden algısı problemleri	Sağlık eğitimi, üreme sağlığı ve cinsel sağlık danışmanlığı, ruh sağlığı taramaları, sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi	World Health Organization [WHO], 2018; United Nations Population Fund [UNFPA], 2022
Üreme Çağı	Üreme sağlığı sorunları, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, ruhsal stresörler ve kronik hastalık riskleri	Aile planlaması danışmanlığı, üreme sağlığı izlemi, tarama programlarına yönlendirme, sağlık okuryazarlığının artırılması	WHO, 2016; International Council of Nurses [ICN], 2020
Gebelik / Doğum /	Gebelik komplikasyonları, perinatal depresyon	Antenatal ve postnatal bakım, riskli gebeliklerin	WHO, 2016; Stewart et al., 2016

Yaşam Evresi	Temel Sağlık Riskleri	Öncelikli Hemşirelik Girişimleri	Kaynak
Postpartum Dönem	ve anksiyete, anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesi	izlenmesi, ruh sağlığı taramaları, emzirme danışmanlığı ve anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi	
Menopoz ve İleri Yaş	Osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, ruhsal sorunlar ve yaşam kalitesinde azalma	Sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi, kronik hastalık yönetimi, yaşam tarzı danışmanlığı, psikososyal destek ve rehabilitasyon hizmetleri	WHO, 2018; Marmot et al., 2008

5. KADIN RUH SAĞLIĞI VE PSİKOSOSYAL BAKIM

Kadın ruh sağlığı, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin etkileşimi sonucu şekillenen, yaşam döngüsü boyunca değişkenlik gösteren çok boyutlu bir sağlık alanıdır. Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığını yalnızca ruhsal hastalıkların yokluğu değil, bireyin psikolojik iyilik hâlini sürdürme kapasitesi olarak tanımlamakta ve kadınların ruhsal sorunlar açısından erkeklere kıyasla daha yüksek risk altında olduğunu bildirmektedir (World Health Organization [WHO], 2022; WHO, 2023a). Toplumsal cinsiyet rolleri, bakım yükü, sosyoekonomik eşitsizlikler ve şiddet gibi faktörler, kadınlarda ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında belirleyici rol oynamaktadır (Sen & Östlin, 2008; United Nations Women [UN Women], 2023).

5.1. Kadınlarda Ruh Sağlığı Sorunlarının Yaygınlığı

Kadın ruh sağlığı, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin etkileşimi sonucu şekillenen, yaşam döngüsü boyunca değişkenlik gösteren çok boyutlu bir sağlık alanıdır. Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığını yalnızca ruhsal hastalıkların yokluğu değil, bireyin psikolojik iyilik hâlini sürdürme kapasitesi

olarak tanımlamakta ve kadınların ruhsal sorunlar açısından erkeklere kıyasla daha yüksek risk altında olduğunu bildirmektedir (WHO, 2022; WHO, 2018; WHO, 2023b). Toplumsal cinsiyet rolleri, bakım yükü, sosyoekonomik eşitsizlikler ve şiddet gibi faktörler, kadınlarda ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında belirleyici rol oynamaktadır (Sen & Östlin, 2008; UN Women, 2023).

5.1.1. Depresyon

Depresyon, kadınlarda en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri olup, küresel düzeyde kadınların erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla depresyon tanısı aldığı bildirilmektedir (WHO, 2017; WHO, 2023c). Majör depresif bozukluk, kadınların işlevselliğini, yaşam kalitesini ve fiziksel sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Kessler et al., 2015; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Özellikle üreme çağındaki kadınlarda hormonal değişimler, gebelik ve doğum süreçleri ile psikososyal stresörler depresyon riskini artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır (Stewart et al., 2016; Howard & Khalifeh, 2020).

5.1.2. Anksiyete

Anksiyete bozuklukları da kadınlarda yaygın olarak görülen ruh sağlığı sorunları arasında yer almakta olup, kadınların yaşam boyu anksiyete bozukluğu yaşama olasılığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Bandelow & Michaelis, 2015; GBD 2019 Anxiety Disorders Collaborators, 2022). Anksiyete bozuklukları, kadınların günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (WHO, 2022; WHO, 2023c). Özellikle gebelik ve postpartum dönemlerde anksiyete belirtilerinin sıklıkla göz ardı edildiği ve yeterince tanılanamadığı vurgulanmaktadır (Howard et al., 2014; Fairbrother et al., 2021).

5.1.3. Perinatal Ruh Sağlığı Bozuklukları

Perinatal dönem, kadınların ruh sağlığı açısından en kırılgan yaşam evrelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Perinatal depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansının küresel ölçekte %10–20 arasında değiştiği

bildirilmektedir (O'Connor et al., 2016; WHO, 2022a). Bu dönemde ortaya çıkan ruhsal sorunlar, yalnızca annenin sağlığını değil, aynı zamanda anne-bebek etkileşimini, doğum sonuçlarını ve çocuğun gelişimsel seyrini de olumsuz etkilemektedir (Stewart et al., 2016; Slomian et al., 2019). Bu nedenle perinatal ruh sağlığı, güncel sağlık politikalarında öncelikli bir alan olarak ele alınmaktadır (WHO, 2016; WHO, 2022a).

5.2. Hemşirelik Yaklaşımları ve Erken Tanı

5.2.1. Tarama ve İzlem

Kadın ruh sağlığı sorunlarının erken tanınmasında sistematik tarama programları büyük önem taşımaktadır. WHO ve ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF), özellikle gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon ve anksiyete için rutin tarama yapılmasını önermektedir (O'Connor et al., 2016; WHO, 2022; USPSTF, 2023). Kadın sağlığı hemşireleri, standart tarama araçlarını kullanarak risk altındaki kadınların erken dönemde belirlenmesini ve uygun hizmetlere yönlendirilmesini sağlamaktadır (Howard et al., 2014; ICN, 2023).

5.2.2. Psikososyal Destek

Psikososyal destek, kadın ruh sağlığı bakımının temel bileşenlerinden biri olup, bireyin duygusal, sosyal ve çevresel gereksinimlerine odaklanan müdahaleleri kapsamaktadır (WHO, 2017; WHO, 2022b). Hemşirelik girişimleri arasında danışmanlık, stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ve damgalamayla mücadele yer almaktadır (ICN, 2021; ICN, 2023). Kanıta dayalı çalışmalar, psikososyal müdahalelerin perinatal depresyonun önlenmesinde ve şiddetinin azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir (O'Connor et al., 2016; Dennis et al., 2021).

5.2.3. Multidisipliner İş Birliği

Kadın ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi, multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Kadın sağlığı hemşireleri; hekimler, psikologlar, psikiyatristler ve sosyal hizmet uzmanları ile iş birliği içinde çalışarak bütüncül bakım sunmaktadır (WHO, 2022; WHO, 2023a).

Multidisipliner yaklaşım, ruhsal sorunların erken tanınmasını, uygun tedaviye yönlendirilmesini ve bakım sürekliliğinin sağlanmasını desteklemektedir (Stewart et al., 2016; NICE, 2022).

6. KADIN SAĞLIĞINDA ÖNLEYİCİ VE KORUYUCU HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri, kadın sağlığının geliştirilmesinde ve sağlık sistemleri üzerindeki hastalık yükünün azaltılmasında temel bir strateji olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, kadınların yaşam döngüsü boyunca karşılaştıkları sağlık risklerinin büyük bir bölümünün önlenabilir olduğunu ve bu süreçte hemşirelerin kritik bir rol üstlendiğini vurgulamaktadır (WHO, 2018; WHO, 2023d). Kadın sağlığı hemşireliği, birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde bütüncül ve sürdürülebilir bakım sunmayı amaçlamaktadır (International Council of Nurses [ICN], 2020; ICN, 2023).

6.1. Birincil Koruma

6.1.1. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi, bireylerin sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmeyi amaçlayan birincil koruma stratejilerinin temel bileşenidir. Kadın sağlığı hemşireleri, beslenme, fiziksel aktivite, üreme sağlığı ve ruh sağlığı gibi alanlarda eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunarak hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik önemli katkılar sağlamaktadır (WHO, 2017; WHO, 2022c). Sağlık eğitiminin, özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kadın gruplarında sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Nutbeam, 2008; OECD, 2023).

Kitle iletişim araçları ve sosyal medya platformları, sağlık eğitiminin geniş kitlelere ulaştırılmasında etkili araçlar olarak kullanılmaktadır. Kadın sağlığı hemşireleri, medya yoluyla yürütülen sağlık eğitimlerinde bilimsel içeriğin doğruluğunu sağlama, mesajların kadınların sosyokültürel özelliklerine uygun biçimde sunulmasını destekleme ve sağlığı geliştirici davranışları teşvik etme sorumluluğunu üstlenmektedir (Öztürk & Aksayan, 2019).

6.1.2. Aşılama

Aşılama, kadın sağlığında enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde etkili ve maliyet-etkin bir halk sağlığı müdahalesidir. WHO, kadınların yaşam döngüsü boyunca tetanoz, influenza ve insan papilloma virüsü (HPV) gibi aşılarla erişiminin sağlanmasını önermektedir (WHO, 2022; WHO, 2023e). Kadın sağlığı hemşireleri, aşılama programlarının uygulanması, bağışıklama oranlarının artırılması ve yanlış inanışların giderilmesi süreçlerinde aktif rol almaktadır (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021; CDC, 2023).

6.1.3. Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Desteklenmesi

Sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi, kronik hastalıkların önlenmesinde birincil koruma yaklaşımının temel unsurlarındandır. Fiziksel aktivitenin artırılması, dengeli beslenme, sigara ve alkol kullanımının azaltılması gibi davranışsal müdahaleler, kadınlarda morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır (WHO, 2018; WHO, 2022d). Hemşirelik bakımı, bireyin yaşam koşullarını ve kültürel bağlamını dikkate alan destekleyici ve güçlendirici yaklaşımları içermektedir (ICN, 2020).

Tablo 5. Koruma Düzeylerine Göre Kadın Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

Koruma Düzeyi	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Örnek Uygulamalar	Kaynak
Birincil Koruma	Hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek ve sağlığı geliştirmek	Sağlık eğitimi ve danışmanlık, sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi, aşılama hizmetleri, risk faktörlerinin azaltılması	Üreme sağlığı eğitimi, HPV ve tetanoz aşıları, beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı, sigara bırakma desteği	World Health Organization [WHO], 2018; Nutbeam, 2008
İkincil Koruma	Hastalıkların erken evrede tanınması ve erken müdahale sağlanması	Tarama programlarına yönlendirme, risk gruplarının belirlenmesi,	Meme ve serviks kanseri taramaları, HPV testi, osteoporoz	WHO, 2021; Lauby-Secretan et al., 2015

Koruma Düzeyi	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Örnek Uygulamalar	Kaynak
		sonuçların izlenmesi ve danışmanlık	taramaları, ruh sağlığı taramaları	
Üçüncül Koruma	Hastalık sonrası komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak	Rehabilitasyon, kronik hastalık yönetimi, tedaviye uyumun desteklenmesi, psikososyal bakım	Diyabet ve kardiyovasküler hastalık izlemi, osteoporoz yönetimi, doğum sonrası rehabilitasyon, ruhsal destek hizmetleri	WHO, 2017; Wagner et al., 2001; ICN, 2020

7. KADIN SAĞLIĞINDA TOPLUMSAL CİNSİYET VE SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ

Toplumsal cinsiyet temelli faktörler kadın sağlığının belirleyicileri arasında merkezi bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, toplumsal cinsiyeti bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini, sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını doğrudan etkileyen temel bir sosyal belirleyici olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2018; WHO, 2022a). Kadınlar, biyolojik farklılıkların yanı sıra toplumsal roller, normlar ve güç ilişkileri nedeniyle sağlık açısından dezavantajlı konumda olabilmektedir (Sen & Östlin, 2008). Güncel küresel raporlar, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin kadınlarda önlenebilir morbidite ve mortalite riskini artırdığını ortaya koymaktadır (WHO, 2022a; United Nations Women [UN Women], 2023).

7.1. Toplumsal Cinsiyet Temelli Eşitsizlikler

Toplumsal cinsiyet temelli eşitsizlikler, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde, sağlık gereksinimlerinin tanınmasında ve bakım kalitesinde önemli farklılıklara yol açmaktadır. Kadınlar birçok toplumda bakım verici rollerle özdeşleştirilmekte ve kendi sağlık gereksinimlerini erteleme eğiliminde olabilmektedir (WHO, 2018; WHO, 2022b). Bu durum özellikle üreme sağlığı, ruh sağlığı ve kronik hastalıklar alanında olumsuz sağlık

sonuçlarına neden olmaktadır (Marmot et al., 2008; The Lancet Women and Health Commission, 2021).

Toplumsal cinsiyet normları, kadınların karar verme süreçlerine katılımını sınırlayarak sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını düşürebilmektedir. Birleşmiş Milletler Kadın Birimi, kadınların sağlık alanında güçlendirilmesinin toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında temel bir unsur olduğunu vurgulamaktadır (UN Women, 2020; UN Women, 2023). Kadına yönelik ayrımcılık ve şiddet ise kadın sağlığını doğrudan ve dolaylı biçimde olumsuz etkileyen önemli toplumsal cinsiyet temelli sorunlar arasında yer almaktadır (García-Moreno et al., 2015; WHO, 2021).

7.2. Sosyoekonomik Faktörlerin Etkisi

Sosyoekonomik durum, kadın sağlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Eğitim düzeyi, gelir, istihdam durumu ve sosyal güvence gibi faktörler, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini ve sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir (World Bank, 2019; World Bank, 2023). Düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınlar hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altındadır (Marmot et al., 2008; WHO, 2022a).

Güncel küresel çalışmalar, yoksulluk ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin birlikte ele alınmasının kadın sağlığı açısından kritik olduğunu göstermektedir. Lancet Kadın Sağlığı Komisyonu, kadınların sağlık gereksinimlerinin sosyal ve ekonomik bağlamdan bağımsız değerlendirilemeyeceğini vurgulamaktadır (The Lancet Women and Health Commission, 2021). Hemşirelik hizmetleri, bu eşitsizliklerin azaltılmasında erişilebilir, kapsayıcı ve kültürel açıdan duyarlı bakım sunarak önemli bir rol üstlenmektedir (ICN, 2020; WHO, 2022b).

7.3. Hemşirelerin Savunuculuk Rolü

Kadın sağlığı hemşireleri, toplumsal cinsiyet temelli sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında savunuculuk rolü üstlenmektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi, hemşirelerin bireylerin ve toplulukların haklarını savunma, politika geliştirme süreçlerine katılma ve sağlık eşitliğini destekleme sorumluluğunu vurgulamaktadır (ICN, 2021; ICN, 2023).

Hemşirelerin savunuculuk rolü; kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin artırılması, şiddet ve ayrımcılıkla mücadele edilmesi ve toplumsal farkındalığın güçlendirilmesini kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, hemşirelerin toplumsal cinsiyet eşitliğini destekleyen uygulamalarının sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada kritik öneme sahip olduğunu belirtmektedir (WHO, 2020; WHO, 2022b). Bu bağlamda kadın sağlığı hemşireliği, yalnızca klinik bakım sunmakla sınırlı olmayıp sosyal adalet ve insan hakları temelli bir yaklaşımı da içermektedir (UN Women, 2020; UN Women, 2023).

8. KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE ETİK VE HUKUKİ BOYUT

Kadın sağlığı hemşireliği uygulamaları, klinik bilgi ve becerilerin yanı sıra etik ve hukuki sorumlulukları da içeren kapsamlı bir profesyonel çerçeveye sahiptir. Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerinde karşılaştıkları etik ikilemler ve hukuki sorunlar, hemşirelerin bakım sunumunda bilinçli ve sorumlu hareket etmelerini zorunlu kılmaktadır (ICN, 2021; ICN, 2023). Dünya Sağlık Örgütü, etik ilkelere dayalı sağlık hizmetlerinin kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından temel bir gereklilik olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2018; WHO, 2022a).

8.1. Hasta Hakları

Hasta hakları, bireylerin sağlık hizmetlerinden insan onuruna yakışır, eşit ve adil bir biçimde yararlanmasını güvence altına alan temel ilkelerdir. Kadınlar, özellikle üreme sağlığı, gebelik ve doğum süreçlerinde hasta hakları ihlallerine daha açık bir gruba oluşturmaktadır (WHO, 2015; WHO, 2022b). Kadın sağlığı hemşireleri, hastaların bilgilendirilme, saygı görme ve ayrımcılığa uğramama haklarını koruma sorumluluğunu taşımaktadır (ICN, 2021).

Hasta haklarına dayalı bakımın, kadınların sağlık hizmetlerine aktif katılımını ve memnuniyetini artırdığı bildirilmektedir (Beauchamp & Childress, 2019; WHO, 2022a). Bu bağlamda hemşireler, kadınların sağlık hizmetleri sürecinde savunuculuk rolünü etkin biçimde üstlenmektedir.

8.2. Mahremiyet ve Gizlilik

Mahremiyet ve gizlilik, kadın sağlığı hemşireliğinde etik bakımın temel unsurlarındandır. Kadınların sağlık bilgilerinin korunması, özellikle cinsel sağlık, üreme sağlığı ve ruh sağlığı alanlarında büyük önem taşımaktadır (Beauchamp & Childress, 2019; WHO, 2021). Mahremiyetin ihlali, kadınların sağlık hizmetlerinden kaçınmasına ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir.

ICN Etik Kodu, hemşirelerin bireyin özel yaşamına saygı göstermesini ve bilgileri yalnızca bakım amacıyla kullanmasını zorunlu kılmaktadır (ICN, 2021; ICN, 2023). Mahremiyetin korunması, kadınların sağlık hizmetlerine güven duymasını sağlayan temel bir unsurdur.

8.3. Bilgilendirilmiş Onam

Bilgilendirilmiş onam, bireyin kendisiyle ilgili sağlık kararlarına özgür ve bilinçli biçimde katılımını ifade etmektedir. Kadın sağlığı alanında bilgilendirilmiş onam; gebelik izlemi, doğum yöntemleri, aile planlaması ve invaziv girişimler açısından özel bir önem taşımaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021; ACOG, 2023). Hemşireler, bireyin anlayabileceği bir dilde bilgi sunmak ve karar verme sürecini desteklemekle sorumludur (WHO, 2015; WHO, 2022a).

8.4. Şiddet ve İstismar Vakalarında Hemşirelik Sorumlulukları

Kadına yönelik şiddet, dünya genelinde kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, küresel düzeyde her üç kadından birinin yaşamı boyunca fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmekte; bu durumun kadınlarda önlenebilir morbidite ve mortalite riskini artırdığını vurgulamaktadır (World Health Organization [WHO], 2021; WHO, 2023). Sağlık sistemi, şiddetin erken tanınması ve şiddet mağdurlarına bütüncül destek sağlanması açısından kritik bir konumdadır. Bu bağlamda kadın sağlığı hemşireleri, şiddet ve istismar vakalarının erken fark edilmesi, güvenli bakım ortamının oluşturulması, risk değerlendirmesinin yapılması ve uygun destek mekanizmalarına yönlendirilmesinde temel sorumluluklar üstlenmektedir (WHO, 2013).

Türkiye’de kadına yönelik şiddetle mücadelede temel yasal çerçeveyi oluşturan **6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun**, şiddet mağdurlarının korunmasına yönelik koruyucu ve önleyici tedbirlerin uygulanmasını düzenlemekte ve sağlık hizmetlerini bu sürecin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlamaktadır (6284 Sayılı Kanun, 2012). Söz konusu kanun kapsamında alınan tedbir kararlarının etkin biçimde uygulanması; mağdurların fiziksel, psikolojik ve sosyal güvenliğinin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023).

Kadın sağlığı hemşireleri, sağlık ekipleri içinde şiddet mağdurlarının sağlık sistemine erişiminin sağlanması, uygun yönlendirmelerin yapılması, gerekli kayıt ve raporlama süreçlerinin yürütülmesi ve vaka takibinin desteklenmesi yoluyla bu yasal sürecin uygulanmasına katkı sunmaktadır. Ayrıca hemşirelerin erken tanı, risk değerlendirmesi ve multidisipliner ekiplerle iş birliği içinde çalışma rolleri, 6284 sayılı Kanun’un öngördüğü koruyucu ve izleyici tedbirlerin etkinliğini artırmaktadır (WHO, 2013; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023).

Türkiye’de şiddet mağdurlarına yönelik hizmetlerin koordinasyonu, **Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM)** aracılığıyla yürütülmekte; sağlık, sosyal hizmetler, hukuk ve güvenlik birimleri arasında iş birliği sağlanmaktadır. Hemşireler, bu yapılarla iş birliği içinde çalışarak şiddet mağduru kadınların sağlık, psikososyal destek ve korunma hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakta ve kadınların güçlendirilmesine katkı sunmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023).

9. KANITA DAYALI UYGULAMALAR VE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Kanıt dayalı uygulamalar, kadın sağlığı hemşireliğinde bakım kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında temel bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, bilimsel kanıtların klinik deneyim ve bireyin değerleriyle bütünleştirilmesini amaçlamaktadır (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). Dünya Sağlık Örgütü, kanıt dayalı rehberlerin kullanılmasının kadın ve anne mortalitesinin azaltılmasında kritik rol oynadığını vurgulamaktadır (WHO, 2016; WHO, 2022b).

9.1. Uluslararası Rehberlerin Kadın Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarında Kullanımı

Uluslararası düzeyde yayımlanan kanıta dayalı klinik rehberler, kadın sağlığı hemşireliği uygulamalarında bakımın standardizasyonu, güvenliği ve kalitesinin artırılmasında temel bir referans noktası oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence [NICE]) ve Cochrane İş Birliği tarafından yayımlanan güncel rehberler; gebelik, doğum, doğum sonrası dönem, üreme sağlığı ve kadın ruh sağlığı alanlarında hemşirelik bakımının bilimsel temellere dayandırılmasını desteklemektedir (WHO, 2022b; NICE, 2022; Cochrane, 2023).

Özellikle perinatal bakım alanında geliştirilen WHO ve NICE rehberleri, kadın merkezli ve sürekli bakım modellerini ön plana çıkarmakta; hemşire ve ebelerin liderlik ettiği bakım modellerinin anne ve yenidoğan sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır (Sandall et al., 2016; WHO, 2022a). Sistematik derlemeler, bu rehberlere dayalı uygulamaların gereksiz müdahaleleri azalttığını, doğum memnuniyetini artırdığını ve anne-bebek sağlığı sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Cochrane, 2023). Ayrıca ruh sağlığı alanında NICE ve WHO tarafından yayımlanan rehberler, perinatal dönemde depresyon ve anksiyete taramalarında hemşirelerin rolünü güçlendirmekte ve erken müdahalenin önemine dikkat çekmektedir (NICE, 2022; WHO, 2022a).

Bu bağlamda uluslararası rehberlerin kadın sağlığı hemşireliği uygulamalarına entegrasyonu, hem klinik karar verme süreçlerinin güçlendirilmesine hem de bakımda eşitlikçi ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesine katkı sağlamaktadır.

9.2. Klinik Karar Verme Süreçlerinde Hemşireliğin Rolü

Kadın sağlığı hemşireliği, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini eş zamanlı olarak değerlendirmeyi gerektiren, karmaşık ve dinamik klinik karar verme süreçlerini içeren bir uzmanlık alanıdır. Hemşirelerin klinik karar verme süreçlerinde kanıta dayalı uygulamaları kullanması, bakımın güvenliği ve etkinliği açısından kritik öneme sahiptir (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

Güncel literatür, kanıta dayalı klinik karar verme yaklaşımlarının kadınların bakım sürecine aktif katılımını artırdığını, bakım memnuniyetini yükselttiğini ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (WHO, 2022b; ICN, 2021). Özellikle kadın sağlığı alanında hemşirelerin risk değerlendirmesi yapma, bakım önceliklerini belirleme, uygun girişimleri planlama ve sonuçları değerlendirme yetkinlikleri; klinik karar verme becerilerinin merkezinde yer almaktadır (Benner et al., 2010).

Ayrıca dijital klinik karar destek sistemleri ve güncel rehberlerin entegrasyonu, hemşirelerin karmaşık klinik durumlarda hızlı ve doğru kararlar almasını kolaylaştırmakta; hasta güvenliği ve bakım kalitesini artırmaktadır (WHO, 2022b). Bu durum, kadın sağlığı hemşireliğinde klinik karar verme süreçlerinin yalnızca bireysel deneyime değil, sistematik kanıtlara dayandırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

9.3. Dijital Sağlık Uygulamaları ve Kadın Sağlığı

Dijital sağlık uygulamaları, kadın sağlığı hizmetlerinin sunumunda giderek artan bir öneme sahiptir. Mobil sağlık uygulamaları ve tele-sağlık hizmetleri, kadınların özellikle gebelik, doğum öncesi bakım ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimini artırmaktadır (WHO, 2021; WHO, 2023; Luxton, 2020). Hemşireler, dijital teknolojilerin etik ve güvenli kullanımını destekleyerek bakımın sürekliliğini sağlamaktadır.

Dijital medya, sosyal ağlar ve çevrim içi sağlık platformları, kadınların sağlık bilgisine erişim biçimlerini köklü biçimde değiştirmiştir. Ancak bu ortamda sunulan bilgilerin her zaman bilimsel ve güvenilir olmaması, hemşirelerin rehberlik rolünü daha da önemli hâle getirmektedir. Kadın sağlığı hemşireleri, dijital medya ortamlarında kanıta dayalı içerik üretimi ve sağlık iletişimi yoluyla kadınların bilinçli sağlık kararları almasını desteklemektedir (Öztürk & Aksayan, 2019).

Tablo 6. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Rehberler

Kurum	Rehber Alanı	Kullanım Amacı	Kaynak
Dünya Sağlık Örgütü (WHO)	Antenatal, intrapartum ve postpartum bakım	Anne ve bebek mortalite ve morbiditesini azaltmak, standart ve nitelikli bakım sağlamak	World Health Organization, 2016
Dünya Sağlık Örgütü (WHO)	Toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı ve sağlık eşitliği	Kadınların sağlık hizmetlerine erişimini artırmak, sağlık eşitsizliklerini azaltmak	World Health Organization, 2018
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Perinatal ruh sağlığı, gebelik izlemi	Klinik karar verme süreçlerinde kanıta dayalı ve güncel bakım rehberliği sağlamak	NICE, 2020
Cochrane Collaboration	Hemşirelik ve ebe liderliğindeki bakım modelleri	Klinik girişimlerin etkinliğini sistematik derlemelerle değerlendirmek	Sandall et al., 2016
International Council of Nurses (ICN)	Hemşirelik uygulamaları ve etik ilkeler	Kanıta dayalı, etik ve hasta merkezli bakım sunumunu desteklemek	ICN, 2020
United States Preventive Services Task Force (USPSTF)	Perinatal depresyon ve ruh sağlığı taramaları	Erken tanı ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerini güçlendirmek	O'Connor et al., 2016

10. TÜRKİYE'DE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Türkiye’de kadın sağlığı hemşireliği, sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biri olarak ulusal sağlık politikaları, mevzuat düzenlemeleri ve uluslararası rehberlerle uyumlu biçimde yapılandırılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; WHO, 2022a). Kadın sağlığına yönelik hizmetler; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulmakta olup, bu hizmetlerin planlanması ve yürütülmesinde hemşireler ve ebeler merkezi bir

rol üstlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023; OECD, 2023). Türkiye’de kadın sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak anne-çocuk sağlığı, üreme sağlığı, gebelik izlemleri ve koruyucu sağlık hizmetleri programları çerçevesinde yürütülmektedir (WHO, 2022a; WHO, 2023).

Son yıllarda Türkiye’nin anne ve kadın sağlığı göstergelerinde gözlenen iyileşmelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılması ve hemşirelik hizmetlerinin kapsamının genişletilmesinin etkili olduğu bildirilmektedir (WHO, 2022b; OECD, 2023). Bu gelişmeler, kadın sağlığı hemşireliğinin koruyucu, izleyici ve eğitici rollerinin sağlık sistemindeki önemini artırmaktadır (ICN, 2023).

10.1. Mevcut Durum

Türkiye’de kadın sağlığı hemşireliği uygulamaları; aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, kamu ve özel hastaneler ile üniversite hastanelerinde sürdürülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). Hemşireler, gebelik izlemleri, doğum öncesi ve sonrası bakım, aile planlaması danışmanlığı, menopoz dönemi izlem ve kadın sağlığına yönelik tarama programlarında aktif sorumluluklar üstlenmektedir (WHO, 2022a; Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022).

Ulusal tarama programları kapsamında yürütülen meme kanseri, serviks kanseri ve gebelik izlem hizmetlerinin, kadınlarda erken tanı oranlarını artırdığı ve sağlık sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmektedir (WHO, 2022b; OECD, 2023). Bu programların etkinliğinde hemşirelerin bireysel izlem, eğitim ve yönlendirme rollerinin belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (ICN, 2023).

10.2. Sağlık Politikaları

Türkiye’de kadın sağlığına yönelik politikalar, ulusal sağlık stratejileri ile Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları doğrultusunda şekillendirilmektedir (United Nations, 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Anne ölümlerinin azaltılması, üreme sağlığının güçlendirilmesi, güvenli gebelik ve doğum hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması temel politika öncelikleri arasında yer almaktadır (WHO, 2022a; WHO, 2023).

Bu politikaların sahada uygulanmasında hemşireler kilit aktörler olarak tanımlanmaktadır (ICN, 2020). Dünya Sağlık Örgütü, birinci basamakta görev yapan hemşirelerin etkinliğinin, kadın ve anne sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesinde belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2022b). Türkiye’de aile hekimliği sistemi kapsamında çalışan hemşirelerin, izlem ve danışmanlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamada önemli sorumluluklar üstlendiği bildirilmektedir (OECD, 2023).

10.3. Eğitim ve İstihdam Boyutu

Kadın sağlığı hemşireliği eğitimi Türkiye’de lisans ve lisansüstü düzeyde yürütülmektedir (YÖK, 2020; YÖK, 2023). Hemşirelik lisans programlarında kadın sağlığı, doğum, üreme sağlığı ve toplumsal cinsiyet temelli dersler yer almakta; klinik uygulamalarla bu bilgilerin pekiştirilmesi hedeflenmektedir (YÖK, 2023).

Lisansüstü eğitim programları ise kadın sağlığı hemşireliğinde uzmanlaşmayı, bilimsel araştırma üretimini ve kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesini desteklemektedir (ICN, 2020; ICN, 2023). Bununla birlikte literatürde, kadın sağlığı alanında uzmanlaşmış hemşire kadrolarının ve istihdam alanlarının henüz yeterli düzeyde olmadığı belirtilmektedir (WHO, 2022a). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadın sağlığına özgü ileri hemşirelik rollerinin tanımlanmasının bakım kalitesini artıracağı vurgulanmaktadır (OECD, 2023).

10.4. Karşılaşılan Güçlükler

Türkiye’de kadın sağlığı hemşireliği uygulamalarında iş yükü, hemşire sayısındaki yetersizlik ve bölgesel hizmet eşitsizlikleri temel sorunlar arasında yer almaktadır (WHO, 2022a; OECD, 2023). Kırsal ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla güçlük yaşadığı bildirilmektedir (WHO, 2023).

Ayrıca hemşirelerin mesleki özerkliğinin sınırlı olması, klinik karar verme süreçlerine katılımın yetersizliği ve çalışma koşullarındaki zorluklar, kadın sağlığı hizmetlerinin etkinliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (ICN, 2020; ICN, 2023). Güncel uluslararası raporlar, hemşirelerin güçlendirilmesi, sürekli mesleki eğitimin desteklenmesi ve çalışma

koşullarının iyileştirilmesinin, kadın sağlığı hizmetlerinin kalitesini artıracaklarını ortaya koymaktadır (WHO, 2023).

Tablo 7. Türkiye’de Kadın Sağlığı Hemşireliğinin Mevcut Durumu

Alan	Mevcut Uygulamalar	Güçlükler	Öneriler	Kaynak
Birinci basamak sağlık hizmetleri	Aile sağlığı merkezlerinde gebelik izlemi, lohusalık bakımı, danışmanlık hizmetleri	İş yükü fazlalığı, hemşire sayısının yetersizliği, zaman kısıtlılığı	Hemşire sayısının artırılması, kadın sağlığına özgü izlem protokollerinin güçlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı, 2019; WHO, 2020
Üreme sağlığı ve aile planlaması	Danışmanlık, modern kontraseptif yöntemlerin tanıtımı ve takibi	Bölgesel eşitsizlikler, kültürel engeller	Toplum temelli eğitim programlarının yaygınlaştırılması	TNSA, 2018; UNFPA, 2020
Gebelik, doğum ve postpartum bakım	Hastane ve toplum temelli izlem, doğum öncesi eğitimler	Tıbbi müdahalelerin fazlalığı, hemşire/ebe özerkliğinin sınırlı olması	Kanıtla dayalı, hemşire ve ebe liderliğinde bakım modellerinin desteklenmesi	Sandall et al., 2016; WHO, 2018
Kadın ruh sağlığı	Perinatal dönemde temel ruh sağlığı izlemleri	Tarama araçlarının sınırlı kullanımı, uzman yönlendirme rinde yetersizlik	Ruh sağlığı taramalarının standartlaştırılması ve hemşire eğitimlerinin artırılması	NICE, 2020; WHO, 2016
Eğitim ve akademik yapılanma	Lisans ve lisansüstü düzeyde kadın sağlığı hemşireliği eğitimi	Klinik–akademik entegrasyonun zayıf olması	Uygulama temelli eğitim modellerinin güçlendirilmesi	YÖK, 2021; ICN, 2021

11. GELECEK PERSPEKTİFLER VE GELİŞİM ALANLARI

Kadın sağlığı hemşireliği, küresel sağlık gereksinimlerindeki değişimler, nüfusun yaşlanması, kronik hastalık yükündeki artış ve dijital dönüşüm doğrultusunda sürekli gelişen bir disiplin olarak öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, kadınların sağlık gereksinimlerinin yaşam döngüsü yaklaşımıyla ele alınmasının ve hemşirelik bakımının bu sürecin merkezinde yer almasının, sürdürülebilir ve dirençli sağlık sistemleri açısından kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır (World Health Organization [WHO], 2020; WHO, 2023).

Bu bağlamda kadın sağlığı hemşireliğinin geleceği; yenilikçi bakım modellerinin yaygınlaştırılması, hemşirelerin dijital ve liderlik yetkinliklerinin güçlendirilmesi, araştırma kapasitesinin artırılması ve sağlık politikalarında etkin rol üstlenilmesi ile şekillenmektedir (International Council of Nurses [ICN], 2021; ICN, 2023).

11.1. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Yenilikçi Yaklaşımlar

Yenilikçi yaklaşımlar, kadın sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğini, sürekliliğini ve bakım kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Dijital sağlık teknolojileri, tele-sağlık ve tele-hemşirelik uygulamaları, özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktadır (WHO, 2021; WHO, 2023). Gebelik izlemi, doğum sonrası bakım, emzirme danışmanlığı ve perinatal ruh sağlığı alanlarında dijital uygulamaların bakım sürekliliğini ve hasta memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir (Luxton, 2020; Dol et al., 2022).

Yapay zekâ destekli klinik karar destek sistemleri ve elektronik sağlık kayıtları, kadın sağlığı hemşirelerinin kanıta dayalı ve bireyselleştirilmiş bakım sunmasını kolaylaştırmaktadır. Bu teknolojilerin, riskli gebeliklerin erken tanınması, kronik hastalıkların izlenmesi ve bakım süreçlerinin standardizasyonunda önemli avantajlar sağladığı bildirilmektedir (Topol, 2019; WHO, 2023). Bununla birlikte dijitalleşmenin etik, mahremiyet ve veri güvenliği boyutlarının hemşirelik uygulamalarında dikkatle ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (ICN, 2021; ICN, 2023).

11.2. Eğitim, Araştırma ve Politika Önerileri

Kadın sağlığı hemşireliğinin gelecekteki gelişimi, güçlü ve güncellenmiş bir eğitim ve araştırma altyapısına dayanmaktadır. WHO ve ICN, hemşirelik eğitim programlarının toplumsal cinsiyet eşitliği, kültürel duyarlılık, kanıta dayalı uygulamalar ve dijital sağlık yetkinliklerini kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmasını önermektedir (WHO, 2020; ICN, 2023).

Lisansüstü eğitim ve uzmanlaşma olanaklarının artırılması, kadın sağlığı hemşirelerinin klinik karar verme, liderlik ve araştırma becerilerini güçlendirecektir (ICN, 2021). Araştırma alanında ise kadın sağlığına özgü sorunları ele alan disiplinler arası çalışmaların desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Güncel Lancet Kadın Sağlığı çalışmaları, kadın sağlığı araştırmalarının sağlık politikalarının şekillendirilmesinde temel bir belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (The Lancet Commission on Gender and Global Health, 2020; Hawkes et al., 2021).

Politika düzeyinde hemşirelerin karar alma süreçlerine aktif katılımının sağlanması, kadın sağlığı hizmetlerinin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini artıracaktır. WHO, hemşire liderliğinin güçlendirilmesinin sağlık sistemlerinin performansını doğrudan iyileştirdiğini belirtmektedir (WHO, 2020; WHO, 2023).

11.3. Küresel Hedefler Doğrultusunda Hemşirelik Roller

Küresel sağlık hedefleri, kadın sağlığı hemşireliğinin rol ve sorumluluklarını yeniden tanımlamaktadır. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA), özellikle toplumsal cinsiyet eşitliği (SKA 5) ve sağlıklı yaşam (SKA 3) hedefleri doğrultusunda hemşirelerin kritik bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır (United Nations, 2015; United Nations, 2023).

Kadın sağlığı hemşireleri, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması, kırılgan gruplara yönelik bakımın güçlendirilmesi ve kadınların güçlendirilmesi süreçlerinde önemli katkılar sunmaktadır (UN Women, 2020; WHO, 2023). WHO ve ICN, hemşirelerin küresel sağlık politikalarının uygulanmasında liderlik rollerinin desteklenmesini önermekte ve hemşireliği sağlık

sistemlerinin dönüşümünde stratejik bir aktör olarak tanımlamaktadır (WHO, 2020; ICN, 2023).

11.4. Medya ve Dijital Sağlıkta Hemşireliğin Gelişen Rolü

Kadın sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında medya kullanımının artması, kadın sağlığı hemşireliğinin gelecekteki rollerini yeniden tanımlamaktadır. Hemşirelerin dijital sağlık okuryazarlığı, medya etiği ve sağlık iletişimi alanlarında yetkinlik kazanması, kadınların doğru sağlık bilgisine erişimini güçlendirecek stratejik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Öztürk & Aksayan, 2019).

Bu doğrultuda, kadın sağlığı hemşireliğinde medya temelli eğitim programlarının yaygınlaştırılması, yanlış bilgilendirmeye mücadele edilmesi ve toplum temelli dijital sağlık girişimlerinin desteklenmesi, geleceğin öncelikli gelişim alanları arasında yer almaktadır.

12. SONUÇ

Kadın sağlığı hemşireliği, kadınların yaşam döngüsü boyunca karşılaştıkları biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlık gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla ele alan ve sağlık sistemlerinin işleyişinde stratejik öneme sahip bir uzmanlık alanı olarak değerlendirilmektedir (International Council of Nurses [ICN], 2021; UN Women, 2023). Kadın sağlığına yönelik hemşirelik hizmetlerinin güçlendirilmesi, yalnızca bireysel sağlık çıktılarının iyileştirilmesine değil, aynı zamanda toplumsal sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (OECD, 2023; UNFPA, 2022).

Kadın sağlığı hemşireliğinin sağlık sistemine katkıları, özellikle koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve sağlık harcamalarının azaltılması açısından önem taşımaktadır (OECD, 2023). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının, anne ve kadın mortalitesini azaltmada, bakım kalitesini yükseltmede ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmede etkili olduğu çok sayıda çalışma ile ortaya konmuştur (Renfrew et al., 2021; Cochrane Collaboration, 2023).

Hemşire liderliğindeki bakım modellerinin, kadın ve yenidoğan sağlığı sonuçlarını iyileştirdiği, gereksiz tıbbi müdahaleleri azalttığı ve bakım sürekliliğini güçlendirdiği bildirilmektedir (Sandall et al., 2016; Renfrew et al., 2021). Bu bağlamda kadın sağlığı hemşireleri, sağlık politikalarının sahadaki uygulanmasında, hizmetlerin koordinasyonunda ve kalite güvencesinin sağlanmasında kilit roller üstlenmektedir (ICN, 2021; AWHONN, 2020).

Bu bölümde sunulan bulgular, kadın sağlığı hemşireliğinin akademik ve klinik uygulamalar açısından önemli çıkarımlar sunduğunu ortaya koymaktadır. Akademik düzeyde, kadın sağlığına özgü araştırmaların artırılması, disiplinler arası iş birliklerinin güçlendirilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların eğitim programlarına daha etkin biçimde entegre edilmesi gerekmektedir (Hawkes et al., 2021; Alligood, 2022).

Klinik uygulamalar açısından ise kadın sağlığı hemşirelerinin mesleki özerkliğinin desteklenmesi, klinik karar verme süreçlerine aktif katılımlarının sağlanması ve liderlik rollerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (ICN, 2021; National Association of Nurse Practitioners in Women's Health [NPWH], 2022). Bu doğrultuda kadın sağlığı hemşireliği, gelecekte de hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlığın geliştirilmesine, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına ve kadınların güçlendirilmesine stratejik katkılar sunmaya devam edecektir (UN Women, 2023; OECD, 2023).

KAYNAKÇA

- Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Informed consent and shared decision making in obstetrics and gynecology*. ACOG.
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th ed.). ANA.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2020). *The role of nurses in improving women's and newborns' health*. AWHONN.
- Arslan Özkan H, Can Gürkan Ö. Kadın sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında medya kullanımında hemşireliğin önemi. Arslan Özkan H, editör. *Kadın Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-6.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2020). *AWHONN position statement: The role of nurses in women's health care*. AWHONN.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (resmigazete.gov.tr); 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. (2012)
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2010). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed.). Springer Publishing.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Recommended adult immunization schedule—United States*. CDC.
- Cochrane Collaboration. (2023). *Cochrane database of systematic reviews: Nursing and midwifery-led models of care*. Cochrane Library.
- Cochrane. (2023). *Cochrane reviews on maternity and women's health*. Cochrane Collaboration.

- Cochrane Collaboration. (2023). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), S1. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S1>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., et al. (2015). Addressing violence against women: A call to action. *The Lancet*, 385(9978), 1685–1695. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61830-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61830-4)
- Güngör, İ., Rathfisch, G., & Beji, N. K. (2013). Kadın sağlığı hemşireliği alanında yapılan araştırmalarda kuram ve model kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 1–8.
- Hawkes, S., Buse, K., Kapilashrami, A., & Kentikelenis, A. (2021). Gender blind? An analysis of global public–private partnerships for health. *The Lancet Global Health*, 9(2), e166–e174. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30413-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30413-7)
- Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). *Hemşirelik yönetmeliği*. T.C. Resmî Gazete, Sayı: 27515.
- Hennegan, J., Shannon, A. K., Rubli, J., Schwab, K. J., & Melendez-Torres, G. J. (2019). Women's and girls' experiences of menstruation in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS Medicine*, 16(5), e1002803. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002803>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- International Council of Nurses. (2020). *Nursing leadership and the future of healthcare*. ICN.

- International Council of Nurses. (2020). Nursing leadership and health policy. ICN.
- International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. ICN.
- International Council of Nurses. (2021). Nursing definitions and competencies. ICN.
- International Council of Nurses. (2023). Nursing and women's health: Global perspectives and future directions. ICN.
- International Council of Nurses. (2023). The global nursing workforce and women's health. ICN.
- Kessler, R. C., Bromet, E. J., et al. (2015). Epidemiology of depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 225–250. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112934>
- Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., et al. (2015). Breast-cancer screening—Viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2353–2358. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1504363>
- Luxton, D. D. (2020). *Artificial intelligence in behavioral and mental health care*. Academic Press.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing and healthcare* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- National Association of Nurse Practitioners in Women's Health. (2022). *Women's health nurse practitioner competencies*. NPWH.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (NG192)*. NICE.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Screening for depression in adults. *JAMA*, 315(4), 380–387. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
- OECD. (2023). Health at a Glance 2023 (EN) (oecd.org). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Öztürk, R., & Aksayan, S. (2019). Kadın sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında medya kullanımında hemşireliğin önemi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 11(2), 160–168.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2021). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 398(10210), 1407–1419. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00789-3)
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.).
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022). *Ulusal kanser tarama programları rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sen, G., & Östlin, P. (2008). *Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it*. WHO Commission on Social Determinants of Health.
- Stewart, D. E., Vigod, S. N., & Dennis, C. L. (2016). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177–2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
- Temel, A. B. (2011). Kadın sağlığı hemşireliğinde rol ve sorumluluklar. İçinde N. K. Beji (Ed.), *Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği* (ss. 25–40). Nobel Tıp Kitabevleri.
- The Lancet Women and Health Commission. (2015). Women and health: The key for sustainable development. *The Lancet*, 386(9999), 1165–1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4)

- Thompson, C., & Dowding, D. (2009). *Essential decision making and clinical judgement for nurses*. Elsevier.
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye anne ve çocuk sağlığı programları*. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2023). *Kadına yönelik şiddetle mücadele ve 6284 sayılı Kanun uygulamaları*. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlıkta dönüşüm programı ve kadın sağlığı hizmetleri*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Türkiye sağlık istatistikleri yılı*. Ankara.
- United Nations. (2020). *The Sustainable Development Goals report*. United Nations.
- UN Women. (2020). *Gender equality and women's empowerment*. United Nations.
- UN Women. (2023). *Progress on the Sustainable Development Goals: The gender snapshot 2023*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). *State of world population 2022: Seeing the unseen*. UNFPA.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. UN.
- United Nations Children's Fund. (2021). *Adolescent health*. UNICEF.
- United Nations Population Fund. (2022). *State of world population*. UNFPA.
- World Bank. (2019). *Women, business and the law*. World Bank.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents*. WHO.
- World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. WHO.

- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. WHO.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. WHO.
- World Health Organization. (2018). *Gender and health*. WHO.
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Women's health*. WHO.
- World Health Organization. (2022a). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. WHO.
- World Health Organization. (2022a). *Women's health strategy: Global priorities*. WHO.
- World Health Organization. (2022b). *Strengthening primary health care through nursing*. WHO.
- World Health Organization. (2022b). *WHO consolidated guideline on self-care interventions for health*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *Violence against women*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Global health estimates: Women's health*. WHO.
- Yükseköğretim Kurulu. (2020). *Hemşirelik lisans programları ulusal çekirdek eğitim programı*. YÖK.
- Yükseköğretim Kurulu. (2023). *Hemşirelik eğitimi ve istihdam raporu*. YÖK.

BÖLÜM 5

PERİNATAL KAYIP VE YAS

Öğr. Gör. Dr. Neşe KARAKAYA¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18144885>

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-6125-6291 e-posta: nese.yilmaz@omu.edu.tr

ÖZET

Kayıp, birey için önemli ve değerli bir nesnenin ya da varlığın yitirilmesi anlamına gelir. Herkes hayatı boyunca birçok kayıp veya kayıp riski ile karşı karşıya kalabilir. Yas, ölüm, iş kaybı, ilişki bitimi veya beklenmedik yaşam olayları ve değişiklikleri gibi çeşitli kayıplara karşı ortaya çıkan bir süreçtir. Yas süreci tamamen normal ve insani bir tepkidir, ancak süresi kişiden kişiye değişebilir ve çok uzun sürebilir. Yasın temel belirtileri; yoğun özlem ve üzüntü, ölen kişiyle ilgili anılar, düşünceler ve imgelerdir.

Perinatal kayıp, 20. gebelik haftasından sonra veya doğumdan sonra ilk 7 gün içinde bebeğin ölümüyle sonuçlanan durumları kapsar. Bu kayıplara neden olan faktörler çok çeşitli olup genetik, obstetrik, enfeksiyöz ve çevresel etmenleri içerir. Gebelik öğrenildikten sonra doğuma kadar ebeveynler umut, mutluluk, heyecan gibi duygularla bebeklerine kavuşacakları anı beklerler. Eşler beraber büyütecekleri bebekleri için gelecek planları kurarlar, bebekleri daha doğmadan ihtiyaçlarını tamamlamaya başlarlar çünkü her şey kusursuz olsun isterler. Bu yüzden perinatal kayıp yaşayan ebeveynler beklenen ya da beklenmeyen şekilde kayıp yaşadıklarında aradaki bu bağ bozulur. Perinatal kayıp ile bu duygularını da kaybederler. Kayıp sonrası yas bir yıl içerisinde azalmaya başlasa da zamanında tedavi edilemezse ebeveynlerde travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Aslında yas süreci birbirlerine en çok destek olmaları gereken süreçtir. Bu yas süreci genelde toplum tarafından anlaşılmaz ve yargılayıcı yorumlar yapılır. Bu süreçte eşler birbirinin yanında olmalıdır.

Gebelik veya doğum sırasında yaşanan kayıp, aileler için sadece tıbbi bir durum değil; aynı zamanda derin bir duygusal yıkım ve yas sürecini beraberinde getiren bir durumdur. Bu süreç, aileler için belirsizlik, suçluluk, öfke ve yoğun kayıp duygularını beraberinde getirir. Ebeler, bu dönemde yalnızca tıbbi bakım sağlamakla kalmaz; aynı zamanda bilgilendirme, eğitim, duygusal destek, danışmanlık sorumluluklarını da üstlenir. Ebe her durumda kadının yanında varlığını hissettirmeli ve her türlü desteği kadının ihtiyacına göre sağlamalıdır. Her zaman konuşmak gerekmez, ebenin kadına sadece bir dokunuşu bile yeterli olabilir. Kadının yaşadığı durumu

anlamasında ve kabul etmesinde destek sağlanmalı yalnız olmadığı hissettirilmelidir. Ebelerin bu beklentileri karşılayabilmesi için hem mesleki bilgiye hem de psikososyal becerilere sahip olması gerekir.

1. GİRİŞ

Perinatal kayıplar, gebelik sürecinde ya da doğumdan hemen sonra yaşanan, anne-baba adaylarının fiziksel ve duygusal dünyalarında derin etkiler bırakan travmatik deneyimlerdir. Gebelik, çoğu zaman umut, heyecan ve gelecek planlarıyla şekillenen bir süreçtir; ancak bu sürecin beklenmedik bir şekilde sonlanması, bireylerde yoğun yas tepkilerine neden olabilmektedir. Özellikle anneler için bu kayıplar hem bedensel hem de ruhsal olarak yıpratıcıdır. Yaşanan bu durum yalnızca tıbbi bir problem değil, aynı zamanda karmaşık psikolojik süreçleri beraberinde getiren bir krizdir. Bu bağlamda, perinatal kayıp sonrası sürecin doğru yönetilmesi; kadının ve ailesinin ihtiyaçlarına duyarlı, bütüncül ve empatik bir yaklaşımı zorunlu kılar. Bu süreçte en önemli profesyonel destek kaynaklarından biri ebeler olup, yalnızca klinik bakım sunmakla kalmaz, aynı zamanda duygusal destek, bilgilendirme ve danışmanlık gibi çok yönlü sorumluluklar üstlenirler.

Kayıp ve Yas

Türk Dil Kurumu'na göre; kayıp, kaybolma, yitme, kaybedilen şey, kaybolmuş olan, yitik, zayi anlamlarına gelmektedir. Kayıp, birey için önemli, değerli bir objenin yitilmesi anlamına da gelir. Kayıp ne olursa olsun hayatın büyük bir bölümünü oluşturur. Kayıp bir fonksiyon kaybından hayatın kaybına kadar geniş bir kavramdır. Herkes hayatı boyunca birçok kayıp veya kayıp riski ile karşı karşıya kalabilir.

Yas Türkçe sözlüklerinde “ölüm veya bir felaketten doğan acı ve bu acıyı belirten davranışlar” olarak tanımlanmıştır. Yas, ölüm, iş kaybı, ilişki bitimi veya beklenmedik yaşam olayları ve değişiklikleri gibi çeşitli kayıplara karşı ortaya çıkan bir süreçtir. Bu, kayıp yaşayan bir bireyin verdiği psikobiyojik bir yanıttır. Kayıp ve matem deneyimleri oldukça bireyseldir. Kayıp beklenen bir durum olsa bile, özellikle de ölüm, şiddet,

doğal afetler veya savaş gibi nedenlerle gerçekleşmişse, kişi kendini travmatize olmuş hissedebilir.

Yas süreci tamamen normal ve insani bir tepkidir, ancak süresi kişiden kişiye değişebilir ve çok uzun sürebilir. Yasın temel belirtileri; yoğun özlem ve üzüntü, ölen kişiyle ilgili anılar, düşünceler ve imgelerdir. Yaygın olarak tarif edilen yas tepkileri arasında şok, inkâr veya inançsızlık, yüksek düzeyde kaygı, sıkıntı, öfke, üzüntü, uykusuzluk ve iştah kaybı bulunur. Bununla birlikte, yas geçicidir ve bireylerin üzüntü ve yas tutma anları ile hayatta kalmanın verdiği kabul ve hatta mutluluk anları arasında dalgalanması beklenmelidir (Pop-Jordanova, 2021).

Elizabeth Kübler Ross yas sürecini beş evrede tanımlar. Bu evreler her bireyde aynı sırayla veya aynı yoğunlukta yaşanmayabilir.

1. İnkâr (Denial): Kişi, kaybın gerçekliğini kabullenmekte zorlanır. "Bu olamaz" gibi ifadelerle durumu reddeder.
2. Öfke (Anger): Kayıp karşısında duyulan yoğun kızgınlık dışa vurulur. Kişi, kendine, çevresine ya da bir inanca öfkelenebilir.
3. Pazarlık (Bargaining): Kayıptan dönülmesi ya da ertelenmesi için kişi içsel olarak pazarlık yapar. "Keşke şunu yapsaydım..." gibi düşünceler yaygındır.
4. Depresyon (Depression): Gerçekliğin farkına varılmasıyla birlikte derin bir hüznün, umutsuzluk ve içe çekilme görülür.
5. Kabul (Acceptance): Kişi, kaybı kabullenmeye başlar ve bu gerçekle yaşamayı öğrenir. Kabul, yasin son aşamasıdır.

Perinatal Kayıp

Perinatal kayıp, gebelik sürecinde (20. gebelik haftasından sonra) veya doğumdan kısa süre sonra (genellikle ilk 7 gün içinde) bebeğin ölümüyle sonuçlanan durumları kapsar (WHO, 2022). Bu kayıplara neden olan faktörler çok çeşitli olup genetik, obstetrik, enfeksiyöz ve çevresel etmenleri içerir.

Perinatal Kayıp Sonrası Yas

Yas, parmak izi gibi kişiden kişiye göre değişir. Her insan farklı bir yas deneyimi yaşar. Yaşanılan duruma ve kişinin baş etme yöntemlerine

göre tepkiler değişebilir. Kadınlar gebe olduklarını öğrendikten sonra annelik duygusu ve annelik içgüdüleri ile tanışmaya başlar. Geleceğe dair planlar ve bebekleriyle geçirecekleri vakitlerin hayallerini kurarlar. Bebekleri dünyaya gelmeden anne bebek bağlanması başlar. Gebelik öğrenildikten sonra doğuma kadar ebeveynler umut, mutluluk, heyecan gibi duygularla bebeklerine kavuşacakları anı beklerler. Bu yüzden perinatal kayıp yaşayan ebeveynler beklenen ya da beklenmeyen şekilde kayıp yaşadıklarında aradaki bu bağ bozulur. Kadınlar bedeninde ve ruhunda bebeklerini hissederken, bebeklerini kaybedince tarif edilemeyen bir yas sürecine girerler. Ebeveynler yası yaşarken sakin kalabilir ya da acılarını dışa vurarak yaşayabilirler. Kayıp sonrası yas bir yıl içerisinde azalmaya başlasa da zamanında tedavi edilemezse ebeveynlerde travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunlar kayıp sonrası altı hafta ile altı ay arasında ve sıklıkla yas nedeniyle meydana gelmektedir (Gür, Uzun Özer, & Ejder Apay, 2022).

Yas sürecinde kısa vadeli tepkiler; şok, çaresizlik, hayal kırıklığı, öfke ve yalnızlıktır. Uzun vadeli tepkiler ise anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğudur. Tepkilerin şiddeti kaybı takip eden süreçte artabilir ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde önemli sonuçlar ortaya çıkabilir (Worden, 2018). Anne ve babalar yaşadıkları yas sürecini farklı süreçlerle atlatabilirler. Babalar genel olarak yaşadıkları acıyı içlerinde yaşar ve belli etmezler. Kadınlar yapısal olarak duygusallardır. Bu yüzden anneler genelde acılarını daha dışa dönük şekilde yaşarlar. Anneler bebeklerinin büyüdüğünü hem fiziksel hem psikolojik olarak hissederek ve gebeliğin her bir sürecinde farklı durumlar ve duygular yaşarlar. Aslında bebeklerini kaybetmeleri anneler için bedeninden de bir parçanın kaybı anlamına gelir. Bu yüzden prenatal kayıp travmatik bir yas sürecidir. Aralarındaki anne bebek bağı fiziksel olarak kopsa bile duygusal olarak bebekler anne ve babalarının kalbinde yaşamaya devam ederler. Bu yüzden bu kaybı kabullenmek de zor bir süreçtir.

Türkiye’de yapılan bir araştırmada, perinatal kayıp yaşayan kadınların toplumda ve iş yerlerinde yeterince destek görmemeleri nedeniyle öfke hissettikleri saptanmıştır. Kadınlar anlaşılacak ve duygularını paylaşmak isterken, bazıları yaşayan çocukları için kaygı duyduklarını

belirtmiştir. Çoğu katılımcı zamanla kayıplarını kabullendiğini, bazıları ise bebeklerine ait eşyaları başkalarına vererek acılarını hafifletmeye çalıştıklarını ifade etmiştir. (Ucar, Baransel, & Çelik, 2025).

Perinatal kayıp sonrası babalar genelde eşlerinin yanında güçlü durma, koruyucu ve destekleyici olma rolleri üstlenirler (Evgin & Şahin, 2022). Perinatal kayıp sonrası babaların duygularına genelde dikkat edilmez. Öncelik olarak annelere destek ve yönelim olur. Babaların duyguları ise ikinci plana atılır. Erkeklerin daha az üzüldüğü ya da üzülmeyeceği düşünülür. Babalar da gebelik sürecinde bebeklerine bağlanır ve babalık duyguları oluşmaya başlar. Babalar bebeklerinin anne karnında fetüs hareketlerini eşlerinin karnına dokunduklarında hissederler ve onlarla konuşarak bebekleri ile iletişim kurarlar. Böylece babalık duyguları oluşmaya başlar. Doğmamış bebek zaten ailenin bir parçasıdır. Bu yüzden perinatal kayıp babalar için de travmatik ve yıkıcı bir olaydır. Babalar daha sonraki süreçlerde kaybın başında yaşayamadığı yas, pişmanlık, suçluluk gibi duygular hissederler. Anlık duygusal tepkileri ise üzümlük, harap olma, üzümlük gibi tepkilerdir. Yastan sonra ise sessizlik, sinirlilik, huzursuzluk, odaklanamama ve boşluk hissi gibi duygular yaşarlar. Duygusal olarak çöküntü yaşarlar. Erkekler kayıptan sonra babalık sorumluluklarını yerine getiremediği için suçluluk duygusu hissederler. Erkekler kendi yas süreçlerini sustururlar ve yetkisiz bir yas olarak deneyimlerler. Erkekler sosyal rol olarak kabul ettiği koruyuculuk rolünü sürdürmek ya da kaybın yasını yaşamak arasında ikilemde kalırlar. Babalar aynı zamanda işlerine devam etmek zorunda kaldıkları için yas sürecinin de etkisiyle iş performansında düşüş yaşarlar. Bazı çalışmalarda erkeklerin eşleri ile ilişkilerinin de etkilendiği görülmüştür. Erkekler sosyal çevrelerinde yaslarının küçümsenmesi yorumlarından ve anlaşılmamak gibi problemlerden dolayı kendini çevresinden izole eder ve kendini yalnızlaştırır. Babalar veda edebilmek ve duygusal bağını güçlendirmek için kaybettikleri bebekleri ile vakit geçirmek isterler (Evgin & Şahin, 2022).

Ebeveynleri bir bütün olarak ele aldığımızda perinatal kayıp dönemi hem anne hem baba için travmatik bir yas dönemidir. Erkeklerin daha az yas yaşadığı düşünülse de aslında gebeliğin öğrenilmesi ile anne ve babada duygular oluşmaya başlar. Anneler genelde gebeliği öğrendiğinde ilk eşleri ile paylaşırlar çünkü bebekleri ikisinden de parçalar taşıyor ve bebeklerini

beraber büyüteceklerdir. Ebeveynler bebeklerinin olacağını öğrendiğinde aynı zamanda ailelerinin de tamamlanacağını düşünürler. Eşler beraber büyütecekleri bebekleri için gelecek planları kurarlar, bebekleri daha doğmadan ihtiyaçlarını tamamlamaya başlarlar çünkü her şey kusursuz olsun isterler. Perinatal kayıp ile bu duygularını da kaybederler. Aslında yas süreci birbirlerine en çok destek olmaları gereken süreçtir. Bu yas süreci genelde toplum tarafından anlaşılmaz ve yargılayıcı yorumlar yapılır. Bu süreçte eşler birbirinin yanında olmalıdır.

Perinatal Kayıp ve Yas Sürecinde Ebenin Sorumlulukları

Perinatal kayıp, gebeliğin herhangi bir döneminde meydana gelen ve kadınlar için hem fiziksel hem de psikolojik açıdan oldukça zorlayıcı bir deneyimdir. Bu tür kayıplar, yalnızca kadının biyolojik sağlığını değil, aynı zamanda duygusal iyilik halini de derinden etkiler. Yapılan araştırmalar, kadınların bu süreçte yalnızca tıbbi müdahale değil, aynı zamanda duygusal destek, empatik iletişim ve şeffaf bilgilendirme talep ettiklerini ortaya koymaktadır (Tektaş, Yenal, Ozan, Güçlü, & Barbaros, 2025). Kadınlar, kaybın nedenlerini anlamak, yas sürecini sağlıklı bir şekilde yaşamak ve gelecekteki gebelikleri için kendilerini hazırlamak isterler. Bu süreçte ebelerin empatik yaklaşımı ve doğru bilgi sağlaması kadınlar için çok büyük önem taşımaktadır.

Kadınların en çok ihtiyaç duyduğu konuların başında bilgilendirilmek ve yönlendirilmek gelir. Kaybın nedenleri, olası sonuçları ve tekrar eden kayıplara karşı alınabilecek önlemler hakkında net bilgi almak, kadınların kendilerini daha güvenli hissetmesini sağlar (Ucar et al., 2025). Böylelikle kadın kendini suçlu hissetmez ve daha az çaresiz hisseder. Bu da ebe ile kadın arasında kurulan güven ilişkisini güçlendirir. Kadınlar ayrıca, ebelerin onları dinlemesini ve duygularını kabul etmesini ister; böylece yalnız olmadıklarını hissederler.

Perinatal kayıp sonrası yas süreci de kadınların beklentilerinde önemli bir yer tutar. Kadınlara yapılan tek seferlik bilgilendirme yeterli değildir. Gerektiğinde psikolojik destek veya destek gruplarına yönlendirilmeleri gerekmektedir. Araştırmalar, yas sürecinde güvenebilecekleri bir profesyonelin varlığının sürecin sağlıklı yönetilmesini sağladığını ortaya

koymaktadır. Bu güven, ebe ile kurulan samimi iletişim sayesinde oluşur ve kadının kendini daha güçlü hissetmesini sağlar. Kadınlar ayrıca uygulamalı destek ve rehberlik bekler. Özellikle bir sonraki gebelikte daha hazırlıklı olmak isteyen kadınlar, ebelerden bilgi ve strateji bekler (Xie, Hunter, Biesty, & Grealish, 2024). Bu rehberlik, yas sürecinde karşılaşılabilecekleri olumsuz duygularla baş etmelerini ve kendine güven kazanmalarını sağlar. Eğitim alan ebelerin, bu süreci daha etkin yönetebildiği ve kadınlara daha iyi destek sunduğu araştırmalarda görülmektedir.

Kadınlar içinde bulundukları kayıp ve yas süreci içerisinde sürekli ulaşılabilirlik isterler. Kadınlara, kayıp sonrası süreçte ihtiyaca göre bilgilendirme ve görüşme sağlanmalıdır. Ebelerin gerektiğinde ulaşılabilir olması, hem duygusal hem de bilgiye dayalı desteğin devamlılığını sağlar. Böylece kadınlar kendilerini yalnız hissetmez ve süreci daha güvenli bir şekilde atlatabilir.

Genel olarak, perinatal kayıp sürecinde kadınların ebelerden beklentileri bilgi, destek, empati ve rehberlik ekseninde şekillenir. Örneğin; kayıp yaşayan bir kadına “Daha yaşın genç tekrar bebek sahibi olursun” gibi yaklaşımlar kesinlikle yanlıştır. Ebe her durumda kadının yanında varlığını hissettirmeli ve her türlü desteği kadının ihtiyacına göre sağlamalıdır. Her zaman konuşmak gerekmez, ebein kadına sadece bir dokunuşu bile yeterli olabilir. Kadının yaşadığı durumu anlamasında ve kabul etmesinde destek sağlanmalı yalnız olmadığı hissettirilmelidir. Ebelerin bu beklentileri karşılayabilmesi için hem mesleki bilgiye hem de psikososyal becerilere sahip olması gerekir. Türkiye’de ve diğer ülkelerde yapılandırılmış eğitim programlarının ebelerin bu becerileri kazanmasını sağladığını ve kadınların süreci daha sağlıklı atlattıklarına yardımcı olduğu kanıtlanmıştır.

Gebelik veya doğum sırasında yaşanan kayıp, aileler için sadece tıbbi bir durum değil; aynı zamanda derin bir duygusal yıkım ve yas sürecini beraberinde getiren bir durumdur. Bu süreç, aileler için belirsizlik, suçluluk, öfke ve yoğun kayıp duygularını beraberinde getirir. Ebeler, bu dönemde yalnızca tıbbi bakım sağlamakla kalmaz; aynı zamanda bilgilendirme, eğitim, duygusal destek, danışmanlık sorumluluklarını da üstlenir (Denney-Koelsch et al., 2024).

Bilgilendirme ve Eğitim: Perinatal kayıp yaşayan aileler, çoğu zaman ne olduğunu anlamaya çalışır ve süreç boyunca kaygı hisseder. Ebelerin en temel görevlerinden biri, aileye durumu doğru ve anlaşılır bir şekilde anlatmaktır. Bu bilgilendirmede; kaybın sebepleri, yapılacak tıbbi işlemler, olabilecek fiziksel belirtiler gibi ve temel bilgileri kapsar. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, perinatal kayıp yaşamış kadınlar ebelerden açık, anlaşılır, güven verici ve doğru bilgi beklediklerini belirtmişlerdir. Aileler, eksik bilgi verildiğinde ve ortada bir belirsizlik durumu olduğunda kaygılarının arttığını belirtmişlerdir (Ayçiçek & Çoban, 2020). Ayrıca, ebeler güncel ve doğru bilgileri paylaşarak ailelerin karar verme süreçlerini destekler ve onların içinde bulundukları duruma dâhil olmasını destekler.

Duygusal Destek ve Empatik Yaklaşım: Yas süreci her aile için çok farklı şekilde ilerleyebilir. Yas herkes için farklı anlamlar taşır. Ebelerin bu konuda empatik ve duyarlı bir yaklaşım sergilemesi, ailelerin kaybı kabul etmelerini ve duygularını çekinmeden ifade etmelerini sağlar. Ebeler, aileye güvenli bir ortam sunmalı; suçluluk, öfke veya gibi duyguların normal olduğunu, duygularını bastırmak yerine yaşamının daha iyi olacağını belirterek yas sürecini desteklemelidir (Sönmez, Aydın, & Sarıbudak, 2024).

Türkiye’deki araştırmalar, ebelerin empatik yaklaşımının aileler tarafından değerli ve önemli olduğunu, kayıp sonrası psikososyal iyilik hâlini artırdığını göstermektedir (Ayçiçek & Çoban, 2020). Bu süreçte ebeler, yalnızca tıbbi bakım değil, aynı zamanda psikososyal danışmanlık ve destek sağlayan profesyoneller olarak görev yaparlar.

Hatıra Oluşturma ve Aile Katılımı: Kayıp yaşayan aileler, bebekleriyle vedalaşmak ve anılarını yaşatmayı isterler. Perinatal kayıp yaşayan aileler için bellek oluşturma (ör. fotoğraf çekme, hatıra nesneleri toplama) gibi uygulamalar, kaybedilen bebeğin varlığını önemli bir şekilde onaylayarak yas sürecinin daha sağlıklı bir şekilde yürütülmesine yardımcı olmaktadır. Bu tarz bellek oluşturma (memory-making) yaklaşımları, ailelerin kayıplarını hatırlama ve ifade etme biçimlerini destekler (Oxlad, Franke, Due, & Jaensch, 2023). Ebeler bu ailelere bebeği görebilme, fotoğraf çekme, hatıra oluşturma veya ismini söyleme gibi olanaklar sunar. Bu tür uygulamalar, ailede yas sürecinin sağlıklı ilerlemesine katkıda bulunur. Kayıp sonrası süreçte ebeler, aileyi hatıra oluşturma yöntemleri hakkında

bilgilendirir ve sürecin etik bir şekilde ilerlemesini sağlamakla sorumludur. Bu, kayıp yaşayan ailelerin kaybı anlamlandırmasına ve yas sürecini etkili yönetmelerine katkıda bulunur.

Bakım Koordinasyonu ve Taburculuk Eğitimi: Perinatal kayıp sonrası aileler yalnızca tıbbi bakıma ihtiyaç duymazlar. Tıbbi desteğin yanı sıra; psikolojik ve sosyal destek gereksinimleri de vardır. Ebeler, aileyi psikolog, sosyal hizmet uzmanı veya destek gruplarına yönlendirebilir ve bakım sürecini koordine etmekle sorumludur (Koopmans, Wilson, Cacciatore, & Flenady, 2013).

Taburculuk eğitimi, perinatal kayıp yaşayan ailelerin ev ortamında süreci güvenli, bilinçli ve desteklenmiş bir şekilde sürdürebilmeleri açısından kritik öneme sahiptir. Ebeler; evde fiziksel iyilik halinin izlenmesi, olası komplikasyonların değerlendirilmesi, duygusal destek sağlanması, yas sürecinin yönetimi ve sonraki gebeliklere yönelik danışmanlık verilmesi gibi çok yönlü görevleri üstlenir (Capitulo, 2005). Bu kapsamlı bakım yaklaşımı, ailenin yalnız olmadığını hissetmesini sağlar ve sürecin sağlıklı ilerlemesine katkı sunar. Bu süreçte ebe, aileyi yalnız bırakmaz; sorularını açık ve net bir şekilde yanıtlar, riskler hakkında bilgilendirme yapar ve gerekli yönlendirmeleri yapmakla sorumludur.

Sonraki Gebeliklerde Danışmanlık: Perinatal kayıp yaşamış kadınlar, sonraki gebeliklerinde yoğun kaygı, korku, belirsizlik ve artmış kontrol ihtiyacı hissedebilirler. Bu süreçte ebelerin sorumluluğu yalnızca fiziksel izlemi değil, aynı zamanda psikolojik destek ve bilgilendirme desteğini de kapsamaktadır. Ebeler; önceki kaybın psikolojik etkilerini göz önünde bulundurarak kadını düzenli izlemlerle takip eder, mevcut riskleri açık ve anlaşılır biçimde aktarır, kadınların endişelerini dile getirebilecekleri güvenli bir iletişim ortamı oluşturur ve danışmanlık hizmeti sunar. Bu yaklaşım, kadının yeni gebelik sürecinde kendini daha güvende hissetmesine ve pozitif bir doğum deneyimi yaşamasına katkı sağlar (Côté-Arsenault & Donato, 2011). Bu tutum ve yaklaşımlar, kadının güvenli ve bilinçli bir gebelik süreci yaşamasını sağlamaktadır. Türkiye’de yapılan araştırmalar, ebelerin danışmanlık rolünün aileler için güven verici olduğunu ve psikososyal iyilik hâlini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur (Ayçiçek & Çoban, 2020).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Perinatal kayıplar, anne ve babalar için sadece fiziksel değil, aynı zamanda derin duygusal etkiler yaratan travmatik bir süreçtir. Bu süreçte yaşanan yas, bireylerin yaşam kalitesini ve sonraki gebeliklerini olumsuz yönde etkileyebilir. Ebe desteği, bu süreçte hem psikolojik hem de fiziksel iyilik halinin sağlanmasında kritik bir rol oynar. Ebelerin yalnızca tıbbi bilgiyle değil, aynı zamanda empatik ve bütüncül bir yaklaşımla süreci yönetmeleri, kayıp yaşayan bireylerin yas sürecini sağlıklı geçirebilmelerini destekler.

- Ebelere yönelik hizmet içi eğitim programlarında, perinatal kayıplar ve yas süreciyle baş etme yöntemleri yer almalıdır.
- Kayıp sonrası bakım protokolleri, ebelerin fiziksel bakımın yanı sıra duygusal destek sunmalarını sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.
- Ebeler, kadınların duygularını ifade edebilecekleri güvenli alanlar oluşturmali; yargılamayan, anlayışlı ve destekleyici bir yaklaşım benimsemelidir.
- Aile temelli yaklaşım benimsenmeli; sadece anneye değil, eşe ve aile bireylerine de psikososyal destek sunulmalıdır.
- Kayıp sonrası danışmanlık hizmetleri sunulmalı ve gerektiğinde kadınlar psikolojik destek alabilecekleri profesyonel kurumlara yönlendirilmelidir.
- Sağlık sistemi içinde ebelerin rolünü güçlendirecek etik ve mesleki standartlar, uygulamalara entegre edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Ayçiçek, H., & Çoban, A. (2020). Kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentileri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 29-37.
- Capitulo, K. L. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(6), 389-396.
- Côté-Arsenault, D., & Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of reproductive and infant psychology*, 29(1), 81-92.
- Denney-Koelsch, E. M., Gupton, A., Degro, A., Doebrich, N., Hyde-Hensley, K., Chichester, M., Arsenault, D. C. (2024). Community Supports for Parents with Perinatal Loss and Bereavement. In *Perinatal Bereavement Rituals and Practices Among US Cultural Groups* (pp. 291-320): Springer.
- Evgin, H., & Şahin, N. H. (2022). Perinatal Kayıp Sürecinde Babaların Deneyimleri: Sistematiik Derleme. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 121-138.
- Gür, E. Y., Uzun Özer, B., & Ejder Apay, S. (2022). Perinatal Kayıp Yaşayan Kadınların Yas Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı-Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3).
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane database of systematic reviews*(6).
- Oxlad, M. J., Franke, E. F., Due, C., & Jaensch, L. H. (2023). Capturing parents' and health professionals' experiences of stillbirth bereavement photography: A systematic review and meta-synthesis. *Women and Birth*, 36(5), 421-428.
- Pop-Jordanova, N. (2021). Grief: Aetiology, symptoms and management. *Prilozi*, 42(2), 9-18.
- Sönmez, E. Y., Aydın, N., & Sarıbudak, T. P. (2024). Perinatal Kayıp Yaşayan Kadınlarla Çalışan Ebelerin Merhamet Yorgunluğu ve

- Merhamet Memnuniyeti Deneyimleri: Bir Kalitatif Çalışma. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 364-375.
- Tektaş, P., Yenil, K., Ozan, Y. D., Güçlü, S., & Barbaros, A. (2025). Emotions and Experiences of Pregnant Women with a History of Pregnancy Loss: A Qualitative Study Based on Watson's Theory of Human Caring. *Mediterranean Nursing and Midwifery*.
- Ucar, T., Baransel, E. S., & Çelik, O. T. (2025). From grief to resilience: a qualitative study of women's reactions and coping methods after perinatal loss in Türkiye. *BMJ open*, 15(5), e092544.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*: springer publishing Company.
- Xie, J., Hunter, A., Biesty, L., & Grealish, A. (2024). The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 157, 104814.

BÖLÜM 6

TÜPLİGASYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Dr. Sümeyye BAL¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18144922>

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ORCID: 0000-0002-7568-0974 e-posta: sumeyyebal@gmail.com

Özet

Doğum kontrol yöntemleri, insanlık tarihi kadar eski olup aile planlamasına yönelik uygulamaların kökeni Antik Mısır uygarlığına kadar uzanmaktadır. Tarihsel süreç içerisinde gebeliği önlemeye yönelik olarak kondom benzeri bariyer yöntemleri, bitkisel ve kimyasal içerikli uygulamalar kullanılmış; bilimsel bilginin ve tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte modern kontraseptif yöntemler çeşitlenerek yaygınlaşmıştır. Günümüzde kontrasepsiyon; hormonal, bariyer, rahim içi araçlar ve cerrahi yöntemleri kapsayan geniş bir uygulama alanına sahiptir ve kadınların üreme sağlığının korunmasında temel bir halk sağlığı bileşeni olarak kabul edilmektedir.

Kalıcı kontrasepsiyon yöntemleri arasında yer alan tüp ligasyonu (tubal ligasyon), dünya genelinde ve Türkiye’de en sık kullanılan kadın sterilizasyon yöntemlerinden biridir. Tüp ligasyonu, fallop tüplerinin cerrahi yollarla bağlanması, kesilmesi veya tıkanması esasına dayanarak spermin ovule olmuş oosite ulaşmasını engeller ve bu yolla gebeliği önler. Yöntemin yüksek kontraseptif etkinliği, uzun dönemli koruma sağlaması ve kullanıcıya bağlı hata içermemesi, tüp ligasyonunu birçok kadın için cazip bir seçenek hâline getirmektedir.

Tüp ligasyonu, postpartum dönemde sezaryen sırasında veya vajinal doğum sonrasında mini-laparotomi yöntemiyle uygulanabildiği gibi, gebelik dışı dönemlerde interval olarak çoğunlukla laparoskopik cerrahi ile gerçekleştirilebilmektedir. Genel olarak güvenli bir cerrahi girişim olarak tanımlanmasına karşın, geri dönüşünün zor ve her zaman mümkün olmaması, bu yöntemin yalnızca tıbbi açıdan değil; psikolojik, sosyal ve etik boyutlarıyla da ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Literatürde, özellikle genç yaşta veya yeterli danışmanlık almadan yapılan tüp ligasyonu sonrasında pişmanlık, duygusal zorlanma ve yaşam doyumunda azalma bildiren kadınların varlığı dikkat çekmektedir. Ayrıca nadir de olsa yöntem başarısızlığı ve buna bağlı ektopik gebelik riski önemli klinik sorunlar arasında yer almaktadır.

Tüp ligasyonu karar süreci kadın merkezli bakım anlayışı doğrultusunda yürütülmelidir. Hemşireler; işlem öncesi danışmanlık, bilgilendirilmiş onam sürecinin yürütülmesini titizlikle gerçekleştirmeli ve

işlem sonrası izlemde kritik bir rol üstlenmektedir. Kadının bilgi düzeyinin değerlendirilmesi, yöntemin kalıcı niteliğinin açık ve anlaşılır biçimde vurgulanması, alternatif kontraseptif yöntemlerin etkinlik ve geri dönüşlülük açısından karşılaştırmalı olarak sunulması temel bakım ilkeleri arasındadır. Tüp ligasyonu, yalnızca cerrahi bir kontrasepsiyon yöntemi olarak değil; kadının üreme özerkliği, beden algısı ve yaşam kalitesi üzerinde uzun vadeli etkileri olabilecek bütüncül bir sağlık kararı olarak değerlendirilmelidir.

1. GİRİŞ

Doğum kontrol yöntemlerinin insanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülmektedir. Aile planlamasına ilişkin bilinen ilk uygulamalar, MÖ 3000 yıllarında Antik Mısır'a kadar uzanmaktadır. Bu dönemde kondom benzeri yöntemlerin kullanıldığı, ayrıca MÖ 1800'lü yıllarda timsah dışkısı, bal ve sodyum karbonat içeren vajinal tıkaçların gebeliği önlemek amacıyla uygulandığı bilinmektedir (Potts & Campbell 2002).

MÖ 600'lü yıllarda Libya'da yetişen *silphion* (*Ferula silphium*) bitkisinin tüketilmesinin gebeliği önlediği keşfedilmiş, bitkinin yoğun şekilde toplanması sonucunda soyu tamamen tükenmiştir (Potts & Campbell 2002). MS 1600'lü yıllarda Avrupa'da balık ve hayvan bağırsaklarından üretilen kondomların, özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek amacıyla kullanıldığı bildirilmiştir (Potts & Campbell 2002).

Modern kontrasepsiyonun gelişimi 19. yüzyılda hız kazanmıştır. 1844 yılında Charles Goodyear tarafından ilk kauçuk kondomun üretilmesi, doğum kontrol yöntemlerinde önemli bir dönüm noktası olmuştur. Bunu izleyen yıllarda rahim içi araçlar, vajinal duşlar, süngerler ve diyaframlar geliştirilmiş; kontrasepsiyon alanında hem mekanik hem de kimyasal yöntemler yaygınlaşmıştır (Potts & Campbell 2002). Doğum kontrolü, cihazlar, uygulamalar, ilaçlar veya cerrahi yöntemlerle gebeliği kasıtlı olarak önleme eylemi olarak tanımlanır. Modern doğum kontrol yöntemleri, üreme biyolojisinde sağlam bir temele ve doğru kullanım için kesin bir protokol kullanılarak etkinlik kanıtına sahiptir (Arrowsmith & Wray ; McFarlane I 2022). Kadınlar için mevcut modern seçeneklere örnek olarak tüp ligasyonu, bariyer yöntemleri, hormonal yöntemler ["hap", implantlar ve enjeksiyonlar,

progestinli rahim içi cihazlar (RİC) veya acil doğum kontrolü] ve hormonal olmayan RİC'ler verilebilir.

Cerrahi sterilizasyon alanındaki ilk önemli gelişme 1937 yılında Anderson ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen ilk laparoskopik sterilizasyon uygulamasıdır (De Noon 2012). 1960 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde oral kontraseptiflerin kullanıma sunulması, hormonal kontrasepsiyonun yaygınlaşmasını sağlamıştır. 1980'li yıllarda düşük dozlu, bifazik ve trifazik oral kontraseptifler geliştirilmiş; 1998 yılında postkoital kontraseptiflerin kullanımı onaylanmıştır. 2000'li yıllar ise uzun etkili hormon enjeksiyonları, progesteron içeren rahim içi araçlar, vajinal halka, transdermal yama ve sürekli kullanılan oral kontraseptiflerin geliştirilmesine sahne olmuştur (Potts & Campbell 2002)

Gebeliği önlemek amacıyla kullanılan tüm bu yöntemler arasında, fallop tüplerinin bağlanması veya kesilmesine dayanan cerrahi sterilizasyon işlemleri önemli bir yer tutmaktadır. Tüp ligasyonu, spermin ovule olmuş oosite ulaşmasını engelleyerek gebeliği önleyen kalıcı bir kontrasepsiyon yöntemidir (De Noon 2012; Potts & Campbell 2002).

Kadın sterilizasyonu, doğumu takiben yapılan postpartum sterilizasyon veya gebeliğin olmadığı dönemlerde uygulanan interval sterilizasyon şeklinde gerçekleştirilebilmektedir. Postpartum sterilizasyon genellikle sezaryen doğum sırasında aynı seansta ya da vajinal doğum sonrasında mini-laparotomi yöntemiyle uygulanmaktadır. İnterval sterilizasyon ise çoğunlukla laparoskopik yöntemle yapılmaktadır (De Noon 2012). Literatürde genel olarak tubal ligasyonun over fonksiyonu üzerinde anlamlı bir olumsuz etki yaratmadığı belirtilmekle birlikte, bazı çalışmalarda over rezervinde azalma saptandığı bildirilmiştir (İbik 2019).

Salpenjektomi, bir ya da her iki fallop tüpünün çevresindeki mezosalpenksten serbestleştirilerek çıkarılması şeklinde uygulanan cerrahi bir girişimdir ve sterilizasyon amacıyla yapılabilmektedir. Bunun yanı sıra, pelvik cerrahi sırasında fallop tüpü, over veya periton kaynaklı epitelyal karsinomlara karşı primer korunma amacıyla da tercih edilmektedir. Over kanseri açısından yüksek risk taşıyan kadınlarda risk azaltıcı yaklaşım olarak genellikle salpingooferektomi önerilmektedir. Profilaktik amaçlı

salpenjektomi uygulamalarının ise 2010'lu yıllardan itibaren yaygınlaştığı bildirilmektedir (İbik 2019).

Salpenjektominin over kan akımı ve hormonal fonksiyonlar üzerindeki etkileri net olarak ortaya konulamamıştır. Histerektominin menopoza ile ilişkisi tam olarak açıklanamamış olmakla birlikte, bazı çalışmalarda erken menopoza ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Mevcut veriler, tüp ligasyonu ve salpenjektominin bazı kadınlarda over rezervinde azalmaya yol açabileceğini düşündürmektedir (İbik 2019).

Dünya çapında en yaygın kullanılan aile planlama yöntemi olan tüp ligasyonu (TL), hamile kalmak istemeyen kadınlarda doğum kontrolü için yapılan cerrahi bir işlemdir (von Mering ve ark. 2003). Tüp ligasyonu, kadınlarda kalıcı doğum kontrolü sağlamak amacıyla fallop tüplerinin cerrahi yöntemlerle bağlanması, kesilmesi veya tıkanması esasına dayanan bir sterilizasyon yöntemidir. Dünya genelinde ve Türkiye'de yaygın olarak uygulanan bu yöntem, yüksek etkinlik oranı, uzun dönemli koruyuculuğu ve kullanıcıya bağlı hata içermemesi nedeniyle üreme çağındaki kadınlar için önemli bir kontraseptif seçenek olarak kabul edilmektedir. 15 ile 49 yaş arasındaki kadınların %19'u tarafından TL kullanılmaktadır (Papaharitou ve ark. 2005). Özellikle çocuk sayısının fazla olduğu, ileri yaşta olan ya da tıbbi nedenlerle yeniden gebelikten kaçınması gereken kadınlar arasında sıklıkla tercih edilmektedir.

Tüp ligasyonu; laparoskopik, mini-laparotomi veya sezaryen sırasında uygulanabilen farklı cerrahi tekniklerle gerçekleştirilebilmekte ve genellikle güvenli bir girişim olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, her ne kadar gebeliği önlemede etkili olsa da, bu yöntemin geri dönüşü olmayan (ya da sınırlı ölçüde geri döndürülebilen) bir uygulama olması, karar verme sürecini yalnızca tıbbi değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve etik boyutlarıyla ele alınması gereken bir konu hâline getirmektedir. Kadınların tüp ligasyonu sonrası pişmanlık yaşayabilmeleri, üreme hakları, beden algısı, kadınlık algısı ve yaşam doyumu üzerindeki olası etkiler literatürde giderek daha fazla tartışılmaktadır. Tüp ligasyonunun başarısızlığı, sıklıkla ektopik gebeliğe yol açar. İki taraflı total salpingektomi sonrası spontan intrauterin gebelikler son derece nadirdir ve sadece dört vaka bildirilmiştir (Lim & Fuentes 2024).

Tüp ligasyonu, yalnızca cerrahi bir kontrasepsiyon yöntemi olarak değil; kadın sağlığı, üreme özerkliği ve yaşam kalitesi perspektifinden bütüncül olarak değerlendirilmesi gereken bir girişimdir. Hemşireler, tüp ligasyonu öncesi danışmanlık, bilgilendirilmiş onam süreci ve işlem sonrası izlemde kritik bir role sahiptir. Kadının karar verme sürecine aktif katılımının desteklenmesi, olası fiziksel ve psikososyal etkiler hakkında doğru ve tarafsız bilgilendirme yapılması, bakımın temel unsurlarını oluşturmaktadır.

2. TARİHSEL GELİŞİMİ

Tüp ligasyonu, modern kontrasepsiyon yöntemleri arasında en eski ve en yaygın kullanılan kalıcı doğum kontrol yöntemlerinden biridir. Kadın sterilizasyonuna yönelik ilk cerrahi girişimler 19. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır. Bilinen ilk tubal sterilizasyonu Samuel Smith Lungren sezaryen doğum esnasında uygulamıştır (Lungren 1881). Başlangıçta jinekolojik cerrahiler sırasında rastlantısal olarak uygulanan tubal girişimler, zamanla gebeliği önleme amacıyla planlı bir yöntem hâline gelmiştir.

20. yüzyılın ortalarından itibaren cerrahi tekniklerin gelişmesi, anestezi güvenliğinin artması ve laparoskopinin yaygınlaşması ile tüp ligasyonu daha az invaziv, daha kısa sürede uygulanabilen ve daha güvenli bir yöntem hâline gelmiştir. Özellikle 1960'lı yıllardan sonra aile planlaması programlarının güçlenmesiyle birlikte tüp ligasyonu, dünya genelinde kadınlar arasında en sık tercih edilen kalıcı kontrasepsiyon yöntemi olmuştur. Günümüzde ise bireysel üreme hakları, bilgilendirilmiş onam ve kadın merkezli bakım yaklaşımları doğrultusunda etik ve psikososyal boyutlarıyla birlikte ele alınmaktadır (WHO 2025).

Endikasyonları

Tüp ligasyonu aşağıdaki durumlarda tercih edilebilmektedir:

- * Çocuk sayısını tamamlamış kadınlar
- * Yeniden gebeliğin anne sağlığı açısından ciddi risk oluşturduğu durumlar
- * Genetik hastalık taşıyıcılığı veya ağır kronik hastalık varlığı
- * Uzun süreli ve kalıcı kontrasepsiyon isteyen kadınlar

- * Diğer doğum kontrol yöntemlerini kullanmak istemeyen ya da kullanamayanlar(Practice 2019)

Avantajları

- * Çok yüksek kontraseptif etkinlik
- * Uzun dönemli ve kalıcı koruma
- * Kullanıcı hatasına bağlı başarısızlık olmaması
- * Cinsel yaşamı etkilememesi
- * Hormonal yan etki içermemesi (Sung & Abramovitz 2025; Vilvapriya & Veeragavan 2018)

Dezavantajları

- * Geri dönüşünün zor ve her zaman başarılı olmaması
- * Cerrahi girişime bağlı riskler (enfeksiyon, kanama, anestezi komplikasyonları)
- * Bazı kadınlarda karar sonrası pişmanlık gelişebilmesi
- * Cinsel ve üreme kimliğiyle ilişkili psikososyal etkiler

Bu nedenle tüp ligasyonu, “basit bir cerrahi işlem” olarak değil, yaşam boyu etkileri olabilecek bir karar olarak değerlendirilmelidir.

Tüplerin cerrahi olarak tekrar açılması (rekanalizasyon, anastomoz) gebeliği yeniden mümkün olabilir (Sung & Abramovitz 2025; Vilvapriya & Veeragavan 2018).

3. TÜP LİGASYONU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Tüp ligasyonu, kadınların üreme sağlığı üzerinde doğrudan etkisi olan bir uygulamadır. Fiziksel açıdan genellikle güvenli kabul edilse de, hormonal dengeyi etkilemediği için menstrual düzeni üzerinde doğrudan bir değişiklik yaratmaz. Ancak bazı kadınlar işlem sonrası menstrual algılarında değişiklik bildirebilmektedir.

Psikososyal açıdan ise tüp ligasyonu; kadınlık algısı, annelik rolü, beden bütünlüğü ve üreme özerkliği gibi kavramlarla yakından ilişkilidir. Özellikle genç yaşta, yeterli danışmanlık almadan veya dış baskılarla verilen kararlar sonrasında pişmanlık ve psikolojik stres görülebilmektedir. Bu durum, kadın sağlığının yalnızca biyolojik değil, psikolojik ve sosyal

boyutlarıyla ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca doğru karar verilmeden yapılan Tüp ligasyonu işlemi sonrasında pişmanlık yaşayıp tekrardan sağlık kuruluşuna gebelik isteği ile başvurmak hem kadına fiziksel ve psikolojik olarak yük oluşturacak hem de sağlık sistemine maddi olarak yük oluşturacaktır. Bu süreçlerde yapılacak işlemler maddi olarak aileyi zorlayabilecek düzeyde olabilir.

Danışmanlık sürecinin ilk basamağı, kadının bilgi düzeyinin değerlendirilmesidir. Kadının mevcut kontraseptif yöntemler, doğurganlık süreci ve tüp ligasyonunun etkileri konusundaki bilgi düzeyi belirlenmeli; yanlış inanışlar ve bilgi eksiklikleri saptanmalıdır. Eğitim düzeyi, kültürel değerler ve önceki doğurganlık deneyimleri bu değerlendirmede dikkate alınmalıdır. Bunu takiben, yöntemin kalıcı olduğu açık, anlaşılır ve gerçekçi bir dil ile vurgulanmalıdır. Menstrual düzeni, doğurganlık özellikleri, geçmiş kontraseptif yöntem kullanımı, genel hastalık öyküsü, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve soy geçmişi değerlendirilir. Tüp ligasyonunun geri dönüşünün her zaman mümkün olmadığı, geri dönüş girişimlerinin başarı oranlarının sınırlı olduğu ve yardımcı üreme tekniklerine gereksinim doğabileceği net biçimde ifade edilmelidir. Bu bilgilendirme, kadının ileride yaşayabileceği pişmanlık duygusunu azaltmada kritik öneme sahiptir. Danışmanlık sürecinin önemli bir diğer bileşeni, alternatif kontraseptif yöntemlerin tanıtılmasıdır. Uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptifler (RİA, implantlar), hormonal yöntemler ve bariyer yöntemler etkinlik, yan etki, kullanım süresi ve geri dönüşlülük açısından karşılaştırmalı olarak sunulmalıdır. Böylece kadının yalnızca tek bir seçeneğe yönlendirilmesi engellenir ve bilinçli tercih desteklenir (Gangal & Sözbir 2025).

Karar verme sürecinde kadının desteklenmesi, kadın merkezli bakım yaklaşımının temelini oluşturur. Kadının eşi, ailesi ya da sağlık profesyonelleri tarafından baskı altında kalmadığından emin olunmalı; kararın kadının kendi isteği doğrultusunda alındığı doğrulanmalıdır. Sağlık profesyoneli, yönlendirici değil destekleyici bir rol üstlenmelidir. Bilgilendirilmiş onam; yalnızca imzalanan bir belge değil, kadının yöntemi anladığını, olası sonuçları kabul ettiğini ve özgür iradesiyle karar verdiğini gösteren etik bir süreçtir. Onam alınmadan önce kadına soru sorma ve kararını gözden geçirme fırsatı verilmelidir (Gangal & Sözbir 2025).

4. KAYNAKLAR

- Arrowsmith, S. & Wray, S. (2014) Oxytocin: its mechanism of action and receptor signalling in the myometrium. *Journal of neuroendocrinology*; 26(6), 356-369.
- De Noon, D. (2012). A History of Birth Control. In.
- Gangal, A. D. & Sözbir, Ş. Y.(2025) Kontrasepsiyon. In Sözbir, KaplanGönenç (Eds.), *Kavram Haritaları, İşlem Basamakları ve Olgu Sunumlarıyla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 349-378). İstanbul Tıp Kitabevi.
- İbik, Y. (2019). *Bilateral tüp ligasyonunun menopoz yaşı ve semptomları üzerine etkisinin değerlendirilmesi* Mersin Üniversitesi]. Mersin.
- Lim, L. & Fuentes, H. (2024) Spontaneous intrauterine pregnancy after tubal sterilization: A case report. *SAGE Open Medical Case Reports*; 12, 2050313X241251732.
- Lungren, S. (1881) A case of cesarean section twice successfully performed on the same patient. *The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children (1869-1919)*; 14(1), 78.
- McFarlane I, E. (2022). *State of the World Population Fund*.
- World Heath Organization(WHO). (2025) *Medical eligibility criteria for contraceptive use* Erişim tarihi: 21.11.2025 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>
- Papaharitou, S. ,Nakopoulou, E. ,Kirana, P. ,Iraklidou, M. ,Athanasiadis, L. & Hatzichristou, D. (2005) Women's Sexual Concerns: Data Analysis from a Help-Line. *The Journal of Sexual Medicine*; 2(5), 652-657.
- Potts, M. & Campbell, M. (2002) History of contraception. *Gynecology and Obstetrics*; 6(8), 1-23.
- Practice, C. o. G. (2019) ACOG committee opinion no. 774 summary: opportunistic salpingectomy as a strategy for epithelial ovarian cancer prevention. *Obstetrics and gynecology*; 133(4), 842-843.
- Sung, S. & Abramovitz, A. (2025). Tubal Ligation (Archived). In.
- Vilvapriya, S. & Veeraragavan, K. (2018) Clinical profile and pregnancy outcome following tubal recanalisation. *International Journal of*

Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology; 7(6), 2239-2245.

von Mering, R. ,Merki, G. S. & Keller, P. J. (2003) Is there a place for tubal ligation in modern contraception? *Gynakologisch-geburtshilfliche Rundschau*; 43(1), 25-30.

BÖLÜM 7

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Uzman Hemşire Mine BAHAR¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18144951>

¹ 6.Ana Bakım Fabrika Müdürlüğü, Sağlık Kısmı-Balıkesir/TÜRKİYE
<https://orcid.org/0000-0002-6655-3455> e-posta: minisbaris@gmail.com

ÖZET

İş sağlığı hemşireliği, çalışanların sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen iş sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir uzmanlık alanıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) iş sağlığı hemşireliğini, çalışan sağlığını etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklerin yönetiminde temel bir mesleki uygulama olarak tanımlamaktadır. Gelişen teknoloji, çalışma koşullarının değişmesi, pandemilerin etkisi ve bulaşıcı hastalıkların artması iş sağlığı hemşireliğinin rol ve sorumluluklarını önemli ölçüde dönüştürmüştür. Genellikle işyerleri giderek daha karmaşık hâle gelmekte; kronik hastalıkların artışı, stres ve tükenmişlik gibi psikososyal sorunlar çalışan sağlığını daha da önemli bir konu haline getirmektedir. Bunun yanında, yapay zekâ destekli sağlık taramaları, giyilebilir sensörler ve tele-hemşirelik uygulamaları iş sağlığı hizmetlerinde yeni fırsatlar yaratmaktadır. Bu nedenle güncel yaklaşımların derinlemesine incelenmesi hem akademik hem de uygulama açısından gereklidir. Güncel çalışmalar, hemşirelerin dijital sağlık araçlarıyla desteklendiğinde daha etkili olduğunu göstermektedir. İşyeri hemşireliği disiplininin güçlenmesi için şu öneriler sunulabilir; acil durum planlarını hazırlanmak, ilk yardım eğitimlerini vermek ve travma yönetimi süreçlerinde yönetmek, dijital sağlık okuryazarlığı arttırmak, psikososyal risklerin izlenmesini standart hâline getirmek, kronik hastalık yönetiminde hemşire liderliğinde programları yaygınlaştırmak, pandemi eylem planı olarak; aşı koordinasyonu, fiyasyon, solunum yolu hastalıklarında tarama ve enfeksiyon kontrol protokollerinin uygulanması, sağlığı geliştirme programlarını rehber olarak çalışma programı düzenlemek ve giyilebilir teknoloji kullanımında etik sınırları belirlemektir.

1. GİRİŞ

İş sağlığı hemşireliği, çalışanların sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen iş sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir uzmanlık alanıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) iş sağlığı hemşireliğini, çalışan sağlığını etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklerin yönetiminde temel bir mesleki uygulama olarak tanımlamaktadır (WHO, 2023). Gelişen teknoloji, çalışma koşullarının değişmesi ve pandemilerin

etkisi, bulaşıcı hastalıkların artması iş sağlığı hemşireliğinin rol ve sorumluluklarını önemli ölçüde dönüştürmüştür.

İş sağlığı, hizmet edilen iş gücünü önemsemek ve korumak anlamına gelir. İş sağlığı hizmetleri, meydana gelen ya da gelmesi muhtemel olan yaralanma ve/veya hastalıkların önlenmesi için oluşturulan her türlü sağlığı koruma davranışları ile iş sağlığı uygulamalarını harmanlayarak sunan bir yaklaşımı gerektirir. Böylelikle bütün çalışanlar maksimum sağlık ve esenlik düzeylerine ulaşma imkânı elde eder (Oral ve Bekman, 2021).

Genellikle işyerleri giderek daha karmaşık hâle gelmekte; kronik hastalıkların artışı, stres ve tükenmişlik gibi psikososyal sorunlar çalışan sağlığını daha da önemli bir konu haline getirmektedir. Bunun yanında, yapay zekâ destekli sağlık taramaları, giyilebilir sensörler ve tele-hemşirelik uygulamaları iş sağlığı hizmetlerinde yeni fırsatlar yaratmaktadır. Bu nedenle güncel yaklaşımların derinlemesine incelenmesi hem akademik hem de uygulama açısından gereklidir (Moon et al., 2024).

2. İş Sağlığı Hemşireliği Tanımı

İş sağlığı hemşireliği; sağlık eğitimi, vaka yönetimi ve güvenli çalışma programlarını destekler. Bununla birlikte çalışan sağlığının geliştirilmesi, iyileştirilmesi, hastalık ve iş kazalarının önlenmesi ile işle ilgili uygulamalara odaklanan ve toplum sağlığının korunmasının önemi ortaya koyan hemşirelik alanlarından biridir (Guzik, 2013).

Amerikan İş Sağlığı Hemşireler Birliği'nin tanımına göre iş sağlığı hemşireliği; sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları altında bireylerin sağlığının korunmasını, geliştirilmesini ve rehabilitasyonunu içeren uzmanlık alanlarından biridir. İş sağlığı hemşiresi ise çalışanı ve çalışma ortamını bir bütün olarak ele alan, bu iki unsuru birlikte değerlendiren sağlık profesyonelidir (AAOHN, 2012).

Avrupa İş Sağlığı Hemşireleri Birliği (FOHNEU)'ne göre; işgücünün iyiliğini, sağlığını ve güvenliğini amaçlayanlar iş sağlığı hemşireleridir. Bu; çalışanların sağlık durumunu değerlendirme, izleme ve geliştirme, çalışma çevresi ve çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik stratejiler geliştirmeyle başarılıdır (FOHNEU, 2025).

3. İş Sağlığı Hemşireliğinin Temel Görev Alanları

İşyeri hemşireliğinin temel görevleri uluslararası literatürde geniş bir yelpazede tanımlanmaktadır: çalışan sağlığının izlenmesi, sağlık eğitimleri, risk değerlendirmelerine katılım, acil durum yönetimi, kronik hastalık yönetimi ve iş kazası sonrası rehabilitasyon gibi pek çok fonksiyon barındırır (ILO, 2022).

Birçok ülkede işyeri hemşireliğini düzenleyen yasal sistemler farklılık gösterse de temel ilkeler benzerdir:

WHO (World Health Organization) çalışan sağlığının geliştirilmesi, taramaların yapılması ve risklerin değerlendirilmesinde hemşirelerin aktif rolünü vurgular.

ILO (International Labour Organization) çalışan sağlığı hizmetlerinin önleyici yaklaşım üzerine kurulmasını ve hemşirelerin bu alanda yetkinleştirilmesini önerir.

WHO ve ILO tüm dünya ülkelerinde, çıkarmış oldukları yönetmelik ve tavsiye kararlarında çalışanların sağlığını korumaya yönelik önlemlerin alınması gerekliliğini önermektedirler (WHO, 2001; WHO, 2005).

NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) "Total Worker Health" yaklaşımıyla hemşirelerin bütüncül sağlığı desteklemesi gerektiğini belirtir.

Bu düzenlemeler işyeri hemşireliğinde multidisipliner iş birliğinin önemini ortaya koymaktadır.

Tablo 1-Avrupa İş Sağlığı Hemşireleri Birliği'ne Göre İş Sağlığı Hemşireliğinin Temel Görev Alanları (Örnek ve Esin, 2015).

Görev Alanı	Açıklama
Sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi	Çalışanların sağlık bilincini artırmaya yönelik eğitim programlarının planlanması, uygulanması, danışmanlık hizmetleri ve araştırmalar yapma
Hastalık ve yaralanmaların önlenmesi	İşe bağlı hastalıklar ile iş kazalarının önlenmesine yönelik koruyucu ve önleyici faaliyetlerin yürütülmesi

Sağlık gözetimi ve değerlendirmesi	Çalışanların sağlık durumlarının düzenli olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi, çalışma ortamının değerlendirilmesi ve tüm işlemlerin kayıt altına alınması
İlk yardım hizmetleri	İşyerinde meydana gelebilecek acil durumlarda temel ilk yardım uygulamalarının gerçekleştirilmesi
İdari görevler	İş sağlığına ilişkin dokümantasyon, raporlama ve kurum içi koordinasyon çalışmalarının yürütülmesi

4. İş Sağlığı Hemşireliğinde Güncel Temalar

4.1. Koruyucu Sağlık ve Önleyici Yaklaşımlar

Koruyucu hizmetler işyeri hemşireliğinin temelini oluşturur. İş yeri hemşireleri tarafından yürütülen sağlıklı yaşam programları, tarama testleri, aşılama ve ergonomi eğitimleri vb çalışmalar ile bu çalışmalar için güncel durumlar için literatür takip etmek, koruyucu sağlık yaklaşımları üzerinde güçlü etkiler yaratmaktadır (NIOSH, 2022).

İş sağlığı uygulamalarının önemli bir sacayağı olan iş sağlığı hemşireleri, iş yerlerini iş güvenliği açısından değerlendirerek, meydana gelen olaylar karşısında acil bakım ve ilkyardım uygulamaları sağlayarak müdahalelerini gerçekleştirirler. İş sağlığı hizmetlerinin yer ve zaman içinde değişse de, iş sağlığı hemşireleri daha bağımsız ve etkileyici koruyucu sağlık yöntemleri geliştirerek çalışma alanlarında çok daha fazla sorumluluk alırlar (Yolcu ve Demir, 2024).

İş sağlığı hemşireleri; periyodik muayenelerin yürütülmesi, aşı programları, ergonomi eğitimleri, kas-iskelet sistemi ile kanser taramaları ve sigara bırakma programları gibi çok çeşitli koruyucu hizmetler sunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu yaklaşımın iş kazalarının ve meslek hastalıklarının azaltılmasında en etkili yöntem olduğunu belirtmektedir (WHO, 2023).

4.2. Psikososyal Riskler ve Ruh Sağlığı Yaklaşımları

Modern çalışma hayatındaki stres, mobbing, anksiyete ve tükenmişlik yaygın bir sorun haline gelmiştir. Avrupa Birliği'nin 2024 raporuna göre işyerinde ruh sağlığı sorunları tüm mesleki risklerin %40'ını

oluşturmaktadır. İş sağlığı hemşireleri bu alanda psikososyal risk değerlendirmesi, erken müdahale ve danışmanlık süreçlerinde aktif görev almaktadır (EU-OSHA, 2024), (2022, Guideline).

İş yerinde akran desteği, başa çıkma becerilerini geliştirerek ve sosyal destek sağlayarak psikolojik dayanıklılığı destekleyebilir. “İş Yerinde Dayanıklılığı Sürdürme” destek programı geliştirmek de çalışanların ruh sağlığını nasıl destekleyebileceğini ortaya koymaktadır (Agarwalet al. 2019).

Psikososyal tehlikeler, çalışanların hem fiziksel hem de ruhsal iyilik hâlini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu tür riskler; duygusal tepkilerin artmasına, bilişsel işlevlerde bozulmalara ve çeşitli davranışsal bozukluklara yol açabilir. Günümüzde çalışanların iyi oluşu, küresel ölçekte yaşanan zorlukların etkisiyle giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Salgın hastalıklar, ekonomik dalgalanmalar ve benzeri stres unsurları, iş yaşamını ve çalışanların psikolojik sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, işverenlerin önleyici, yenilikçi ve sürdürülebilir yaklaşımlar geliştirmesi kaçınılmaz bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (Şen, 2024).

Çalışma ortamında risklerin yönetilmesi hem çalışanlar hem de kurumlar için büyük bir öneme sahiptir. Bu risklerin yönetimiyle ilgili olarak literatürde çeşitli müdahale stratejileri ve girişimler önerilmiştir (Coble, 1997).

İşyeri hemşireleri psikososyal riskleri ve ruh sağlığına yönelik yaklaşımların yönetilmesinde stres yönetimi eğitimi, psikososyal risk değerlendirme anketleri, çalışan destek programları ve tükenmişlik sendromu için erken uyarı sistemlerini kullanmaktadır. Özellikle pandemi sonrası uzaktan çalışma ve yalnızlaşma psikolojik riskleri arttırmıştır (Wells et al. 2023).

Çalışan Destek Programları; çalışanın kendisi ve aynı hanede yaşayan aile bireylerine yönelik olarak, stres yaratabilecek, danışmanlık ya da bilgi gereksinimi doğurabilecek tüm konularda, alanında uzman kişiler tarafından günün her saati sunulan rehberlik ve danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu program aracılığıyla, çalışanların iş ve özel yaşamlarında karşılaştıkları, performans ve verimliliklerini olumsuz etkileyen ve başa çıkmakta güçlük çektikleri sorunların çözümüne destek olunması hedeflenmektedir (Akkaya, 2023).

4.3. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin, hastalık durumlarını kabullenmelerinin yanı sıra iş tanımlarına, çalışma koşullarına ve iş arkadaşlarıyla olan etkileşimlerine uyum sağlamaları istihdam sürecinde kritik bir öneme sahiptir. Kronik hastalıklar üzerine yapılan araştırmalar, bireyin sağlık sorunlarına rağmen iş ortamına ve ekip ilişkilerine yeterince uyum gösterememesinin ciddi sağlık ve iş güvenliği riskleri doğurabileceğini ortaya koymaktadır. Bu durum, yalnızca bireyin sağlık durumunun daha da kötüleşme olasılığını artırmakla kalmamakta; aynı zamanda hastalığa bağlı işe devamsızlık, işte bulunmasına rağmen verimli olamama ve genel iş performansı üzerinde dolaylı olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Öte yandan, kronik hastalığı olan çalışanların görevlerini yerine getirirken becerilerini ve özerkliklerini kullanabilmeleri, yöneticilerinden ve ekip arkadaşlarından destek görmeleri ve uyumlu bir çalışma grubunun parçası olmaları, mesleki gelişimlerini olumlu yönde desteklemektedir. Bu nedenle, kalıtsal faktörler, çevresel etkiler ve günümüzün sağlığı tehdit eden koşulları göz önüne alındığında, bireylerin kronik hastalıklarla karşılaşması kaçınılmaz bir durumdur. Bu noktada asıl önemli olan, hastalıkların nedenlerinden ziyade, kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin yüksek rekabet ortamına sahip iş yaşamında etkin biçimde istihdam edilmesi ve uygun şekilde yönetilmesidir (Arda, 2024).

Tablo-2- Kronik Bakım Modeli'nin (KBM) Temel Bileşenleri

Bileşen	Tanım
Toplum Kaynakları ve Politikalar	Toplum temelli kaynakların ve sağlık politikalarının kronik bakım süreçlerine entegrasyonu; sigara kullanımının bırakılması ve obezitenin önlenmesi gibi alanlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik programların uygulanması, toplumun bu konularda bilinçlendirilmesi ve sağlıklı besinlere erişimi artırmak amacıyla sağlıklı gıdaların fiyatlarının düşürülmesine yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi, bu kapsamda verilebilecek başlıca örnekler arasında yer almaktadır.

Karar Verme Desteği	Kronik hastalıkların yönetim sürecinde görev alan hekimler, hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyelerinin karar verme süreçlerinde bilişim teknolojilerinden etkin biçimde yararlanabilmelerini sağlamak ve mevcut yetkinliklerini geliştirmek amacıyla eğitim programlarının planlanması ve uygulanması önerilmektedir.
Sağlık Bakım Organizasyonu	Bakım hizmetlerinin sürdürülebilir ve etkili biçimde sunulabilmesi amacıyla gerekli altyapının sağlanması, planlama süreçlerinin sistematik olarak yürütülmesi, kaynakların maliyet-etkin şekilde kullanılması ve yönetilmesi, kalite geliştirme faaliyetlerinin uygulanması, kurumlar arası iş birliğinin güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerine yönelik uygun politika ve planlamaların yapılması ile yeni sağlık stratejilerinin belirlenmesi ve bu stratejileri yönetecek liderlerin tanımlanması gerekmektedir.
Öz Yönetim Desteği	Bu bileşen; kronik hastalığı bulunan bireylerin ve ailelerinin hastalık yönetimine ilişkin bilgi, beceri ve öz güvenlerini geliştirmeyi, bakımın sürekliliğini destekleyecek kaynakların sağlanmasını, ayrıca karar verme süreçlerinde karşılaşılan sorunların tanımlanması ve bu sorunlarla etkili biçimde başa çıkılmasına yönelik destek sunulmasını kapsamaktadır.
Sağlık Hizmetleri Sunum Planı	Ekip üyelerinin rollerinin tanımlanması, bakım standartlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, kanıta dayalı klinik ve hasta eğitim kılavuzlarının oluşturularak uygulamaya entegre edilmesi ile bakımı engelleyici faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda gerekli düzenlemelerin planlanması yer almaktadır.
Klinik Bilgi Sistemleri	Klinik bilgi sistemleri, elektronik hasta kayıtları, klinik karar destek mekanizmaları, hemşire bilgi sistemleri, iletişim ve hastane bilişim sistemleri ile klinik rehberler ve bakım haritaları gibi bileşenleri kapsamaktadır.

Kronik hastalıkların yönetiminde en yaygın biçimde bilinen ve uygulanan yaklaşımlardan biri olan Kronik Bakım Modeli (KBM), 1990'lı yılların başlarında Wagner ve Mac Coll Sağlık Hizmetleri İnovasyonu Enstitüsü tarafından geliştirilmiştir. Bu model, kronik hastalıkların bakım gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak sağlık sistemlerine yol gösteren; bakımın niteliğini yükseltmeyi ve sağlık harcamalarını azaltmayı hedefleyen kapsamlı bir çerçeve ve vizyon sunmaktadır. KBM'nin temel amacı, kronik hastalığı bulunan bireylerin günlük bakım süreçlerini, akut müdahalelere dayalı yaklaşımdan çıkararak planlı, etkili ve toplum temelli bir yapıya dönüştürmektir. Modelin; astım, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve artritis gibi kronik hastalıkların yönetiminde uygulanmasının, sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağladığı; acil servis başvuruları ile hastaneye gereksiz yatış oranlarını düşürdüğü; hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeyleri üzerinde ise olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir. Ayrıca söz konusu modelin, pek çok ülkenin sağlık sisteminde etkin ve başarılı bir biçimde uygulanmaya devam ettiği bildirilmektedir. Model 6 temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; toplum kaynakları ve politikalar, karar verme desteği, sağlık bakım organizasyonu, öz yönetim desteği, sağlık hizmetleri sunum planı ve klinik bilgi sistemleridir (Yazıcıoğlu ve Bağcıvan, 2022).

Diyabet, hipertansiyon, obezite gibi kronik durumlar, iş performansı ve devamsızlık üzerinde belirgin etkilere sahiptir. Literatür, işyeri tabanlı hemşirelik müdahalelerinin kronik hastalık kontrolünü iyileştirdiğini göstermektedir. Dünya genelinde işverenler kronik hastalıkların maliyetini azaltmak amacıyla işyeri hemşirelerini daha aktif kullanmaktadır. Diyabet eğitimi, hipertansiyon izlemi, kilo yönetimi programları ve rehabilitasyon sonrası işe dönüş planlaması sık yapılan uygulamalardandır (Wilson et al., 2023, Liu et al. 2025).

4.4. Dijitalleşme ve Tele-Sağlık

Tele-sağlık; tele-tıp, e-sağlık, e-tıp, sanal sağlık hizmetleri ve uzaktan sağlık uygulamaları gibi farklı kavramlarla da tanımlanmaktadır. 1970'li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanan tele-sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerine erişimi kayda değer ölçüde artırmakta ve bakım sunumunun daha ekonomik bir biçimde gerçekleştirilmesine olanak tanımaktadır. Tele-sağlık, coğrafi mekânlar arasında sağlık hizmeti sunumunu mümkün kılarak, hasta ve danışanların ulaşım kaynaklı maliyetlerini azaltmayı; kırsal ve

merkezden uzak bölgelerde yeterince sağlanamayan sağlık hizmetlerine adil ve eşit erişimi desteklemeyi amaçlamaktadır (Kaya, 2022).

Teknolojiler, tele-tıp veya uzaktan hemşirelik uygulamaları için çok daha fazla ve daha geniş olanaklar sunacak şekilde gelişmiştir. Tele-tıp teknolojileriyle, hastaların tedaviye uyumu artar, tedaviye erişim iyileşir, sağlık hizmeti sağlayıcıları birbirleriyle iletişim kurabilir ve hastaların evlerinde ve alternatif yaşam tesislerinde güvenlikleri daha yakından izlenebilir. (Schlachta et al, 2008).

Tele-hemşirelik programları; hastayı değerlendiren, hastaya eğitim veren, karar destek ve olabilecek problemlerin önceden tanımlanması gibi temel hemşirelik uygulamalarının en uzak mesafedeki hastalar için bile etkili bir şekilde gerçekleştirilmesini desteklemektedir (Keskin ve ark. 2022)

Dijital sağlık uygulamaları ve tele-hemşirelik işyeri hemşireliğinin hızla güçlenen alanlarıdır. Tele-sağlık uygulamalarının özellikle ergonomi, kronik hastalık yönetimi ve psikososyal destek alanlarında etkili olduğunu belirtir. Tele-hemşirelik özellikle büyük işletmelerde yaygınlaşmıştır. Uygulamalara bakıldığında ise; uzaktan danışmanlık, Tele-triyaj, Yapay zekâ destekli sağlık izlem, Mobil sağlık uygulamalarının entegrasyonudur. Tele-hemşireliğin çalışan memnuniyetini artırdığını ve kronik hastalık yönetiminde başarı sağladığını belirtmektedir (Foster et al. 2025).

4.5. Giyilebilir Teknolojiler

Giyilebilir teknoloji; sensörler ve çeşitli dijital bileşenler içeren, bireyin üzerinde taşıdığı, taktığı ya da giydiği aksesuarlar, gözlükler, giysiler ve benzeri araçları kapsamaktadır. Sağlık alanında kullanılan giyilebilir teknolojiler, literatürde farklı kavramlar çerçevesinde ele alınabilmektedir. Bazı çalışmalarda bu sistemler “kişisel sağlık hizmeti araçları” olarak adlandırılmakta ve hastaların kendi yaşam alanlarında izlenmesini ve desteklenmesini sağlayan akıllı, giyilebilir çözümler şeklinde tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra “giyilebilir sağlık sistemleri” ve “akıllı biyomedikal giysiler” gibi kavramlarla bu teknolojilere ve uygulama alanlarına ilişkin örneklerin giderek arttığı görülmektedir. Genel bir değerlendirme yapıldığında, bireylerin sağlık durumlarına ilişkin farkındalıklarının artırılması, kilo yönetiminin desteklenmesi ile fiziksel ve bedensel aktivitelerde düzenlilik ve sürekliliğin teşvik edilmesi, giyilebilir sağlık teknolojilerinin kullanımındaki temel ve ortak amaçlar arasında yer almaktadır (Aydan ve Aydan, 2016).

Giyilebilir teknolojilerin, temel sağlık izleme cihazlarından çoklu çevresel ve fizyolojik parametreleri algılayabilen gelişmiş sistemlere evrilmesi, işyeri güvenliği uygulamalarında önemli bir ilerleme sağlamıştır. Bu cihazlar, hayati bulguların ve toksik maruziyetlerin izlenmesi yoluyla meslek hastalıkları ve iş kazalarının erken tanı ve önlenmesine katkıda bulunmaktadır. Özellikle uçucu organik bileşikleri algılayabilen sensörler, kimyasal maruziyete bağlı solunum sistemi hastalıklarının önlenmesinde kritik bir rol oynayarak iş gücünün genel sağlık düzeyini iyileştirmektedir. Giyilebilir sensörler, fiziksel aktivite, nabız, uyku düzeni, sıcaklık ve kimyasal maruziyet gibi pek çok parametreyi takip etmektedir. İş güvenliğini artırdığı ve iş kazalarının erken tespitinde etkili olduğu ortaya konmuştur (Moon et al., 2024); (Dodoo et al., 2024).

Giyilebilir cihazların işyerinde kullanımı hızla artmaktadır. Sensörler üzerinden: gaz ve kimyasal maruziyet, nabız, solunum ve hidrasyon takibi, işçinin düşme, yorgunluk ya da aşırı ısıya maruz kalma riski gerçek zamanlı değerlendirilebilir. Ancak veri güvenliği ve etik konular tartışma konusu olabilir.

4.6. Enfeksiyon Kontrolü ve Pandemi Deneyimleri

Profesyonel hemşirelik birlikleri, üyelerinin ve genel olarak mesleğin, halk sağlığını tehdit eden beklenmedik olaylara yanıt verebilmek için gerekli uzmanlığa ve desteğe sahip olmasını sağlamada önemli bir role sahiptir. Bu örgütler, geçmiş afetler sırasında hemşirelerin desteklenmesi ve korunması için savunuculuk yapmış ve bugün de bunu yapmaya devam etmektedir (Kennedy, 2021).

Enfeksiyon kontrol programı, çalışan sağlığı hizmetiyle yakın iş birliği içinde olmalıdır. Her iki ekip de kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve diğer bulaşıcı enfeksiyonlara maruz kalmanın yönetimi de dahil olmak üzere, çalışan refahı ve enfeksiyon önleme ile ilgili önemli konuları ele almalıdır. Genel olarak, tüm yeni çalışanlar, aşılarının güncel olduğundan ve hepatit B, kızamıkçık, kabakulak, kızamık, tetanos, boğmaca ve suçiçeği gibi yaygın bulaşıcı enfeksiyonlara karşı yeterli bağışıklığa sahip olduklarından emin olmak için çalışan sağlığı hizmeti tarafından bir taramadan geçirilir (Soniet al, 2025).

Her sağlık kuruluşunun, DSÖ/ILO'nun sağlık çalışanları için iş sağlığı programlarına ilişkin küresel çerçevesinde belirtildiği gibi bir iş sağlığı programına ve belirlenmiş ve uygun şekilde eğitilmiş bir odak noktasına

sahip olması gerekir. Büyük sağlık kuruluşlarında, iş sağlığı ve güvenliği için bir işçi-yönetim komitesi ve temel önleyici işlevlere sahip bir iş sağlığı hizmeti bulunmalıdır (COVID-19, ILO and WHO, 2020).

COVID-19 sonrası işyeri hemşireleri pandemi eylem planı olarak; aşı koordinasyonu, filyasyon, solunum yolu hastalıklarında tarama, kronik hastalık takibi ve enfeksiyon kontrol protokollerinin uygulanması gibi geniş roller üstlenmiştir. Bu durum mesleğin görünürlüğünü küresel ölçekte artırmıştır (Cangöl ve Çağlar, 2023).

4.8. Acil Durum Yönetimi ve İlk Yardım

İşyerlerinde çalışanların temel ilk yardım eğitimi almış olmaları ve bu alandaki bilgi ile becerilerinin geliştirilmesi, olası bir iş kazası durumunda kazazedenin sağlık kuruluşuna sevk edilmeden önce maruz kalabileceği zararların azaltılmasını veya yaşamının korunmasını sağlayacak müdahalelerin uygulanmasına olanak tanımaktadır. Bununla birlikte, iş kazaları sonrasında yardım etme amacıyla gerçekleştirilen hatalı ilk yardım uygulamaları, bireylerin sağlık durumlarının daha da kötüleşmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle, çalışanlara yönelik ilk yardım eğitimlerinin sağlık alanında yetkin profesyoneller tarafından verilmesi büyük önem taşımaktadır. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında ilk yardım eğitimlerinin işyerlerinde düzenli ve süreklilik arz edecek biçimde yürütülmesi, olumlu bir güvenlik kültürünün geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca, ilk yardım eğitimlerinin görsel ve işitsel yöntemlerle desteklenerek sunulması, öğrenmenin etkinliğini artırmaktadır (Gültaş, 2024).

İşyeri hemşireleri acil durum planlarının hazırlanması, ilk yardım eğitimlerinin verilmesi ve travma yönetimi süreçlerinde kritik bir rol üstlenmektedir.

4.9. Sağlık Geliştirme Programlarının Kullanılması

İş Sağlığı hemşirelerinin iş sağlığı ekibi ile yürüttükleri faaliyetlerin yanı sıra bağımsız yürüttükleri faaliyetleri de vardır. Bunlar arasında; çalışanların sağlığının değerlendirilmesi, meslek hastalıklarının takibi ve değerlendirilmesi, iş kazalarının önlenmesi ve bakımı, işe bağlı olmayan hastalık ile kazaların önlenmesi ve bakımı, danışmanlık hizmeti, çalışma ortamının değerlendirilmesi, kayıt tutma, araştırma yapma ve sağlığı geliştirme programları gibi görevler belirtilmiştir (OHN, 2022).

İş sağlığı hemşirelerinin yürüttüğü sağlığı geliştirme programları çalışan sağlığını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda iş yerlerinden kaynaklanan ve önlenabilir sağlık sorunlarının engellendiğini, çalışanın iş verimliliğinin arttırdığını, işe devamlılığının sağlandığını bildirilmiştir. Bu çalışmalar hem iş yerinde hem de sosyal alanda iyilik halinin artmasına ve sürdürülmesine katkı sağlar. Sağlığı geliştirme programları işveren, işçi ve toplum; çalışanların sağlığını ve refahını geliştirmek için yapılan çabaların tümüdür (Çepni ve Beşer, 2016).

İşyerlerinde sağlığı geliştirme uygulamalarının hem çalışanlar hem de işverenler açısından sağladığı yararlar, bugüne kadar gerçekleştirilen çok sayıda bilimsel araştırma ve başta ILO ile DSÖ olmak üzere uluslararası kuruluşlar tarafından yayımlanan raporlarla desteklenmektedir. Söz konusu araştırma ve raporlarda, işyerinde sağlığı geliştirme uygulamalarının başarılı olmasını sağlayan temel özellikler detaylı biçimde ortaya konmaktadır.

Programların temel hedefi; çalışanların işyeri ortamında sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen biyolojik, fiziksel ve psikososyal risk etmenlerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması, bireylerin sağlıklarını koruma ve sürdürme konusunda bilgi ve farkındalıklarının artırılması ve çalışanların dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımının azaltılması gibi sağlığı destekleyici davranışları benimsemelerinin teşvik edilmesidir (Yıldız, Çaman ve Esin, 2012).

İşyeri sağlığı geliştirme programlarına yönelik NIOSH ve CCOHS tarafından hazırlanan rehberler ile CDC tarafından hazırlanan modelin ortak özelliklerinden en önemlisi işyeri sağlığı komitesi tarafından programların yürütülmesi ve denetlenmesidir. Komitenin, sağlık ve güvenlik komitesiyle ya da işyerinde var olan diğer komitelerle yakın ilişki içerisinde çalışması vurgulanmakta, sağlık ve güvenlik komitesinin bir alt çalışma grubu olabileceği de belirtilmektedir (Çepni ve Beşer, 2016).

5. Tartışma

Günümüzde iş sağlığı hemşirelerinin net sayısı bilinmemekte olup aktif görevleri arasında; işe giriş muayeneleri, periyodik sağlık muayeneleri, kronik hastalık takibi, iş kazaları ile meslek hastalıklarında acil müdahale, ilkyardım uygulamaları ve sağlığın geliştirilmesi uygulamaları yer almaktadır (Üner, 2022).

Uluslararası literatür incelendiğinde, işyeri hemşireliğinde en hızlı gelişen alanların dijital sağlık, kronik hastalık yönetimi ve ruh sağlığı olduğu

görülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde dijitalleşme hızla artarken; düşük gelirli ülkelerde temel koruyucu sağlık hizmetlerinin hâlâ en büyük öncelik olduğu belirtilmektedir (WHO, 2023). Bu durum işyeri hemşirelerinin rollerinin ülkelere göre çeşitlilik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

6. Sonuç ve Öneriler

İşyeri hemşireliği, çalışan sağlığı ve güvenliğinde kilit öneme sahiptir. Güncel çalışmalar, hemşirelerin dijital sağlık araçlarıyla desteklendiğinde daha etkili olduğunu göstermektedir. İşyeri hemşireliği disiplininin güçlenmesi için şu öneriler sunulabilir: dijital sağlık okuryazarlığı artırılmak, psikososyal risklerin izlenmesini standart hâline getirmek, kronik hastalık yönetiminde hemşire liderliğinde programları yaygınlaştırmak, sağlığı geliştirme programlarını rehber olarak çalışma programı düzenlemek ve giyilebilir teknoloji kullanımında etik sınırlar içinde belirlenmektir. İş sağlığı hemşireliği günümüzde DSP (Diğer sağlık personeli) adı altında sertifika programlarında yer almaktadır.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz Çepni, S., & Beşer, A. (2016). Sağlık çalışanlarında sağlığı geliştirme: İşyeri sağlığı geliştirme programları. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing – Special Topics*, 2(2).
- Agarwal, B., Brooks, S. K., & Greenberg, N. (2019). The role of peer support in managing occupational stress: A qualitative study of the sustaining resilience at work intervention. *Workplace Health & Safety*, 68(2), 57–64. <https://doi.org/10.1177/2165079919873934>
- Akkaya, B., & Ocaktan, M. E. (2023). İş yerlerinde psikososyal risk yönetimi süreci ve iyi uygulama örnekleri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 32(1), 42–51. <https://doi.org/10.17827/aktd.1225830>
- American Association of Occupational Health Nurses. (2012). Standards of occupational and environmental health nursing. *Workplace Health & Safety*, 60(3), 97–103.
- Arda, B., Kanten, P., Durmaz, M. G., & Pazarcık, Y. (2024). Kronik hastalıkların iş yaşamındaki tutum ve davranışlara yansımaları. *Management and Political Sciences Review*, 6(2), 129–143.
- Aydan, S., & Aydan, M. (2016). Sağlık hizmetlerinde bireysel ölçüm ve giyilebilir teknoloji: Olası katkıları, güncel durum ve öneriler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3), 325–342.
- Cangöl Sögüt, S., & Çağlar Dalyan, A. (2023). COVID-19 pandemisinde kronik hastalık yönetiminde hemşirenin rolü. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 204–213. <https://doi.org/10.54061/jphn.1224713>
- Coble, R. J. (1997). The industrial nurse. *AAOHN Journal*, 45(4), 189–193.
- Dodoo, J. E., Al-Samarraie, H., Alzahrani, A. I., Lonsdale, M., & Alalwan, N. (2024). Digital innovations for occupational safety: Empowering workers in hazardous environments. *Workplace Health & Safety*, 72(3), 84–95. <https://doi.org/10.1177/21650799231215811>
- Esin, M. N. (2016). Dünyada ve Türkiye’de iş sağlığı hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing – Special Topics*, 2(2), 1–7.
- Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. (2025). *Occupational health nurse definition*. Retrieved September 21, 2025, from <https://fohneu.org/about-us/ohn-definition>

- Foster, J. T., & Zadnik, M. (2025). Addressing occupational dysfunction via telehealth: A scoping review. *International Journal of Telerehabilitation*, 16(2), e6638. <https://doi.org/10.5195/ijt.2024.6638>
- Gültaş, A. S. (2024). İş sağlığı ve güvenliği bağlamında ilk yardım eğitimlerinin değerlendirilmesi: YouTube videolarının analizi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 556–573.
- Guzik, A. (2013). *Essentials for occupational health nursing*. Springer.
- Institute for Work & Health. (2015). *Primary, secondary and tertiary prevention*. <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>
- International Labour Organization. (2020). *COVID-19: Occupational health and safety for health workers (Interim guidance)* (ILO & WHO).
- International Labour Organization. (2024). *İş kazaları ve meslek hastalıklarının incelenmesi: İş müfettişleri için pratik bir rehber*. ILO.
- Kennedy, A. (2021). The International Council of Nurses in the time of the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review*, 68 (2), 144–146. <https://doi.org/10.1111/inr.12681>
- Keskin, H. G., & Özhelvacı, İ. (2022). Tele-sağlık sistemi ve hemşirelik. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3 (1), 36–45.
- Köseoğlu Örnek, Ö., & Esin, M. N. (2015). Occupational health nursing in Turkey. *Workplace Health & Safety*, 63(1).
- Liu, M., Cheng, L., Wang, Y., Zeng, Q., & Zeng, Y. (2025). The bidirectional relationship between workplace bullying and presenteeism: A systematic review and meta-analysis. *Workplace Health & Safety*, 73(5), 248–259. <https://doi.org/10.1177/21650799241302824>
- Moon, J., & Ju, B.-K. (2024). Wearable sensors for healthcare of industrial workers: A scoping review. *Electronics*, 13(19), 3849. <https://doi.org/10.3390/electronics13193849>
- Tekin Kaya, N. (2022). *Telesağlık ve telehemşirelik uygulama alanları*.
- Oral, Y., & Bekman, F. B. (2021). İnsan sağlığı hizmetleri çalışanlarının maruz kaldığı meslek hastalığı etkenlerinin iş sağlığı ve güvenliği kapsamında incelenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 160–178.
- Schlachta-Fairchild, L., Elfrink, V., & Deickman, A. (2008). Patient safety, telenursing, and telehealth. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and*

- quality: An evidence-based handbook for nurses* (Chap. 48). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2687/>
- Soni, S., Yarrarapu, S. N. S., & Tobin, E. H. (2025). Infection control. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519017/>
- Şen, S. (2024). Çalışma yaşamında esenlik ve psikososyal riskler: Değişen dinamiklerle başa çıkma stratejileri. *OHS Academy İş Sağlığı ve Güvenliği Akademi Dergisi*, 7(1), 54–63.
- Üner, E. (2022). Düünden bugüne iş sağlığı hemşireliğinin gelişimi. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(7), 210–214.
- Wells, J., Scheibein, F., Pais, L., et al. (2023). A systematic review of the impact of remote working referenced to the concept of work–life flow on physical and psychological health. *Workplace Health & Safety*, 71(11), 507–521. <https://doi.org/10.1177/21650799231176397>
- Yazıcıoğlu, İ., & Bağçivan, G. (2022). Kronik hastalık yönetim modelleri: Geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4), 1251–1257. <https://doi.org/10.5336/nurses.2022-91307>
- Yolcu, S., & Demir, F. (2024). Hemşirelerin sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliği konusunda rol ve sorumlulukları. *Atılım Journal of Medicine*, 4(9), 46–53.

BÖLÜM 8

LAKTASYON DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Uzman Hemşire Ayőegöl ÇİFTÇİLER¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18145005>

¹ Hasan Kalyonu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Doktora Öğrencisi Gaziantep, Türkiye aysegul.ciftciler@std.hku.com, orcid id: 0000-0003-3567-1309

ÖZET

Anne sütü, yenidoğanın sağlıklı büyüme ve gelişmesi için en ideal ve doğal besin kaynağı olup, neonatal mortalite ve morbiditenin azaltılmasında kritik bir role sahiptir. Doğum sonrası laktasyon dönemi, anne ve yenidoğanın intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama uyum sağladığı, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oldukça hassas bir süreçtir. Bu dönemde emzirmenin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde başlatılması, ilk altı ay yalnızca anne sütü verilmesi ve iki yaş ve ötesine kadar emzirmenin sürdürülmesi Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF tarafından önerilmektedir.

Laktasyon; mamogenezis, laktogenez ve galaktogenez evrelerinden oluşan, hormonal, nörolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen karmaşık bir fizyolojik süreçtir. Prolaktin süt üretiminden sorumlu temel hormon iken, oksitosin sütün salınmasını sağlamakta ve anne-bebek bağlanmasını güçlendirmektedir. Anne sütünün içeriği yenidoğanın gereksinimlerine özgü olarak değişmekte; bağışıklık sistemini destekleyen, sindirimi kolaylaştıran ve bilişsel gelişimi olumlu yönde etkileyen çok sayıda biyoaktif bileşen içermektedir. Anne sütü ile beslenme; enfeksiyon hastalıkları, obezite, diyabet, alerjik hastalıklar ve ani bebek ölümü sendromu riskini azaltmaktadır.

Bununla birlikte laktasyon sürecinde engorjman, meme ucu çatlakları, mastit, süt retansiyonu ve yetersiz süt algısı gibi sorunlar sık görülmekte ve emzirmenin erken sonlandırılmasına neden olabilmektedir. Bu noktada hemşirelik bakımı, emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve korunmasında kilit öneme sahiptir. Laktasyon döneminde hemşireler ve ebeler; antenatal dönemden itibaren emzirme eğitimi ve danışmanlığı sunmalı, doğru emzirme tekniklerini öğretmeli ve karşılaşılan sorunlara yönelik kanıta dayalı girişimleri uygulamalıdır. Etkin ve bütüncül hemşirelik bakımı, anne ve yenidoğan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde vazgeçilmezdir.

GİRİŞ

Doğum sonrası dönemde intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçiş sürecinde fetusun uyum sağlamasında anne sütünün oldukça önemli rolü vardır (Tiryaki ve Altınkaynak 2021).

Büyüme ve gelişmenin sağlıklı olabilmesi için dengeli ve yeterli beslenme oldukça önemlidir. Beslenmenin anne sütü ile yapılması sağlıklı beslenmenin 3 ana ögesini karşılamaktadır. Bebeklerde anne sütü ile beslenme

oranı arttıkça morbidite ve mortalitedüzeyi gözle görülür bir şekilde azaltmaktadır (Yılmaz ve Taşpınar, 2016).Doğumdan sonra yenidoğanın ilk bir saat içinde emzirilmesini, ilk 6 ay sadece anne sütü almasını ve su dahil herhangi bir yiyecek ve içecek verilmeden, yenidoğanın her istediğinde geceli gündüzlü sıklıkla emzirilmesini, biberon veya başka yardımcı araçların kullanılmamasını ve altı ayın sonundan itibaren bebeklerin yeterli ve dengeli gıdalar tüketmeye başlamasını, 2 yıl ve daha fazla süreyle de emzirilmenin sürdürülmesini Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından önermektedir (WHO, 2020). Bebeğin ve yenidoğanın yanlış veya fazla beslenmesi ileri ki dönemlerinde bazı sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Ebeveynlerin ve özellikle annelerin sağlıklı beslenme konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi toplum sağlığı için önemlidir (Şatır ve ark., 2017). Emzirmenin desteklenmesi, özendirilmesi ve korunması hemşirelerin ve ebelerin görev ve sorumlulukları arasındadır. Hemşireler ve ebeler için emzirme desteği ve emzirme eğitimi önemli bir mesleki roldür (Swerts ve ark., 2016). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliğinin görev yetki ve sorumluluğunda, anne ve bebeğin sağlığının korunması, anne ve bebeğin sağlığının korunup geliştirilmesinde emzirme eğitim ve danışmanlık yer almaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010). Eğitimlerin annelerin, eğitim, sosyo-kültürel özellikleri baz alınarak planlaması, uygulaması ve takibinin yapılması ve belirli aralıklarla devam ettirilmesi gerekmektedir (Gonzalez-Darias ve ark., 2020). Doğum ve kadın sağlığı hemşireleri ve ebeler emzirme konusunda gebelikten başlayarak danışmanlık vermelidirler. Antenatal dönemden postpartum döneme kadar ve sonrasında ise belirli, aralıklarla eğitimler düzenlenmelidir (Işık ve Arça, 2019; Ugurlu ve Yavan, 2016).

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1YENİDOĞANIN BESLENMESİ

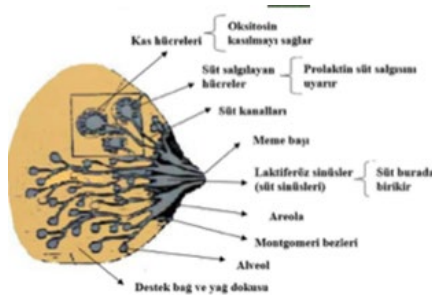
Emzirme yenidoğan ve bebeklik dönemde yetersiz beslenmeyi ve açlığı engelleyen doğal ve masrafsız tek uygulamadır (Kartal ve Gürsoy 2020). Yenidoğanı ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranının %50'nin üzerinde olması DSÖ'nün 2025 hedefleri arasındadır (Global Nutrition Targets, 2025).

1.2 LAKTASYONUN FİZYOLOJİSİ

Laktasyon, gebelik dönemi boyunca salgılanan bazı hormonların etkisiyle meme dokusunun olgunlaştığı, süt üretiminin olduğu, fiziksel, psikolojik, sosyal ve demografik durumlardan etkilenen emzirme sürecini ifade eder (Leahy-Warren ve ark., 2013; Uçar & Yılmaz, 2020). Hem anne hem de yenidoğan için laktasyon dönemi oldukça önemlidir. Laktasyon dönemi anneler ve bebekler için oldukça önemlidir. Anne sütünün mucizevi bir besin olmasının yanında, yenidoğanın tüm gereksimlerine cevap veren, sayısız fayda sağlayarak bağışıklık sistemini güçlendiren fizyolojik bir besindir. Anne sütü Yenidoğanı sistemik obezite, pnömoni, astım gibi alerjik reaksiyonlar, nekrotizan enterokolit, egzema, gastrointestinal sistem hastalıkları ve diyabet gibi birçok hastalıktan korumaktadır (C, 2018; Irmak, 2016; WHO, 2011). Bu nedenle “Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)” başta olmak üzere, “Tıp Emzirme Akademisi (Academy of Breastfeeding Medical-ABM)”, “Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP)”, “Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund- UNICEF)”, “Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (American Academy of Family Physicians-AAFP)”, bebeklere yaşamın ilk 6 ayında yalnızca anne sütü verilmesini ve ek gıdalara yedinci aydan itibaren başlanılmasını, en az iki yaşına kadar da emzirmenin sürdürülmesini önermektedir (CDC, 2018; Irmak, 2016; WHO, 2011).

1.2.1 MEME DOKUSUNUN YAPISI

Laktasyon sürecinin nasıl gerçekleştiğini anlayabilmek için meme dokusunun fizyolojisini ve anatomisini bilmek gerekir (Sağlık Bakanlığı, 2018).



Resim 1 Meme Dokusu (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Ergenlik dönemi sonrasında gelişimini tamamlamış meme dokusu Cooper's ligamanları ile pektoralis majör kasının üzerinden göğüs duvarına bağlanır. Meme dokusunu kaplayan deri ise esnek ve ince yapılıdır. Meme başı ise areolanın merkezinde sebose ve apokrin ter bezinden oluşan kubbe şeklindedir. Areola, meme başının etrafını çevreleyen pigmentli deridir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Montgometri bezleri ise deriyi sağlıklı tutmak için sıvı salgılayan minik ve anneye has kokuyu oluşturan minik kabarcıklardır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Meme dokusunu yağ, bağ dokuları ve damar ağları, lenfatik sistem ve sinir ağlarından oluşur. Memenin şeklini stroma büyüklüğünü ise yağ dokusu oluşturur. Yani memenin küçük veya büyük olması süt salgılamasını etkilemez çünkü aynı miktarda salgı bezlerine sahiptirler. Memede bulunan lobüller süt kanallarıyla meme ucuna açılmaktadır. Areolanın yakınlarında tüpler genişler ve laktifer sinüsleri (süt sinüsleri, süt havuzları) oluşturur, sonra kanallar tekrar daralırlar. Prolaktin hormonu süt salgılayıcı hücrelerden süt salgılanmasını sağlar (Sağlık Bakanlığı, 2018).

LAKTASYONUN BAŞLAMASI

Laktogenezis; gebelik boyunca meme dokusunun gelişimi, doğum sonrası süt üretimi ve salgılanması süreci olarak adlandırılmaktadır (Akkuzu 2021). Laktasyon isesüt üretiminin ve süt salımının devam etmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Küçüköğlu ve ark 2022). Fizyolojik olarak laktasyon üç evreden oluşmaktadır (Akkuzu 2021).

Mamogenezis (Laktogenezis I)

Gebelik döneminde başlayıp doğum sonu üç- dört gün devam eden süreçtir. Mamogenezis, genellikle gebede gebeliğinin 15. Haftasından başlayarak görülmekte ve süt üretebilme oluşmaktadır (Özkan ve Karakoç 2021). Gebelik salgılanan bazı hormonların (progesteron, östrojen, prolaktin ve plasental laktojenik hormon (HPL)) etkisiyle meme laktasyona hazırlanır. Bu safada oluşan süte ön süt veya kolostrum adı verilir (Küçüköğlu ve ark 2022).

Laktogenez (Laktogenezis II)

Laktogenez dönemi doğumu takip eden üçüncü ve sekizinci günlerde oluşan dönemdir. Bu dönemde östrojen ve progesteron hormon seviyeleri düşer

ve prolaktin hormon seviyesi yükselir. Bu nedenle süt üretimi bol miktarda artış gösterir (Küçüköğlu ve ark 2022). Bu aşama geçiş süt dönemidir. Bu evreden sonra artık süt matür süte doğru geçiş (Özkan ve Karakoç 2021).

Galaktogenez (Laktogenez III)

Galaktogenez dönemi onuncu günden başlayan matür süt üretim evresidir. Bu dönemde otokrin kontrol ile laktasyon gerçekleşir. Galaktogenez fazı emzirmenin devam ettiği sürece devam eder (Küçüköğlu ve ark 2022).

Laktasyonun Hormonal Mekanizması İse;

Prolaktin

Yenidoğan memeyi emmeye başladığında bebek memeyi emdiğinde, meme ucundan duyuşal ve sinirşel ileti ile spinal kord aracılığıyla sinyaller beyinde hipotalamus ve ön hipofize ulaşır. Yanıt olarak da beyin tabanında bulunan hipofiz bezinin ön lobunda laktotrop hücrelern prolaktin salgılar. Prolaktin kan dolaşımına karışarak memeye gider ve süt salgılayıcı hücrelerin süt salgılamalarını sağlar. Sonuç olarak prolaktin hormonunun süt salgılanmasını başlatıcı ve süt üretimini sürdürücü etkisiyle süt salınması başlar. Prolaktinin salgılanması için en etkili yöntem emzirmedir. Her emzirme döngüsünde prolaktin salınımı pik yaparak dalgalı bir salınım gösterir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Geceleri daha fazla prolaktin üretilir bu da anneyi gevşetir ve bazen uykusunu getirir ve süt üretinini artırır ve gece emzirmesi prolaktin hormonu sayesinde yorucu hale gelmez (Sağlık Bakanlığı, 2018).

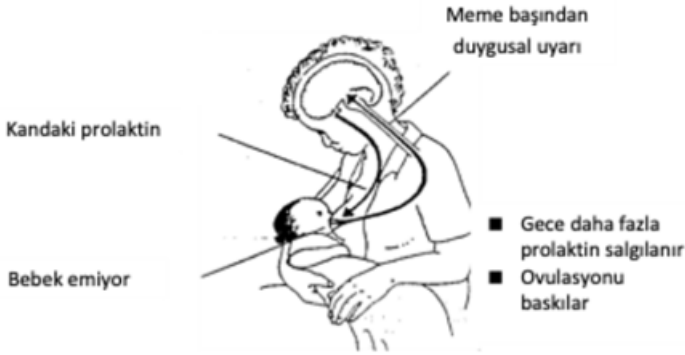
Oksitosin

Oksitosin hormonu ise meme dokusundan süt salgılanması ve akışını sağlamaktadır. Meme dokusundaki alveol hücrelerinden sürekli olarak üretimi sağlanan süt, süt kanallarına kolayca inmez, bebeğin meme ucuna verdiği duyuşal uyarıyla oluşın sinyaller sinir sistemi aracılığıyla hipotalamusa ve arka hipofize iletilir. Arka hipofizden salgılanan oksitosin kan dolaşımı yoluyla memedeki miyoepitelyal hücreleri uyarak kasılmalarını sağlayarak sütün kanallara ve laktifer sinüslere boşalmasını sağlar. Bu nedenle, memede daha önce sentezlenmiş süt alveollerden süt kanallarına doğru iner. Bir emzirme siklusunda bebek memede önceden salgılanmış hazır olan sütü kullanır. Bu döngüye oksitosin veya süt inme refleksi denir. Bu refleks hormonal, nörolojik

ve doku yanıtıyla işlevsellik gösterir ve psikolojik etmenlerden kolayca etkilenmektedir. Oksitosin etkisi bazen annenin bebeğin sesini duyması oluşabilir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

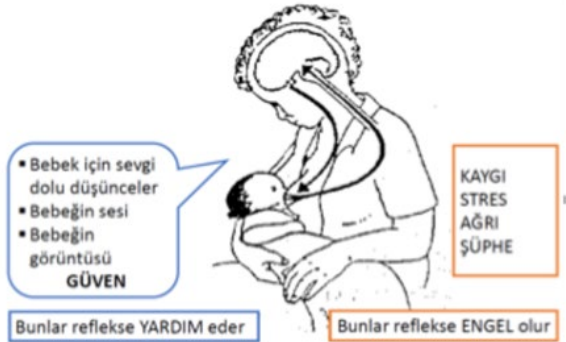
Oksitosin hormonun önemli bir başka görevi de doğumda ve doğumdan sonraki ilk birkaç hafta annenin uterusunun kasılmalarını sağlamaktır. Bu kasılmalar sayesinde, uterus kanamasının kontrolü sağlanır fakat bu kasılmalar ilk günlerde bebek her emdiği sırada oluştuğundan ağrılı olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Ayrıca oksitosinin sakinleştirici etkisinin olması nedeniyle annenin bu dönemde stresle başa çıkmasını kolaylaştırır ve anne-bebek bağlanmasını da artırıcı bir etkisi olduğu bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).



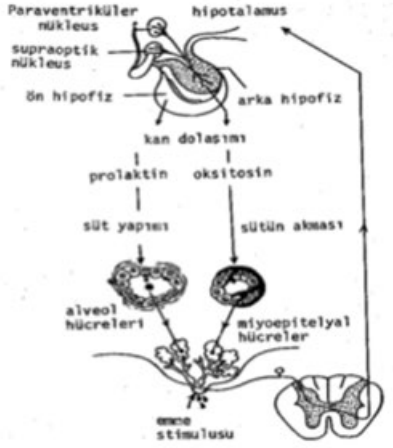
Resim 2 Oksitosin Refleksi (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Oksitosin refleksi annenin düşünceleri, duyguları ve algılamalarından etkilenmektedir



Resim 3 Oksitosin Refleksi Yardım Eden ve Engelleyen Etmenler (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Emme uyarısı ile düzenlenen hormonal sistemler;



Resim 4 Emme Uyarısı ile Düzenlenen Hormonal Sistemler (Sağlık Bakanlığı, 2018)

1.2.2 EMMENİN FİZYOLOJİSİ

Anne sütünü alabilmek için yenidoğanlar bazı doğal reflekslerle doğarlar. Bunlar;

Arama Refleksi: Bebeğin alt dudağı ile annenin başının etkileşimiyle başlar bebek memeyi koklar ve içgüdsel olarak ağzını açarak emmeye başlar (Akkuzu 2021).

Emme Refleksi: Alveollerin bir bölümü ile meme başı bebeğin ağzında dilin damağa doğru çekilmesiyle süt salınmasına neden olur. Emme refleksi fetal hayatta 17. Haftada başlar (Akkuzu 2021).

Yutma refleksi: Memeden alınan sütün içe çekilmesine yarayan refleksdir. Yenidoğan areola ve meme başını ağız içine aldığı anda meme başı ağız içinde uzar, dil ile damak arasına sıkıştırılması sütün boşalması, diş eti arasına sıkıştırılması da laktiferöz kanallardan sütün inmesini sağlar (Akkuzu 2021).

1.3 YENİDOĞANIN BESİN İHTİYACI

Her yenidoğanın anne sütü ile beslenmesi hakkı vardır. Uygun şartlarda sağlıklı her yenidoğanın kendi annesi tarafından beslenmesi en uygun beslenme şeklidir (Kültürsay, Bilgen, Türkyılmaz 2014a). Sağlıklı miadında doğmuş

yenidoğanlarda olduğu gibi prematüre ve hasta term bebekler içinde en iyi besin anne sütüdür (Kültürsay, Bilgen, Türkyılmaz 2014b). Tüm yenidoğanlara herhangi bir komplikasyon yoksa doğumdan hemen sonra bir saati geçmeden anne sütünün verilmesi gerekmektedir (Köksal ve Gökmen 2000).

1.3.1 ANNE SÜTÜNÜN ÖZELLİKLERİ

Anne sütü, doğum sonrası dönemden intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama geçiş sürecinde fetusun uyum sağlamasında oldukça önemli rolü vardır (Tiryaki ve Altınkaynak 2021). Pediatrik sağlık açısından bebeklerin ve çocukların beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasında anne sütü alımı en etkili yöntemlerdendir (Yılmaz ve Aykut 2021). Anne-bebek, kadın , çocuk ve toplum sağlığı için en ideal beslenme yöntemi anne sütü ile beslemektir(Suarez- Cotello ve ark. 2019) Anne sütü yenidoğan için sağlıklı büyüme ve gelişmesi açısından en önemli besin kaynağıdır (Kırca ve Hür 2022).

Anne sütünün içeriği, her bebek için özel hazırlandığından her bebekte değişmektedir. Genel olarak tüm bebeklerin ilk altı ayında ihtiyaç duyabileceği genel besin maddelerini içermektedir. Anne sütünde, %87 oranında su, %3-5 oranında yağ, %6,9-7,2 oranında laktoz, %0.8-0.9 oranında protein ve yeterli miktarda vitamin, mineral ve biyoaktif maddeler bulunmaktadır (Reyhan ve Dağlı 2022).

1.3.2 ANNE SÜTÜNÜN YARARLARI

Anne sütü; tüm bebeklerin doğal ve ilk besinidir. Anne sütü yaşamının ilk dakikalarından itibaren yenidoğanın ihtiyacı olan enerjiyi ve besin maddelerini tam ve eksiksiz olarak sağlamaktadır. Anne sütünün içeriği; yenidoğanın büyüme ve gelişme ihtiyaçlarına göre ve her yenidoğan için özel olarak hazırlanmaktadır. Anne sütü aynı zamanda yenidoğanı birçok hastalıktan da korumaktadır (CDC, 2021).

Emzirmenin anne ve bebek için yararları şunlardır:

- Emziren kadınlarda kalsiyum kullanımı vücut dada verimli kullanır ve bununla beraber ileride kadında oluşabilecek osteoporoz riski azalır. Aynı zamanda emzirme anneyi meme, over ve endometriyal kanser görülme riskinden korur.
- Annede emzirme ile oksitosin üretiminin ve salınımının artmasıyla uterus kas kontraksiyonlarını arttırarak, postpartum dönemde

görülebilecek komplikasyonlardan uterus atonisi engellenir ve annenin iyileşme sürecini hızlandırır. Aynı zamanda oksitosin doğum sonrası kanama riskini azaltır.

- Bebeklerin anne sütü ile beslenmesi Tip 2 diyabet riskini azaltır.
- Bebekler anne sütünde bulunan antikorlar sayesinde solunum yolu enfeksiyonları özellikle alt solunum yolları, iç kulak enfeksiyonları, gastrointestinal sistem hastalıkları, diyare, nekrotizan enterekolit ve ani bebek ölüm sendromu riskine karşı korunmuş olurlar.
- Anne sütü, bebeğin immün sisteminde etkilediğinden bebek alerjilerden korunmuş olur.
- Anne sütü içeriğindeki vitamin ve mineraller sayesinde bebeğin zekâ ve bilişsel gelişimide sağlanmış olur.
- Anne sütü bebeğin gereksinim duyduğu besin içeriğinde üretildiğinden dolayı, bebeğin ileride karşılaşabileceği obezite riskinden de korunmuş olur.
- Anne sütü hem ekonomiktir hemde anneler için büyük bir konfordur (Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2016; CDC, 2021; Kaya Sağlık, D. 2019).
- Anne sütü ile beslenme, besin gereksiniminin yanı sıra anne bebek bağlanmasında sağlar (Er Güneri, S. 2015).
- Anne sütü, bebekleri enfeksiyondan ve beslenme yetersizliği bağlı ölme riskinden korur (Kurtçu, Ü. 2017).

1.4 ÖZEL DURUMLARDA EMZİRME

Yenidoğan ile ilgili bazı sınıflandırmalar Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Kadın Hastalıkları Doğum Akademisi (ACOG) tarafından belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

A) Doğum haftalarına göre tanımlama

- 1) **Prematüreler**; Annenin son adet tarihinin başlamasından sonra 37 gebelik haftasının son günü (259. gün) tamamlanmadan doğan bebeklerdir.
- 2) **Term (miyad)**; 38 haftayla 42. Hafta arasında doğanlar.
- 3) **Post-term (postmatürite)**; 43. Haftadan daha büyük doğanlar

B) Doğum ağırlığına göre tanımlama

Düşük Doğum Ağırlıklı (DDA):2500 gram ve altı doğanlar
Çok Düşük Doğum Ağırlıklı (ÇDDA): 1500 gram ve altı doğanlar),
Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı (ADDA):1000 gram ve altı doğanlar ise
 bebek olarak adlandırılır.

C) Doğum ağırlığının gebelik yaşına uygunluğuna göre tanımlama

- 1) 10 ile 90. persentil arasında olanlar gebelik yaşı (GY)’na uygun (**appropriate for gestational age = AGA**),
- 2) 10. persentil altında olanlar GY’na göre küçük (**small for gestational age = SGA**)
- 3) 90. persentilin üstü olanlar ise GY’na göre büyük yenidoğanlar (**large for gestational age = LGA**) olarak tanımlanır.

Bu tanımlar sayesinde bebeklerin risk sınıflandırılması yapılarak bir bütün olarak ele alınması sağlanır ve tanı tedavileri bir standarta göre uydulanır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Prematüre, düşük doğum ağırlıklı, yenidoğanlar son ayda plesentadan geçecek olan bazı koruyucu immünolojik maddelerden eksiktirler bu nedenle onlar için anne sütü çok önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Her bebeğin anne sütü farklı olduğu için Prematüre doğmuş bir bebeğinde sütü term bebeğinden farklı içeriktedir.

Özellikle Ig A, laktoferrin ve lizozim, bağışıklık elemanı, hücre ve yüksek protein düzeyi içermektedir. Bundan dolayı özellikle prematüre yenidoğanın kolostrum alması hayati öneme sahiptir. Bu bebekler aynı zamanda matür sütte daha fazla kaloriye, vitamin, mineral ve proteine ihtiyaç duyduklarından matür süt içeriği oranları daha fazladır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Yenidoğanda anne sütü bebekleri enfeksiyonlardan ve hastalıklardan korur ve bağırsak başta olmak üzere gelişimini tamamlamamış birçok organ ve sistemlerini geliştirecek büyüme faktörleri içerir. İçerdiği bütün besin elemanlarının sindirimini ve emilimlerini kolaylaştıran enzimler içerir. Bilişsel gelişim ve beyin gelişimi için Beyin gelişimini ve bilişsel işlevlerini artıran özel esansiyel yağ asitleri içerir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Gebelik haftası 30 haftadan düşük yenidoğanlar nazogastrik sonda ile beslenmesi gerekmektedir. Günün belli saatlerinde anne yeni doğanı kucağına alarak ten tene teması kanguru bakımını yapmalıdır. Gebelik haftası 30-32

haftalık olan yenidoğanlarda ise beslenmesi kaşık la yada kapla yapılmalıdır. 32 hafta üzerinde ise emme refleksi geliştiğinden emmeleri sağlanmalıdır (Akkuzu 2021).

1.4.1 EMZİRMENİN KONDRAENDİKE DURUMLARI

Yenidoğanın anne sütü almaması gerektiği durumlar çok azdır.

- Anne de alkol tüketimi & uyuşturucu madde tüketimi varsa,
- Aktif veya tedavi edilmemiş insan T- cel lenfotik virüs tip I-II taşıyıcılığı varsa,
- Aktif veya tedavi edilmemiş varicella varsa,
- Annede ileri dercede konjenital kalp hastalığı varsa,
- Yenidoğanda galaktozemi varsa,
- Annede tüberkuloz ve HIV varsa

Annenin yenidoğanı emzirmemesi gerekmektedir (Akkuzu 2021).

1.4.2 EMZİRMEDE PROBLEMLERİ

Annede oluşan meme sorunlarının erken dönemde fark edilip tanı ve tedavilerini yapılması oldukça önemlidir.

Tanı ve tedavide geç kalınırsa meme ucunda çatlaklarda aşırı ağrı, meme ucunda kanama ve bunları takiben yetersiz süt üretimi, mastitis ve tıkalı meme gibi meme sorunları ortaya çıkar (Jackson ve ark., 2017; Kent ve ark., 2015). Bu sorunları takiben annede stres oluşur. Stresin oksitosin hormonun üretimini baskılaması nedeniyle emzirme sekteye uğrar. Bu nedenlerden dolayı annelerin kliniğe başvurması durumunda basit bir basit bir meme sorunu olarak ele alınmaması gerekir (Şahin ve ark.,2013).

Emzirme sorunları hem anneden hemde bebekten kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenlerin başında bebeye doğru yerleştirmemesidir. Özellikle doğum sonrası hemen emzirilmeye başlanmaması özellikle müdahalelei doğum oranlarının artması etkisiz ve yetersiz beslenmeyi, meme başı çalak oluşumunu memenin içe çökük veya olması, süt retansiyonunu, memede apse oluşumuna, mastit gibi meme sorunlarına neden olarak emzirme sürecini negatif olarak etkilemektedir (Kaya ve ark., 2018).

1.5LAKTASYON DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

İyi bir laktasyonel bakım, anneyi ve çevresini bir bütün olarak ele alarak antenatal dönemden başlayıp emzirmenin son bulacağı dönemde kapsamalıdır.

Etkili emzirmede devamlılığı sağlamanın önemli faktörü doğum şekli ile birlikte emzirmeye başlama süresidir. Herhangi bir endikasyon olmadığı sürece gebe ve ailesiyle vajinal doğumun emzirmede erken başlamada önemli bir rol oynadığı anlatılmalıdır (Onat, G. 2018).

1.5.1 EMZİRME EĞİTİMİ

Laktasyonel dönemde emzirmenin etkili bir şekilde başlatılıp, sürdürülmesi, korunması, özendirilmesi ve desteklemesi için bilgilerin güncellenmesi, ve yöntemlerin özelliklerinin emzirme üzerine yararları ve yan etkilerinin bilinip ona göre bakım planlanması için doğum ve kadın sağlığı hemşirelerine ve ebelerle büyük görevler düşmektedir. Bu kapsamda emzirme danışmanlığının planlı bir uygulama ile birlikte ve düzenli aralıklarla tabibinin yapması etkin emzirme başarısında büyük önem taşımaktadır. Emzirme eğitimindev anneyi bir bütün olarak ele almalı annenin çevresi ve kültürel özellikleri dikkate alınarak emzirme eğitimi planlanmalı ve uygulanmalıdır (Yazıcı ve ark., 2020). Başarılı ve etkin emzirme için annenin hem fiziksel hemde ruhsal sağlığının emzirme için uygun olması oldukça önemlidir (Aktürk ve Kolcu 2023). Emzirme başarısının artırılmasında annenin kendine güvenmesi ve doğru emzirme tekniği büyük önem taşır (Öztürk ve ark 2022). Diğer bir deyişle annenin kendine güvenmesi, annenin bebeğini emzirme becerisine olan güvenini ifade etmektedir (Gerçek ve ark 2017). Annenin kendine olan güveni arttıkça emzirme sürecide olumlu olarak etkilenir (Gerçek ve ark 2017) ve annelerin emzirme süreçleri ile ilgili yaşayacakları anksiyete, kaygı, meme ucunda ağrı ve sütün yetmemesi gibi durumlar annenin emzirme öz yeterliliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Öztürk ve ark 2022).

1.5.2 EMZİRME POZİSYONLARI

Emzirme pozisyonu öğretirmek memeyi desteklemede kullanılan C tekniğini öğretmek önemlidir ve bu teknik etkili emmeyi sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).



Resim 5 C Tutuşu (Sağlık Bakanlığı, 2018).

-Baş parmakla memenin üstünden bastırılıp kalan diğer parmaklarla meme alttan desteklenmelidir.



Resim 6 Emzirme Pozisyonları (Sağlık Bakanlığı, 2018).

1. **Kucak pozisyonu:** bebeğin yüzü memeye dönük ve yatay olmalıdır, başı ise dirsek kısmına poposuda elin içinde olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2. **Ters kucak:** diğer teknikten farkı dirsekte değil, diğer elinin avuç içine doğru yaslanmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2018).

3. **Futbol tutuşu:** Ters kucak tekniğinin farkı başı koltukaltına kaymıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). İkiz doğum ve sezeryan ile yapılan doğum sonrası uygundur (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4. **Yatarak emzirme:** Annenin yan yatması sağlanır. Bu pozisyonda amaç anne konforudur. Bebek ise anne tarafına döndürülüp yan yatırılır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

1.5.3 LAKTASYON SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Laktasyon sürecini olumsuz yönde etkileyen ve laktasyonun sonlanmasına neden olan sorunların başında yeter süt üretimi gelmektedir. bunun akabinde annelerin bebeğin doymadığını ve bebeğin emeyi etkin ememediğini düşünceleri emzirmeyi bırakma nedenleri arasında yer almaktadır (Safon, ve ark. 2017). Bu sorunların ise düz/çökük meme ucu, engorjman, meme başında hassasiyet, memede ağrı, meme ucunda çatlak, süt salınımının azalması, tıkalı meme, mastit, memede abse ve memede enfeksiyon gelmekte ve emzirme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Karaçam ve ark.2018, Raghavan ve ark.2012). Bebeğin büyüme gelişmesinin normal sınırlarda olmasına karşın bazı yanıltıcı belirtiler ve söylemler anneleri yetersiz süt algısına yönlendirmektedir. Bunlar genellikle; annenin memelerinin küçük olması, bebeğin sık sık ağlayıp huzursuz olması, oksitosin refleksini hissedememe, hayal ettiği süt miktarını sağamama, bebeğin verdiği

bazı ipuçlarını yanlış yorumlama, memelerde dolgunluk hissedilmemesi, bebeğin memede kalma süresinin azalması, iki emzirme periyodu arasında süt sızınmaması, bebeğin sık emmek istemesi ve çevre desteğinin tutumu olarak sıralayabiliriz (Çalışkan & Altınkaynak 2019; Gölbaşı ve ark., 2018; Gözükara, 2014; Hill ve ark., 2007; Karaçam, 2008; Kural & Boran 2018)

Hemşireler ve ebeler Laktasyon sürecini değerlendirirken;

1. Anne ile ilgili gözlemler neler?
2. Anne bebeğini tutuş şekli nasıl?
3. Bebekle ilgili gözlemler neler?
4. Bebeğin tepkisi nasıl?
5. Bebeğin memeye yerleşme şekli nasıl?
6. Annenin emzirme sürecinde memeyi tutuş şekli nasıl?
7. Bebeğin memeyi tutuş şekli nasıl?
8. bebek etkili emme kriterlerini karşılıyor mu?
9. Emzirme siklusu nasıl bitiyor?
10. Bebek tatmin olma durumu nasıl?
11. Annenin memelerin durumu nasıl?
12. Annenin emzirme ile ilgili duygu ve düşünceleri nasıl?

Sorulara cevap arayıp ona göre bakım planlamadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

1.5.4 LAKTASYON DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIM

Anne sütünü arttırmak için yapılan bazı uygulamalar; kanguru bakımı, sırt masajı, yoga, meme masajı, kompresyon, akupunktur, akupresür, gevşeme egzersizleri, müzik terapi, aromaterapi, bitkisel çay kullanımı, galaktagoglar ve hipnoemzirme teknikleridir (Sarı ve ark. 2017, Varışoğlu ve ark. 2019). Emzirmeye bağlı oluşan meme sorunlarının giderilmesinde kullanılan yöntemler ise; zeytinyağı, lanolin krem, nane jeli, aloe vera jeli, hidrojel pansuman, silikon meme başı kalkanları, anne sütü, meme ucunun temiz ve kuru tutulması, sıcak çay kompresi ve sıcak nemli komprestir (Amir ve ark. 2014, As'adi ve ark.2017, Eshgizade ve ark2016, Jackson ve ark. 2016, Vieira ve ark. 2017).

EMZİRME SORUNLARI	HEMŞİRELİK BAKIMI
Sütün Yetmediği Düşüncesi & Yetersiz Süt Üretimi	Genellikle annelerde bebeğine sütünün yetmediği düşüncesi vardır. Bu düşüncenin akabinde annelerin bebeklerine erken ek gıdaya geçişlerini hızlandırarak bebeğin erken dönemde anne sütünden ayrılmasına neden olmaktadır (Kaya ve ark., 2018). Bu durumda annenin süt üretimi olumsuz yönde etkiler. Bebeğin emme kalitesi ve emme miktarı süt üretiminde önemli bir noktadır (Kurtçu, Ü. 2017).
Engorjman	Engorjmanın üç temel bileşeni vardır. Bunlar vaskülyasyonda artış, süt birükimi ve lenfatik drenajın tıkanıklığına bağlı ödemdir (Kaya ve ark., 2018). Anne sütünün fazla miktarda üretmesi, bebek emzirme sikluslarının dengesizliğiemzirilmeme süresinin uzaması, etkin emzirilmeme gibi nedenlerden dolayı engorjman meydana gelebilir. Memede rahatsızlık hissi (dolgunluk ve tıkanıklık) olduğunda bebek etkin emzirilmeli, bebek etkin ememiyorsada el veya süt sağma makinesi ile memeler boşaltılmalı anne süt inişini kolaylaştırması için ılık suyla duş almalıve duş sonrasında ödem ve meme ağrısını zasltnmak için suğuk uygulama yapması tavsiye edilir. Akabinde anne memesine ve sırta masaj yapıp annenin rahatlaması sağlanmalıdır (Yalnızoğlu Çaka, S, ve ark. 2017)

Ağrılı Meme Ucu
&
Meme Ucu Çatlağı

Emzirme sürecinde annelerin en çok karşılaştığı sorunların başında gelir. Meme ucu ağrısının en önemli nedeni bebeğin memeye doğru yerleştirilmemesinden ve etkin kavrayamaması sonucunda meme ucunun travmaya uğraması sebebiyle oluşmaktadır (Kaya ve ark., 2018). Laktasyon süreci devam ederken bozulmuş dokunun onarılması uzun ve zorlu süreçleri kapsar. Bu nedenle önlemleri önceden alınmalı ve doku bütünlüğü korunmalıdır (Kaya Sağlık, D. (2019).

Meme ucu çatlakları ve ağrı için koruyucu önlemler:

- Emzirme siklusun ağrının az olduğu memeden başlanmalıdır.
- Emzirme siklusu kısa ve sık aralıklarla yapılmalıdır. Doğru emzirme teknikleri ve pozisyonları kullanılmalıdır. Memeden süt hangi yöntemle boşaltılıyorsa (el ile ya da süt sağma makinesi) uygun teknik kullanılmalıdır.
- Emzirme bittikten sonra meme uçlarına anne sütü sürülüp, açık havada kendiliğinden kuruması sağlanmalıdır. Herhangi bir kimyasal madde (Islak mendil, sabun) sürülmemesi gerekir irritasyona neden olacağından için memeler ılık su ile temizlenmelidir (Yalnızoğlu Çaka, S, ve ark. 2017).
- Meme ucu doku bozulduğu çatlaklarının zeytinyağı, çay kompresi lanolin, aleo vera gibi uygulamalar da kullanılabilir (Durmuş, A, 2020)

Düz veya Çökük Meme Ucu	Meme başı ve çöküklüğü emmeye engel bir durum değildir. Çünkü bebek memeye doğru bir şekilde yerleştirilirse emmenin kuvvetiyle negatif basınç altında meme ucu belirginleşir. Bu durum anneye anlatılmalı ve annenin kaygıları giderilmelidir (Yalnızoğlu Çaka, S, ve ark. 2017). Meme ucunuda oluşan bu durumun emzirmeye engel olmayacağı anneye anlatılmalı biberon ya da formül mamalar ile beslenmeye yönlendirilmemelidir (Uyar Hazar, H, 2017).
Süt Retansiyonu	Üretilen sütün herhangi bir nedenle boşaltılmaması sonucu memedeki süt kanalları tıkanması sonucunda süt retansiyonu görülür. Memede süt retansiyonundan etkilenen bölgede ısı artışı, ödem, ağrı ve eritem görülür (Kaya ve ark., 2018, Kaya Sağlık, D. 2019). Bu durumu gidermek için anneye ılık su ile duş alması, meme, sırt ve boyun masajı yapması önerilir (Uyar Hazar, H, 2017)
Mastit	Memede, bakteriyel enfeksiyon veya bakteriyel olmayan bir ya da birden fazla meme segmentinin iltihaplanmasıdır. Mastit gelişiminde emzirme siklusunun süresinin kısa olması, gece ise emzirme aralarının uzun olması, etkin emememe sonucunda memenin boşaltılamaması, aşırı süt üretimi, anne ile bebeğin ayrılması, emzik veya biberon kullanımı etkilidir. Annede mastit gelişiminin önlenmesinde ve tedavisinde emzirmenin sık aralılarla ve etkin bir şekilde yapılması sıcak

	uygulamanın yapılması ve meme yeteri kadar boşaltılmıyor ise el veya süt sağma pompasıyla sütün boşaltılması önerilmektedir (Kaya ve ark., 2018).
Meme Apsesi	Meme apsesi genellikle tedavi edilmemiş mastitin yada geç veya etkisiz tedavisinden kaynaklanır (Kaya ve ark., 2018). Meme apsesi oluşununda etkisiz ve yetersiz emzirme, mastit oluşumu, emzirmenin sonlandırılması en büyük etkindir. Memelerde şişme, kızarıklık ve ağrı mevcuttur. Tedavi sırasında emzirmeye devam edilmelidir eğer bebek almak istemezse süt boşaltılmadır (Yalnızoğlu Çaka, S, ve ark. 2017). Doğru emzirme teknikleri ve doğru ve uygun meme bakımı anneleri meme apsesinden korumaktadır. Meme apsesinin tedavisinde tıbbi ve cerrahi müdahaleler kullanılarak apsenin drenajı sağlanır. Meme apsesinin gelişimin önlenmesi için uygun meme bakımı ve doğru emzirme tekniklerinin uygulanması önem taşımak olup, meme apsesinde tıbbi ve cerrahi müdahale de uygulanabilmektedir (Kaya Sağlık, D. (2019).
Candida Enfeksiyonu	Halk arasında pamukçuk olarak bilinen Candida albicans enfeksiyonu, deride yara ve kaşıntıya neden olan bir durumdur (Sağlık Bakanlığı, 2018). En tipik belirtiilerinden biriside emzirmeden sonra da devam eden yanma ve iğne batması hissidir. Anne, memesinin derinlerine şişler sokuluyormuş gibi hisseder. Deri

	kızarıp, parlar ve pul pul olur. Meme ucu ve çevresinin rengi açılabilir. Bazen meme ucu normal görünebilir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Kandida enfeksiyonu, genellikle iltihap ya da başka rahatsızlık tedavisinde antibiyotik kullandıktan sonra görülür. Bebeğin yerleşmesi iyi ise, buna karşın meme ucunda yaralar devam ediyorsa kandida'dan şüphelenebilirsiniz. Bebekte pamukçuk kontrolü yapın. Yanaklarının içinde ya da dilinde beyaz lekeler olabilir. Hem anne hem de bebeğe aynı anda tedavi verilir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Annede vajinal kandida ya da bebekte diaper dermatit de olabilir. Bu iki durum da sorgulanıp tedavi edilir. Bebeğin emzik, annenin de meme kılıfı gibi şeyleri bırakmasını öğütleyin. Kullanıyorlarsa her gün 20 dakika süreyle kaynatmalarını ve haftada bir değiştirmelerini söyleyin. Memede ped kullanımı varsa sık sık değiştirmesini önerin. Pamuklu sutyen tercih edilmesini, sutyenin günlük olarak değiştirilmesini ve sabun ile sıcak suda yıkanmasını önerin. Çocuğun bezinin değiştirilmesinden sonra, tuvaletten sonra el yıkamasını hatırlatın (Sağlık Bakanlığı, 2018).
--	---

Tablo 1: Emzirme Sorunları Ve Hemşirelik Bakımı

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bebeklik dönemi ileriki yaşamı derinden etkilemekte ve beslenme açısından ise oldukça (Çaka YS, ve ark. 2017). Yenidoğanda anne sütü alımı; doğumdan itibaren ilk altı aylık süreçte hayati öneme sahiptir. Çünkü bebek için yeterli ve dengeli tüm besin maddelerini içeren, sağlıklı büyüme gelişmeyi sağlayan, mortalite ve morbilite riskini azaltan en doğal besindir (Bransburg-Zabary S, ve ark 2015, Victora CG, ve ark 2016). Aynı zamanda başta beslenme olmak üzere, psikolojik, immünolojik ve gelişimsel olarak tüm sistemleri olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca ekonomik, toplumsal ve sosyal yönüyle de birçok faydası vardır (Horta BL, ve ark 2015, Irmak N. 2016, Köksal G, ve ark. 2017, Oktar Ö, ve ark. 2018). Dünya sağlık örgütü saydığımız birçok nedenden dolayı anne sütü alımını altın standart olarak kabul etmektedir (WHO 2018).

Doğum sonu dönem, kadın ve ailesinde önemli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde, kadın ve ailesine en yakın olan sağlık çalışanı hemşireler ve ebelerdir. Sağlık profesyonelleri ebe ve hemşireler; annenin fiziksel, psikolojik ve kültürel ihtiyaçlarını dikkate alarak annenin bireysel gereksinimleri ve beklentilerine göre bir bütün halinde bakım planlamalı ve uygulamalıdır (Köksal G, ve ark. 2017). Annelerin tedavi, bakım ve izlem sürecinde aktif rol alan hemşire ve ebeler, emzirmeyi gündelik yaşantılarına, iş ve sosyal yaşantılarına nasıl entegre etmeli konusunda yol göstermelidirler. Emzirme ile ilgili eğitimler antenatal dönemde öğretilmeli, postpartum dönemde de emzirme ile ilgili eğitimler verilmeli, annelerin bebeklerini emzirmeleri gözlenmeli, emzirme ile ilgili yanlış bilgiler doğruları ile düzeltilmeli ve eğitimlerin akılda kalıcılığına yönelik kontroller yapılmalıdır. Sağlık personelleri bu doğrultuda kendi eğitimlerini kanıta dayalı araştırma sonuçları ile güncellemelidir (Özkara, H, ve ark. 2016).

Toplumsal yaşamda annenin emzirmesini olumlu yönde destekleyen ve bebeğin anne sütü ile beslenme hakkını koruyan süt izinleri, sosyal ve iş yaşamında emzirme, süt sağma ve bebek bakımının sağlanabileceği odalarının varlığı bir gereklilik olarak görülmektedir. Emzirmenin sağlanmasında ve etkin sürdürülmesinde eş ve aile desteği de çok önemli olduğu için laktasyon sürecine ailenin katılımı sağlanmalıdır (Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2016).

KAYNAKÇA

- Aktürk NBK, Kolcu M, 2023. The effect of postnatal breast feedineducation given to women on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 69, 8, e20230217.
- Akkuzu G, 2021. Yenidoğanın beslenmesi. In: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Eds: Taşın L. Akademisyen Kitabevi,2023 XVII. Basım p.501
- Amir Ali Akbardi S, Alamolhoda SH, Baghban AA, Mirabi P. Effects of menthol essence and breast milk on the improvement of nipple fissures in breastfeeding women. *J Res Med Sci* 2014;19:629-33.
- As'adi N, Kariman N, Mojab F, Pourhoseinholi MA. The effect of Saez (*Pistacia atlantica*) ointment on nipple fissure improvement in breastfeeding women during onemonth follow-up. *Avicenna J Phytomed* 2017;7(6):477-485.
- Bransburg-Zabary S, Virozub A, Mimouni F. Human milk warming temperatures using a simulation of currently available storage and warming methods. *PLoS One* 2015;10(6):e0128806.
- Center for Disease Control and Prevention. CDC Releases 2018 Breastfeeding Report Card, August 20, 2018. (Erişim Tarihi: 23.11.2025). <https://www.cdc.gov/media/releases/2018/p0820-breastfeeding-reportcard.html>
- Center for Disease Control (2021). Breastfeeding is an investment in health, not just a lifestyle decision. (25/11/2025 tarihinde <https://www.cdc.gov/breastfeeding/about-breastfeeding/why-it-matters.html> adresinden ulaşılmıştır).
- Çaka YS, Topal S, Altınkaynak S. Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics* 2017;3(2):120-8.
- Çalışkan, S.G., & Altınkaynak, S. (2019). Emziriyorum Bebeğim Doymuyor: Yetersiz Süt Algısı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2), 1-9.
- Durmuş, A, Can Gürkan, Ö. Erken postpartum dönem meme sorunlarında kanıt temelli tamamlayıcı ve destekleyici bakım uygulamaları. *Ordu*

- Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2020; 3 (2), 185-192.
Doi:10.38108/ouhcd.761903
- Er Güneri, S. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 4 (3), 482-496.
- Eshgizade M, Moghaddam MB, Moghaddam HM, Mahmoudian A, Mesbah M. Comparison of the effect of olive oil, aloe vera extract and breast milk on healing of breast fissure in lactating mothers: a randomized clinical trial. Qom Univ Med Sci J 2016;10:19-27.
- Gerçek E, Sarıkaya Karabudak S, Ardiç Çelik N, Saruhan A, 2017. The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. Journal of Clinical Nursing,26, 7-8, 994-1004.
- Gonzalez-Darias A, Diaz-Gomez NM, Hernandez-Perez C, Rodriguez-Martin S, Aguirre-Jaime A. (2020). ‘Supporting a first-time mother’ Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. Midwifery, 85, 102687.
- Gölbaşı, Z., Eroğlu, K., Kaya, D. (2018). Doğum Yapan Kadınların Anne Sütü ve Emzirme Mitlerine İnanma Durumlarının Belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2), 32–43.
- Gözükara, F. (2014). Emzirmenin Başarılmasında Anahtar Faktör: Baba Desteğinin Sağlanması ve Hemşirenin Roller. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3), 289-296.
- Global Nutrition Targets (2025). Availablke Erişim tarihi 23. 11.2025 from:https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/n
- Hill, P.D., Aldag, J.C., & Zinaman, M.C.R. (2007). Predictors of Preterm Infant Feeding Methods and Perceived Insufficient Milk Supply aWeek 12 Postpartum. Journal of Human Lactation, 23(1), 32–38.
- Horta BL, Loret DE, Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 2015;104(467):14-9.
- Jackson KI, Dennis CI. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. Maternal Child Nutrition 2016;1(1):1-10.
- Jackson KT, Dennis CL. (2017). Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: arandomized controlled trial. Maternal & Child Nutrition, 13, 3-14.

- Karaçam, Z. (2008). Factors Affecting Exclusive Breastfeeding Of Healthy Babies Aged Zer Oto Four Months: A Community-Based Study Of Turkish Women. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 341–349.
- Karaçam Z, Sağlık M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Turk Pediatri Ars* 2018;53(3):134-48.
- Kartal, T., ve Gürsoy, E. (2020). Sürdürülebilir kalkınma amaçlarında (2015-2030). Emzirmenin önemi ve Türkiye’deki mevcut durum ışığında hemşireye düşen görevler. *Lokman Hekim Journal*, 10 (2):147-153.
- Kaya, Z, Dişli, B, Rathfisch, G. Laktasyon sürecini desteklemede tamamlayıcı tıp uygulamaları ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2018; 15 (4), 262-268.Doi:10.5222/HEAD.2018.262
- Kaya Sağlık, D. (2019). Emzirme döneminde meme başı sorunlarının önlenmesinde, zeytinyağı, anne sütü ve temiz kuru tutma yöntemi kullanılarak yapılan meme bakımı yöntemlerinin etkinliğinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar: T.C. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, Menon LL, Scott C, Mather-McCaw G, Navarro K, Geddes DT. (2015). Nipplepain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (10), 12247–12263.
- Kırca AŞ, Hür S, 2022. Emzirme Gerçeği. In: Anne Sütü ve Emzirme Üzerine Bir Rehber Ebeler ve Hemşireler İçin. Eds: Reyhan FA, Dağlı E. Vize Yayıncılık, p. 1-23.
- Kural, B., Boran, P. (2018). “Sütüm Yetmiyor” Diyen Anneye Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri*, 14(4), 305–309.
- Kurtçu, Ü. Süt yapımı üzerine etkili faktörler nelerdir? *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2017; 2 (2), 361-374.
- Küçükoglu S, Çelebioğlu A, Özdemir AA, 2022. Anne Sütü ve Emzirme. In: Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Eds: Nazik E. Akademisyen Kitabevi, p. 499-526.
- Köksal G, Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi, 6. Baskı Hatiboglu yayınları, 2017,31-32.

- Köksal, G. ve Gökmen, H. (2000). Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
- Kültürsay, N., Bilgen, H. ve Türkyılmaz, C. (2014a). Türk Neonatoloji Derneği Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi, 5-20.
- Kültürsay, N., Bilgen, H. ve Türkyılmaz, C. (2014b). Türk Neonatoloji Derneği prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi, 5-12
- Leahy-Warren, P., Mulcahy, H., Phelan, A., Corcoran, P. (2013). Factors Influencing Initiation And Duration Of Breastfeeding In Ireland. Midwifery, doi: 10.1016/j.midw.2013.01.008. [Epub ahead of print].
- Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği (2016). Obstetrik uygulamaların bir bileşeni olarak emzirme desteğinin en iyi duruma getirilmesi. (24/11/2025 tarihinde <https://www.tmfpt.org/fi-les/acog-diyor-ki/emzirme-destegi-25082016.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
- Onat, G. Emzirmeyi Kolaylaştırıcı Uygulamalar ve Laktasyonel Bakım Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2018;4(2):131-46
- Safon C, Keene D, Guevara WJU, Kiani S, Herkert D, Munoz EE, et al. Determinants of perceived insufficient milk among new mothers in León, Nicaragua. Matern Child Nutr 2017;13(3):16-25.
- Şahin H, Yılmaz M, Aykut M, Balci E, Sağiroğlu M, Öztürk A. (2013). Kayseri’de iki toplum sağlığı merkezine başvuran annelerde emzirme sorunları ve risk etmenleri. Türk Pediatri Arşivi. 48, 145-151.
- Sari LP, Salimo H, Budihastuti UR. Optimizing the combination of oxytocin massage and hypnobreastfeeding for breast milk production among post-partum mothers. Journal of Maternal and Child Health 2017;2(1):20-29.
- Şatır G, Çelik M, Kemhacıoğlu M. (2017). Emzirme döneminde olan annelerin bebek besleme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 24(3), 60-66.
- Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Lemiengre J. (2016). Supporting breastfeeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. Midwifery, 37, 32-40
- Suárez-Cotelo MDC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Arias BF, Novío S, 2019. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 53, e03433.

- Özkara, H, Eren Fidancı, B, Yıldız, D, ve ark. Emzirme danışmanlığı. TAF Preventive Bulletin, 2016; 15 (6), 551-555. Doi: 10.5455/pmb.1-1436701913
- Özkan H, Karakoç H, 2021. Yenidoğan beslenmesi. In: Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. Eds: Genç RE, Özkan H. Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, p. 87-107.
- Öztürk R, Ergün S, Özyazıcıoğlu N, 2022. Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a quasi-experimental study. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 56, e20210428.
- Uyar Hazar, H, Uzar Akça, E. Doğum sonrası erken dönemde emzirme problemi: olgu sunumu. Sağlık ve Toplum, 2017; 27 (3), 64-70.
- Raghavan V, Bharti B, Kumar P, Mukhopadhyay K, Dhaliwal L. First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: Prevalence and predictors in a tertiary care setting. Indian J Pediatr 2014;81:743–750.
- Reyhan FA, Dağlı E, 2022. Anne Sütünün Biyokimyası ve İmmünolojik Önemi. In: Anne Sütü ve Emzirme Üzerine Bir Rehber. Ebeler ve Hemşireler İçin. Eds: Reyhan FA, Dağlı E: Vize Yayıncılık, p. 41-51.
- Irmak, N. (2016). Anne Sütünün Önemi ve İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Vermeyi Etkileyen Unsurlar. The Journal of Turkish Family Physician, 07(2), 27-31.
- Işık HK, Arça G. (2019). Anne sütü ve emzirmeye ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1(3), 221-228.
- T.C Cumhurbaşkanlığı mevzuat bilgi sistemi. Hemşirelik Yönetmeliği 2010. Erişim tarihi: 01.12.2025, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=>
- T.C Sağlık Bakanlığı Emzirme Danışmanlığı Uygulayıcı Kitabı 2018. Erişim Tarihi 23.11.2025 <https://egitim.saglik.gov.tr/Egitim/Emzirme-Danismanligi-Egitimi-a189b180>
- Tiryaki Ö, Altınkaynak S, 2021. Emzirme danışmanlığında hemşirenin rolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30, 3.
- Oktar Ö, Çoskun MA, Bostancı S. Anne sütü mucize olmaya devam ediyor. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2018;10(3):228-37.

- Uçar, Z., & Yılmaz, H.Ö. (2020) Laktasyon Döneminde Beslenme: Enerji ve Makro Besin Öğeleri. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, 2(1), 37-46.
- Uğurlu M, Yavan T. (2016). The effectiveness of breastfeeding education: An integrative review. Journal of Behavioral Health, 5(4), 182-190.
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere 2020. Erişimtarihi: 23.11.2025, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf>.
- WHO, Guidelines On Optimal Feeding Of Low Birth Weight Infants In Low- And Middleincome Countries, 2011.(Erişim Tarihi: 23.11.2025).https://www.who.int/maternalchild_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/
- World Health Organization (WHO). Breastfeeding 2020. Erişim tarihi: 23.11.2025,https://www.who.int/healthtopics/breastfeeding#tab=tab_1.
- Varişoğlu Y, Güngör Satılmış İ. Preterm doğumlarda anne sütü ve anne sütünü artırmaya yönelik alternatif yöntemler. İzmir Democracy University Health Sciences Journal 2019;2(2):99-113.
- Vieira F, Delalibera DCF, Mota Correa Castral T, Guimaraes JV, Marques Salge AK, Bachion MM. Effects of anhydrous lanolin versus breast milk combined with a breast shell for the treatment of nipple trauma and pain during breastfeeding: A randomized clinical trial. j midwifery womens health 2017;62:572–579.
- Victora CG, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21 st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016;387(10017):475-490.
- Yalnızoğlu Çaka, S, Topal, S, Altınkaynak, S. Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar.Türkiye Klinikleri Journal Pediatric Nursing-Special Topics, 2017; 3 (2), 120-128.
- Yazıcı, S., Kaya, L., & Kaya, Z. (2020). Breast problems in mothers with their babies in neonatal intensive care units. J Health Pro Res,2(3): 121-127.

- Yılmaz C, Taşpınar A. (2016). Doğum sonrası erken dönemde ebeveynlere verilen emzirme eğitiminin bebeklerin ilk altı ay anne sütü alma durumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 25-34.
- Yılmaz M, Aykut M, 2021. The effect of breastfeeding training on exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet, 34, 6, 925-32.

BÖLÜM 9

PRENATAL BAKIMDA EBE VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Bilim Uzmanı Sevgi AKBUZ¹

Öğr. Gör. Feray BUCAK²

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18145117>

¹ Develi Hatice Muammer Kocatürk Aile Sağlığı Merkezi, Kayseri, TÜRKİYE
sevgimerva@gmail.com. <https://orcid.org/0000-003-4703-1878>.

² Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, TÜRKİYE
feraykabalcioglu@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2453-8310>.

ÖZET

Prenatal bakım, anne ve fetüsün kısa ve uzun vadeli sağlık sonuçlarını doğrudan etkileyen, gebelik süresince sunulan en kritik sağlık hizmetlerinden biridir. Bu bakım süreci; yalnızca klinik izlem ve laboratuvar değerlendirmeleriyle sınırlı olmayıp, beslenme danışmanlığı, psikososyal destek, sağlık eğitimi, risk değerlendirmesi ve uygun sevk zincirini içeren bütüncül bir yaklaşımı kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün “pozitif gebelik deneyimi” modeli, prenatal bakımın teknik boyutlarının yanı sıra kadının özerkliği, saygılı bakım, bilgilendirilmiş onam ve hizmete erişilebilirlik ilkelerini merkeze almaktadır.

Bu bölümde, prenatal bakımda ebe ve hemşirelerin rolleri; uluslararası rehberler, güncel bilimsel kanıtlar ve yasal düzenlemeler ışığında kapsamlı biçimde ele alınmıştır. Ebe ve hemşireler, düşük riskli gebeliklerde birincil bakım sağlayıcısı olarak antenatal izlemi yürütürken; yüksek riskli gebeliklerde risklerin erken tanınması, uygun yönlendirme ve multidisipliner bakımın koordinasyonunda kilit rol üstlenmektedir. Kanıta dayalı bakım yaklaşımları doğrultusunda gerçekleştirilen sekiz temaslı antenatal izlem modeli; maternal ve perinatal morbidite ile mortalite oranlarının azaltılmasında etkili bir strateji olarak vurgulanmıştır.

Bölümde ayrıca antenatal tarama protokolleri, fetal sağlık izlemi yöntemleri, gebelikte bağışıklama, ilaç kullanımı ve teratojen maruziyeti, psikososyal destek ve mental sağlık değerlendirmeleri ayrıntılı biçimde tartışılmıştır. Ebe ve hemşirelerin, yalnızca klinik bilgi ve beceriye değil; etkili iletişim, empati, kültürel duyarlılık ve etik sorumluluk bilincine sahip olmalarının bakım kalitesini artırdığı belirtilmiştir. Sonuç olarak bu bölüm, prenatal bakımda ebe ve hemşirenin bütüncül, kadın-merkezli ve kanıta dayalı rolünü ortaya koyarak, anne-bebek sağlığının iyileştirilmesinde bu profesyonellerin vazgeçilmez konumunu vurgulamaktadır.

1.GİRİŞ

Gebelik dönemi, anne ve fetüsün yaşam boyu sağlık sonuçlarını doğrudan etkileyebilen biyolojik, psikososyal ve çevresel birçok etkene maruz kaldığı kritik bir dönem olup, bu süreçte sunulan nitelikli prenatal bakım maternal ve perinatal morbidite ile mortalitenin azaltılmasında belirleyici bir

rol oynadığı bilinmektedir. Prenatal bakım, yalnızca tıbbi değerlendirme ve laboratuvar incelemelerini değil; beslenme danışmanlığı, psikososyal destek, sağlık eğitimi, doğum planlaması ve uygun sevk zincirinin işletilmesini içeren çok boyutlu bir bakım modelidir (WHO, 2016).

WHO'nun “pozitif gebelik deneyimi” kavramsal modeli, antenatal bakımın teknik içeriklerinin yanı sıra kadının özerkliğini, saygın muamele görmesini, sosyal destek sürecini ve hizmete erişilebilirliği de antenatal bakımın ayrılmaz bileşenleri olarak tanımlar (WHO, 2016; WHO, 2019).

Prenatal bakımın koruyucu etkisine ilişkin epidemiyolojik kanıtlar nitelikli bir prenatal bakımın neonatal sağlığı iyileştirdiğini göstermektedir. Örneğin, Wondemagegn ve ark. (2018) tarafından gerçekleştirilen sistematik derleme ve meta-analiz, antenatal bakım alan gebelerin bebeklerinde neonatal ölüm riskinin yaklaşık %34 azaldığını göstermiştir. Bu tür kanıtlar, antenatal bakımın yalnızca klinik izlem değil; aynı zamanda halk sağlığı açısından yaşam ve ölüm oranlarını etkileyen temel bir müdahale olduğunu ortaya koymaktadır

Ayrıca, literatürde ve uluslararası kılavuzlarda öne çıkan bir başka anlayış da prenatal bakımın “sağlıklı, güvenli ve saygılı” bir deneyim sağlamaya yönelik olması gerektiğidir; bu yaklaşım, klinik sonuçların iyileştirilmesinin yanı sıra anne adaylarının psikososyal refahı ve doğum deneyimi memnuniyetini de hedeflemektedir

Bu bağlamda, prenatal bakım hizmeti sunan profesyonellerin — özellikle ebeler ve hemşirelerin— yalnızca teknik ve klinik yetkinliklere değil; aynı zamanda iletişim, eğitim verme ve psikososyal destek sağlama becerilerine de sahip olmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Prenatal bakımın sadece tıbbi bir takipten ibaret olmadığı; anne-bebek sağlığının, toplumsal sağlık çıktılarının ve sonraki nesillerin refahının temel belirleyicilerinden biri olduğu; dolayısıyla ebeler ve hemşirelerin bu bakımın merkezinde konumlanarak hem teknik hem de empatik becerilerle holistik bir yaklaşım benimsemeleri gerekmektedir.

Bu bölümde prenatal bakımda görev alan ebe ve hemşirelerin rollerini, yetkinliklerini ve yasal sorumluluklarını, antenatal tarama protokolleri, fetal izlem, yüksek riskli gebeliklerde bakım ve psikososyal destek bileşenleri, uluslararası kanıt ve rehberler ışığında ele alınacaktır.

2. Prenatal Bakımın Kavramsal Çerçevesi ve Uluslararası / Güncel Standartlar

2.1. Prenatal bakımın tanımı ve kapsamı

Prenatal bakım (antenatal bakım, ANC), gebelik süresi boyunca maternal ve fetal sağlığı korumayı, gebeliğe bağlı riskleri erken tanılamayı ve önlemeyi; beslenme, danışmanlık, psikososyal destek ve sağlık eğitimi gibi hizmetleri içeren çok boyutlu sistematik bir sağlık hizmeti bütünüdür

Bu bütüncül yaklaşım, yalnızca biyomedikal müdahaleleri değil; anne-bebek sağlığını, psikososyal iyilik hâlini, doğum deneyimini ve yaşam kalitesini kapsayan geniş bir bakım çerçevesi sunar (Tunçalp et al., 2017).

2.2. Pozitif gebelik deneyimi ve hak temelli yaklaşım

WHO'nun pozitif gebelik deneyimi modeli, gebeliği “doğal bir yaşam süreci” olarak ele alır; saygılı bakım, mahremiyet, bilgilendirilmiş onam, kadının özerkliği ve destekleyici bakım ilkelerini merkezine alır (WHO, 2016).

Kadınların sağlık kuruluşlarında kötü muamele görmesine ilişkin küresel ölçekte yürütülen sistematik derlemeler, saygılı bakımın antenatal hizmetlerin kalitesinde belirleyici olduğunu göstermektedir (Bohren et al., 2015).

2.3. Antenatal bakımın sürekliliği: “Continuum of Care” yaklaşımı

Prenatal bakımda üreme sağlığı bakım zincirinin (continuum of care) Gebelik öncesi dönem → gebelik → doğum → postpartum bakım zincirinin kesintisiz yürütülmesi, anne ve bebeğin sağlık sonuçlarını iyileştirmede kritik öneme sahiptir (Masi et al., 2017).

2.4. Güncel Standartlar — Ziyaret / İletişim (contacts) sayısı

WHO'nun 2016 antenatal bakım modelinde, önceki bazı modellerin yerini alarak düşük-orta riskli gebelikler de dâhil olmak üzere gebelik süresince **en az sekiz antenatal bakım temasının (contacts)** yapılmasını önermektedir; bu öneri, artan temas sıklığının kadınların bakım deneyimini ve perinatal sonuçları iyileştirebileceği kanıtına dayanmaktadır. WHO rehberi ayrıca her bir temasta verilmesi önerilen temel hizmetleri ve

politika/organizasyonel önlemleri tanımlayarak ülkelerin rehberleri yerel koşullara göre adaptasyonunu destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.

2.5. Temel bileşenler ve bakım içeriği

Nitelikli antenatal bakım; maternal ve fetal değerlendirme (ör. öykü, fizik muayene, gestasyonel değerlendirme), beslenme ve mikronutrient desteği (ör. demir-folik asit veya uygun alternatifleri), temel laboratuvar testleri, uygun tarama programları, aşı uygulamaları (ulusal programlara göre), psikososyal destek ve danışmanlık, doğum hazırlığı eğitimi, yaşam tarzı/davranış değişikliği danışmanlığı ve risk-sevk planlamasını içerir.

Güncel sistematik derlemeler, gebelik süresince günlük demir ve folik asit desteğinin maternal anemi sıklığını ve demir eksikliğini azalttığını; bununla birlikte veri kalitesine göre diğer maternal/yenidoğan çıktıları üzerine etkilerin değişkenlik gösterdiğini raporlamaktadır.

Buna ek olarak, gebelik döneminde uygulanan çoklu mikronutrient takviyelerinin çocukların büyüme, metabolik ve kardiyovasküler sağlık göstergeleri gibi uzun dönem sağlık sonuçları üzerinde potansiyel olarak olumlu etkilerle ilişkili olabileceğini ortaya koyan sistematik derleme ve meta-analizler bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütüne Göre Prenatal İzlemlerde Gebelere Uygulanması Gereken İşlemler

İşlem Türü	İçerik	Önemi	Kaynak
Kan ve İdrar Tahlilleri	Kan Tahlilleri: Hemogloblin, hematokrit, kan grubu, Rh faktörü, enfeksiyon testleri (HIV, Hepatit B, sifiliz). İdrar Testleri: Protein, glukoz, idrar yolu enfeksiyonları.	Gebelik sırasında anemi, enfeksiyonlar ve diğer komplikasyonları erken tespit etmeye yardımcı olur. Kan grubu ve Rh uyumsuzluğu, doğum sonrası komplikasyonları önlemeye yardımcı olur.	Dünya Sağlık Örgütü (WHO), <i>Antenatal Care Recommendations</i> , 2016 <u>WHO</u>
Bağışıklama	Tdap Aşısı (Boğmaca, Difteri, Tetanoz): Gebelikte 27-36. haftalar arasında. Grip Aşısı: Eylül-Kasım aylarında önerilir. Hepatit B Aşısı: Gebelikte riskli gruptakilere yapılabilir.	Gebelikte bağışıklık sistemi zayıfladığı için enfeksiyonlardan korunma önemlidir. Boğmaca, grip ve hepatit B gibi enfeksiyonlar hem anneye hem de bebeğe zarar verebilir.	World Health Organization (WHO), <i>Immunization in pregnancy</i> , 2018 <u>WHO</u> <u>Immunization</u>
Takviyeler	Folat (Folic Acid): Gebelik öncesi ve sırasında günlük 400 mcg. Demir ve Kalsiyum Takviyeleri: Anemi, kemik gelişimi ve	Folat, nöral tüp defektlerini önler. Demir takviyesi, gebelikte anemi riskini azaltır. Kalsiyum, kemik sağlığını korur.	World Health Organization (WHO), <i>Maternal Nutrition and</i>

	osteoporozu önler. Vitamin D: Kemik sağlığı için gereklidir.	Vitamin D, bağışıklık sistemini güçlendirir.	<u>Supplementation, 2016 WHO Nutrition</u>
Fetal İzleme	Ultrason (Anatomik Tarama): 18-22. haftalarda yapılır. Non-Stres Testi (NST): Gebeliğin ilerleyen haftalarında fetal kalp atışı izlenir.	Fetal gelişim bozukluklarını erken tespit etmek, doğum risklerini azaltmak için önemlidir. NST, fetal sağlık durumunu takip eder.	World Health Organization (WHO), <i>Antenatal Care Guidelines</i> , 2016 <u>WHO Antenatal Care</u>
Psikosoyale Destek	Psikolojik Değerlendirme: Anksiyete, depresyon ve stres izlenmesi. Eğitim ve Danışmanlık: Doğum, emzirme ve bebek bakımı hakkında eğitim verilmesi.	Gebelikte psikolojik destek, annenin ruh sağlığını iyileştirir, gebelik sürecini daha sağlıklı hale getirir. Eğitim, annenin doğum ve sonrası için daha hazırlıklı olmasını sağlar.	WHO, <i>Antenatal Care and Mental Health</i> , 2017 <u>WHO Mental Health</u>

3. Ebe / Hemşirenin Kapsamı, Yetkinlikleri ve Yasal-Sorumlulukları

Ebelik / hemşirelik temelli bakım (midwifery/nurse-led care) modelleri; gebelik, doğum ve postpartum süreçlerinde yalnızca rutin izlemi değil — anne-bebek sağlığının sürekliliğini, güvenliğini ve bütüncül bakımını sağlamayı hedefleyen kanıta dayalı bakım yaklaşımlarıdır (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Bu modellerin, bakım yaklaşımı ve hizmet kapsamlarının açık tanımı; bakım kalitesi, hasta güvenliği ve etik uygulama açısından kritik öneme sahiptir.

3.1 Temel Rol ve Kapsam

3.1.1.Birincil bakım sağlayıcısı (Primary care provider):

Ebe/hemşire; düşük-risk gebeliklerde antenatal bakım, doğum ve postpartum izlemi üstlenerek birincil bakım sağlayıcısı olabilir. Meta-analizler, midwifery-led (ebe liderliğinde bakım) care ile sezaryen, epizyotomi gibi müdahalelerin azaldığını, spontan vaginal doğumun ve maternal / neonatal sonuçların genelde iyi olduğunu göstermektedir (Sandall vd., 2016; Sandall vd., 2024).

3.1.2.Eğitici ve danışman (Educator & counsellor): Midwife-led bakım modelleri, yalnızca klinik izlemi değil, aynı zamanda gebe ve aileye doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası danışmanlık, bilgilendirme ve anne-bebek sağlığı eğitimi sağlamayı da içerir. Bu bütüncül bakım yaklaşımı, kadın-merkezli bakım anlayışının temelini bileşenlerinden biridir (World Health Organization, 2016; Renfrew, McFadden, Bastos vd., 2014).

3.1.3.Risk değerlendirme, yönlendirme ve bakım koordinasyonu:

Ebe/hemşireler, normal gebelik ve doğumun izlenmesinin yanı sıra **riskli durumların erken tanınması**, uygun sevk mekanizmalarının işletilmesi ve **multidisipliner bakımın koordinasyonunda** kilit rol oynar. Düşük riskli gebeliklere dayalı bakım modellerinde, komplikasyon geliştiğinde hızlı, etkin ve koordineli müdahale sistemlerinin kurulması önerilmektedir.

3.1.4.Kadın-/Aile-merkezli bütüncül bakım: Midwifery-led bakım; biyomedikal izlemin ötesinde psikososyal destek, saygılı bakım, bilgilendirilmiş onam, kadın haklarına saygı, doğum tercihleri ve aile katılımı gibi insani ve etik boyutları da içerir (World Health Organization, 2018; Renfrew vd., 2014).

3.2. Yetkinlikler — Bilgi, Beceri ve Uygulama Kapasitesi

3.2.1.Klinik bilgi ve halk sağlığı yeterliliği: Ebe/hemşirelerin sadece obstetrik-prenatal fizyoloji bilgisine değil; halk sağlığı, toplum sağlığı, anne-bebek beslenmesi, emzirme danışmanlığı, aile planlaması ve sağlık sistemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekir (International Confederation of Midwives [ICM] Essential Competencies).

3.2.2.Kanıtı dayalı bakım ve sürekli mesleki gelişim: Midwifery-led care, güncel bilimsel kanıtlara dayandırılmalı; bakım protokolleri, rehberler, güncel literatür izlenmeli; mesleki gelişim ve yeniden beceri kazandırma süreçleri olmalıdır. Bu, bakım güvenliği ve kalitesinin sürdürülebilirliği açısından zorunludur (NICE antenatal bakım rehberi, WHO antenatal bakım önerileri, güncel sistematik derleme ve meta-analizler).

3.2.3.Etkili iletişim, empati ve kültürel duyarlılık: Kadın-merkezli bakımın temel bileşeni; anne adayları ve aileleriyle güven, saygı, bilgilendirme, karar alma, kültürel ve bireysel duyarlılık gerektirir. Bu yaklaşım, doğum deneyimi, anne memnuniyeti ve psikososyal süreçler açısından önemlidir (Bohren, Vogel, Hunter vd., 2015; Renfrew vd., 2014).

3.2.4.Bakım koordinasyonu, kayıt/dokümantasyon ve sistem entegrasyonu: Midwifery-led modellerde bakım sürekliliğini sağlamak için etkili dokümantasyon, kayıt sistemi, sevk & konsültasyon mekanizmaları ve multidisipliner ekip entegrasyonu gereklidir. Bu yapı, bakım kalitesi, hasta güvenliği ve sistem verimliliği açısından gereklidir (ICM Essential Competencies; WHO önerileri).

3.3. Yasal & Düzenleyici Çerçeve ve Profesyonel Sorumluluk

Her ülkede ebe/hemşirelik uygulamalarının kapsamı (*scope of practice*) ve mesleki görev sınırları, ulusal yasal ve düzenleyici kurullar tarafından açık biçimde tanımlanmalıdır. Bu çerçevede, **normal gebelik ve doğumun yönetimi ile düşük riskli gebeliklerde ebe liderliğinde bakım modellerinin uygulanması**, ebelerin temel sorumluluk alanları arasında yer alırken; **komplikasyon veya artmış risk durumlarında uygun düzeyde tıbbi müdahale, sevk ve multidisipliner bakım mekanizmalarının** etkin şekilde işletilmesi gerekmektedir. Midwifery-led bakım modellerinin güvenli ve etkili biçimde uygulanabilmesi için, **hizmet standardizasyonu, kalite güvencesi, etik ilkeler, hasta hakları ve profesyonel sorumlulukların** düzenleyici çerçeve içerisinde açık ve hesap verebilir biçimde tanımlanması zorunludur. (*World Health Organization, 2016; International Confederation of Midwives, 2019; ulusal düzenleyici belgeler*)

EBE VE HEMŞİRENİN KAPSAMI, YETKİNLİKLERİ VE YASAL SORUMLULUKLARI		
Boyut / Başlık	ICM: Uluslararası Standartlar (2021–2024)	Türkiye: Ebelik Yönetmeliği ve Ulusal Düzenlemeler (2024)
1. Mesleki Rolün Tanımı	Ebe, kadınların üreme sağlığına yönelik tüm süreçlerde bağımsız bir sağlık profesyoneli ve gebelik, doğum, postpartum dönemin yönetiminden sorumludur (ICM, 2021).	Ebe, gebelik, doğum ve postpartum döneme ilişkin bakım vermek, izlemeler yapmak ve danışmanlık sunmakla sorumlu bir sağlık meslek mensubudur (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
2. Uygulama Kapsamı	Gebelik izlemi, taramalar, risklerin değerlendirilmesi, doğumun fizyolojik olarak yönetilmesi ve annelik bakımının sürdürülmesi temel kapsam alanıdır (ICM, 2021).	Gebe izlem protokollerinin uygulanması, doğum eyleminin takibi, normal doğumun yaptırılması ve yenidoğan değerlendirmesi uygulama kapsamına dahildir (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
3. Klinik Karar Verme Yetkisi	Ebelerin klinik karar verme süreçleri bağımsızdır; riskli durumlarda sevk ve danışma yükümlülüğü vardır (ICM, 2021).	Ebe, normal gebelik ve doğumu yönetebilir; riskli durum saptadığında hekime bildirme ve sevk sorumluluğu taşır (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
4. Temel Klinik Yetkinlikler	Gebelik değerlendirmesi, fetal iyilik değerlendirme yöntemleri, acil obstetrik durumların tanınması, doğum yönetimi ve postpartum bakım temel yetkinliklerdir (ICM, 2019).	Fetal kalp tepe atımı değerlendirme, fundus yüksekliği ölçümü, doğum eylemi evrelerinin izlenmesi ve postpartum anne–bebek bakım hizmetleri temel yetkinliklerdir (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
5. Kanıta Dayalı Uygulama	Ebelerin uygulamalarını güncel sistematik derlemeler ve klinik rehberler doğrultusunda yürütmesi zorunludur (ICM, 2021).	Ebe, Sağlık Bakanlığı rehber ve protokollerine uymakla yükümlüdür; güncel bilimsel kanıtları dikkate alarak bakım verir (Ebelik Yönetmeliği, 2024).

6. Profesyonel Sınırlar	Ebe, kendi yetkinlik ve yetki sınırlarını bilir; tıbbi müdahaleler gerektiren durumlarda sevk eder (ICM, 2021).	Mesleğin kapsamı dışında tıbbi işlem yapamaz; riskli doğumu yönetemez (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
7. Danışmanlık ve Eğitim Rolü	Gebelere yaşam tarzı, doğuma hazırlık, laktasyon ve yenidoğan bakımında eğitim verme görevi vardır (ICM, 2019).	Gebe bilgilendirme, doğuma hazırlık sınıflarında eğitim ve laktasyon danışmanlığı görevleri mevzuat kapsamında belirtilmiştir (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
8. Etik Sorumluluklar	Dürüstlük, gizlilik, özerkliğe saygı ve kültürel duyarlılık profesyonel etik yükümlülüklerdendir (ICM, 2021).	Hasta mahremiyetine uyma, bilgilendirilmiş onam alma ve mesleki etik kurallara uyma yasal zorunluluktur (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
9. Yasal Sorumluluklar	Mesleki uygulamalar ulusal düzenlemeler ve uluslararası etik kodlar çerçevesinde yürütülür (ICM, 2021).	Ebeler, mevzuata aykırı uygulamalardan hukuki olarak sorumludur; kayıt tutma yükümlülüğü vardır (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
10. Kayıt Tutma ve Dokümantasyon	Bakım süreçlerinin eksiksiz belgelenmesi profesyonel zorunluluktur (ICM, 2021).	Elektronik kayıt sistemlerine işleme, izlem formlarını eksiksiz doldurma yasal yükümlülük olarak tanımlanır (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
11. İş Birliği ve Sevk Mekanizması	Ebeler multidisipliner ekip içinde çalışır; riskli vakaların zamanında sevkı esastır (ICM, 2021).	Hekim ve diğer profesyonellerle iş birliği yapar; riskli durum tespitinde sevk ve bilgilendirme sorumluluğu vardır (Ebelik Yönetmeliği, 2024).
12. Sürekli Mesleki Gelişim	Ebelerin sürekli eğitim, yetkinlik güncelleme ve profesyonel gelişime katılımı zorunludur (ICM, 2021).	Hizmet içi eğitimlere katılım ve mesleki gelişimi sürdürme yükümlülüğü bulunmaktadır (Ebelik Yönetmeliği, 2024).

ICM Global Standards ve Türkiye Mevzuatı Karşılaştırma

4. Antenatal Değerlendirme: Klinik Uygulamalar & Tarama Protokolleri

4.1. Temel İlkeler ve Ziyaret / Takip Sıklığı

Gebelik süresince anne ve fetus sağlığını en iyi şekilde izlemek ve desteklemek amacıyla, World Health Organization (WHO)'nun 2016 yılında yayımladığı antenatal bakım rehberi, gebelik boyunca toplam **sekiz antenatal temas (contact / ziyaret)** yapılmasını önermektedir (World Health Organization, 2016).

Bu sekiz ziyaret, ideal olarak şu zamanlarda planlanabilir: ilk temas 12. gebelik haftasına kadar, sonraki temaslar ise yaklaşık 20., 26., 30., 34., 36., 38. ve 40. haftalarda olabilir; bu şema, önceki dört ziyaretten oluşan geleneksel modele kıyasla maternal ve perinatal ölüm-morbidite oranlarının azalmasına katkı sağlayabileceği için önerilmiştir (World Health Organization, 2016).

Her antenatal temasta yalnızca laboratuvar testleri değil; aynı zamanda anamnez, fizik muayene, danışmanlık, yaşam tarzı değerlendirmesi, risk analizi ve gerektiğinde sevk planlaması gibi çok boyutlu bir yaklaşım izlenmelidir; bu sayede gebelik dönemi yalnızca izlenen değil, aynı zamanda desteklenen bir süreç hâline gelir (World Health Organization, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

4.2. İlk Ziyaret (Booking / Tanı Ziyareti) — Klinik Uygulamalar ve Değerlendirmeler

İlk antenatal ziyaret — ideal olarak gebelik tanısının konduğu veya gebeliğin doğrulandığı erken dönemde — mümkünse ilk trimester içinde yapılmalıdır (World Health Organization, 2016). Bu ziyarette ayrıntılı anamnez alınmalı; annenin (ve varsa partnerin) tıbbi geçmişi, önceki gebelik, düşük, abortus ya da gebelik dışı gebelik öyküsü, kronik hastalıklar, genetik/ailesel hastalık öyküsü, sosyal ve yaşam tarzı faktörleri değerlendirilmelidir; bu risk değerlendirmesi, sonraki izlem planlaması için kritik önemdedir (World Health Organization, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Fizik muayene ve temel antropometrik ölçümler yapılmalıdır: boy, kilo (ve vücut kitle indeksi), tansiyon; ayrıca uterus fundus yüksekliği, uygun durumda fetal kalp atımı (Doppler veya

alternatif yöntemlerle) ve genel fiziksel muayene ile maternal riskler ve gebelik takibinin temeli oluşturulmalıdır. Laboratuvar testleri olarak tam kan sayımı (özellikle anemi izlemi), kan grubu + Rh / antikor taraması, bulaşıcı hastalık testleri (örneğin HIV, hepatit, sifiliz gibi), uygun risk faktörleri varsa kan şekeri taraması ve gerekli diğer testler yapılmalıdır. İdrar analizi; proteinüri ve/veya idrar yolu enfeksiyonu gibi durumları erken saptamak için booking ziyareti sırasında önerilmektedir. Ultrasonografik değerlendirme — özellikle ilk trimesterde bir “dating scan” ile gebelik yaşı, çoğul gebelik varlığı ve temel fetal yapı kontrolü yapılması — gebeliğin doğru takibi ve planlanması açısından önerilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Ayrıca, anne adayına gebeliğin beklenen seyri, beslenme, mikronutrient desteği (örneğin demir ve folik asit), yaşam tarzı, doğuma hazırlık ve doğum sonrası bakım hakkında danışmanlık ve eğitim verilmelidir; bu, kadın-merkezli ve bilgilendirici bakım anlayışının bir parçasıdır. Bu ilk ziyaretin amacı, gebeliğin risk profilini ortaya koymak ve ileriki kontroller ile tarama protokollerini bu temele göre kişiselleştirmektir (World Health Organization, 2016).

4.3. İkinci Antenatal İzlem (≈ 20-26. Gebelik Haftası)

İkinci antenatal izlem genellikle 20. gebelik haftası civarında planlanır ve gebeliğin orta dönemine özgü risklerin değerlendirilmesine odaklanır. Bu izlemde temel amaç; fetal anatomik gelişimin değerlendirilmesi, maternal iyilik hâlinin izlenmesi ve gebeliğin seyri hakkında danışmanlığın sürdürülmesidir.

Bu ziyarette anamnez güncellenmeli; önceki izlemde bu yana gelişen semptomlar, kanama, enfeksiyon bulguları, fetal hareket algısı ve psikososyal durum değerlendirilmelidir. Maternal kilo artışı, kan basıncı ölçümü, uterin fundus yüksekliği ve fetal kalp atımı izlenmelidir.

Bu dönemde yapılan detaylı fetal ultrasonografi (18–20. haftalar), fetal anatomik yapıların değerlendirilmesi, plasenta yerleşimi ve amniyotik sıvı miktarının incelenmesi açısından önerilmektedir. Danışmanlık kapsamında fetal hareketlerin izlenmesi, beslenme, kilo alımı ve mikronutrient destekleri ele alınmalıdır.

4.4. Üçüncü Antenatal İzlem (≈ 26–30. Gebelik Haftası)

Üçüncü antenatal izlem 26–30. gebelik haftaları arasında gerçekleştirilir ve gestasyonel diyabet, hipertansif bozukluklar ve anemi gibi geç ikinci trimester risklerinin erken saptanmasını amaçlar. Bu izlemde maternal kan basıncı, kilo, ödem varlığı ve uterin fundus yüksekliği değerlendirilmelidir. Fetal kalp atımı izlenmeli ve fetal büyüme düzenli olarak takip edilmelidir. WHO ve NICE rehberleri doğrultusunda gestasyonel diyabet taraması risk faktörlerine göre yapılmalıdır. Tam kan sayımı ile anemi taraması ve idrar analizi ile proteinüri/enfeksiyon değerlendirmesi önerilmektedir. Psikososyal durumun gözden geçirilmesi ve erken doğum belirtileri hakkında danışmanlık verilmesi bu izlemde önemli yer tutar.

4.5. Dördüncü Antenatal İzlem (≈ 34–40. Gebelik Haftası)

Dördüncü antenatal izlem genellikle 34. gebelik haftası civarında planlanır ve doğuma hazırlık sürecinin yapılandırıldığı kritik bir aşamadır. Bu izlemde maternal ve fetal iyilik hâlinin değerlendirilmesi ve doğum planlaması ön plandadır. Bu ziyarette fetal hareketlerde azalma, preeklampsi belirtileri, vajinal kanama ve erken doğum semptomları sorgulanmalıdır. Maternal kan basıncı, kilo, ödem ve uterin fundus yüksekliği değerlendirilirken fetal prezentasyonun belirlenmesi önemlidir. WHO ve NICE, bu dönemde doğum yeri seçimi, doğum tercihleri, emzirme, doğum sonrası bakım ve acil durum belirtileri hakkında kapsamlı danışmanlık verilmesini önermektedir. Bu izlem, kadın-merkezli bakımın güçlendirildiği bir aşamadır.

Önerilen Antenatal Değerlendirme & Tarama Protokol Taslağı (Özet Şema)

Zaman Dönem	Yapılması önerilen değerlendirmeler / testler
İlk ziyaret ($\leq 12-14$ haftalık)	Anamnez + risk öyküsü, tam fizik muayene, vital bulgular, kilosu/ boyu, kan grubu + Rh, tam kan sayımı, bulaşıcı hastalık taramaları, idrar tahlili, ultrason (dating), beslenme-yaşam tarzı danışmanlığı, demir/folik asit desteği gibi öneriler
18-24 hafta arası	Fetal gelişim kontrolü, ultrason / fetal anatomi taraması, rutin izlem (vital, fundus yüksekliği, fetal kalp atımı), danışmanlık, gerekirse genetik / anomaliler için ileri tarama
28-32 hafta arası	Kan sayımı / demir durumu kontrolü, idrar + idrar kültürü / idrar tahlili, glikoz tolerans testi (gestasyonel diyabet için), izlem + danışmanlık, fetal gelişim takibi
36-38 hafta arası	Anemik kontrol, kan grubu / antikor kontrolü (Rh uygunsuzluğu varsa), fetal büyüme ve pozisyon kontrolü, vital + muayene, gerekirse USG/doppler, danışmanlık Haftalık (veya protokole göre) izlem, fetal iyilik izleme (NST / BPP gibi), doğum planlaması, doğum öncesi hazırlık, danışmanlık, doğum + yenidoğan için ön hazırlık, aşılama / mikronutrient desteği takibi

Ülke	1. Trimester (0–12 hafta) — temel test/işlemler	2. Trimester (13–26 hafta) — temel test/işlemler	3. Trimester (27–40 hafta) — temel test/işlemler	Özel durumlar / ek tetkikler
Türkiye	- İlk başvuru: gebelik testi, tam kan sayımı, kan grubu/Rh, rutin kan kimyası (demir, TSH gerekirse), idrar tahlili. - Erken ultrason: gebelik kesesi, canlılık, kan grubu/Rh, rutin kan kimyası (demir, TSH gerekirse), idrar tahlili. - Risk değerlendirilmesi: gerektiğinde erken genetik tarama.. (sinopataturkdh.saglik.gov.tr)	- 20 hafta anatomi (detaylı) ultrasonu. - Glukoz/gestasyonel diyabet taraması: ulusal rehberler genelinde 24–28 hafta aralığını belirtir (yüksek risk varsa erken test de yapılabilir). - Kan basıncı, idrar, fetal kalp atışı izlemi. (sinopataturkdh.saglik.gov.tr)	- Haftalık/artan aralıklarla izlem (Leopold manevrası, fetal pozisyon, büyüklük takibi). - NST/CTG gerektiğinde; fetal sağlık izlemi; doğum planlaması. (sinopataturkdh.saglik.gov.tr)	- Preeklamps/hipertansiyon riski, gebelikte diyabet, fetal anormali şüphesi: ek vizitler, doppler, fetal ekokardiyografi, daha sık NST/CTG. (sinopataturkdh.saglik.gov.tr)
ABD (ACOG/ NICE kaynaklı özet)	- İlk başvuru: gebelik testi, tam kan sayımı, kan grubu/Rh, hepatit/HIV/sifiliz taramaları, idrar. - Erken prenatal genetik taramaları (isteğe/riske göre). - 10–13 haftada bazı tarama seçenekleri (kombine test vb.). (Acog)	-20 hafta (yaklaşık 18–22 hafta) anatomik ultrason. - Gestasyonel diyabet taraması: 24–28 hafta (ACOG iki adımlı veya tek adımlı yaklaşım hakkında öneriler sunar). - Rutin kan/ıdrarda takip. (Acog)	-Haftalık ya da risk bazı takip; fetal hareket takibi, NST/CTG gerektiğinde. - Doğum öncesi eğitim, doğum planı hazırlama. (Acog)	- Yüksek riskli gebeliklerde özel izlem: fetal ekokardiyografi, daha sık ultrason ve glukoz/kan basıncı takibi. (Acog)

Ülke	1. Trimester (0–12 hafta) — temel test/işlemler	2. Trimester (13–26 hafta) — temel test/işlemler	3. Trimester (27–40 hafta) — temel test/işlemler	Özel durumlar / ek tetkikler
İngiltere (NHS / NICE)	- Booking visit: kan testleri (kan grubu, tam kan sayımı, hepatit/HIV/sifiliz), idrar; risk değerlendirilmesi. - Erken gebelik ultrasonu gebelik haftası ve canlılık için. (nhs.uk)	- ~20 hafta detaylı anatomi (20 haftalık tarama). - OGTT (OGTT/OGCT) yalnızca riskli veya NICE kılavuzuna göre 24–28 hafta aralığında önerilebilir; bazı yerel uygulamalarda tarama yaklaşımı farklılık gösterebilir. (nhs.uk)	- Düzenli antenatal kontroller; fetal sağlık izlemi; gerekirse NST/CTG; doğum planı. (nhs.uk)	- Yüksek riskli gebeliklerde artan takip sıklığı, uzman (tertiary) yönlendirme; erken OGTT veya sürekli glukoz izlemi gibi ek uygulamalar. (nth.nhs.uk)
Almanya (Mutterschaftsrichtlinie , G-BA / RKI özet)	- İlk başvuru: gebelik testi, kan testleri (kan grubu/Rh, tam kan sayımı, enfeksiyon taramaları), ultrason ile erken tespit. - Mutterpass ile düzenli kayıt ve takip. (gyn-schlosskanal.de)	- 20. hafta anatomi taraması; G-BA yönergeleri kapsamında taramalar. - Gestasyonel diyabet taraması: genelde 24–28 hafta arası; Almanya iki adımlı GCT (50 g) sonra gerekirse OGTT uygulaması ile yaygın bir uygulamadır. (PMC)	- Düzenli sağlık izleme; doğum planlama ve doğum sonrası eğitim. - Gerekirse doppler ve fetal ekokardiyografi (özellikle anormali/şüphe varsa). (gyn-schlosskanal.de)	- Fetal gelişim bozuklukları, preeklampsi, doğum öncesi komplikasyonlarda ek testler; G-BA yönergelerine göre yönlendirme. (PMC)

Ülke	1. Trimester (0–12 hafta) — temel test/işlemler	2. Trimester (13–26 hafta) — temel test/işlemler	3. Trimester (27–40 hafta) — temel test/işlemler	Özel durumlar / ek tetkikler
Fransa (HAS / RESEAU perinatal özetleri)	- İlk başvuru: rutin kan testleri (grup, tam kan), enfeksiyon taramaları, idrar; erken ultrason ile gebelik yaşı tayini. - Risk bazı genetik taramalar. (<u>Haute Autorité de Santé</u>)	-20–24 hafta arasında morfolojik (anatomik) ultrasonu (Fransa rehberleri genelde 20 hafta civarını vurgular). - Gestasyonel diyabet taraması yaklaşımları: 24–28 hafta civarı önerilir; Fransa’da yöntemin bir-veya iki adımlı olması tartışmalı ve kurum bazı uygulama farklılıkları vardır. (<u>Haute Autorité de Santé</u>)	- Fetal sağlık izlemi, doğum planlaması, gerekirse daha sık takibin yapıldığı klinik yönetim. (<u>reseauperinatmed.fr</u>)	- Preeklampsi, fetal anomali, diyabet gibi durumlarda ek tetkikler (Doppler, fetal ekokardiyografi, daha sık NST/CTG). (<u>reseauperinatmed.fr</u>)

4.6. Rutin Antenatal İzlem & Tarama Protokolleri (Takip Ziyaretleri)

Gebelik süresince, her antenatal temasta anne tansiyonu, maternal genel muayene, uterin büyüme (fundus yüksekliği), fetal kalp atımı ya da fetal hareket izlemeleri, annenin kilo değişimi ve genel sağlık durumu değerlendirilmelidir; bu, maternal hipertansiyon, fetal büyüme geriliği veya preeklampsi gibi risklerin erken tanısı için gereklidir (World Health Organization, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Tam kan sayımı ve anemi takibi rutin olarak gözden geçirilmeli; gerekirse demir veya uygun mikronutrient desteği verilmelidir. İdrar analizi / idrar kültürü ve gerekiyorsa enfeksiyon taramaları; özellikle idrar yolu enfeksiyonu veya proteinüri riski varsa, periyodik olarak yapılmalıdır. Gestasyonel diyabet taraması; gebelik sırasında risk faktörleri bulunan kadınlarda, genellikle **24–28. gebelik haftaları** arasında 75 gram 2-saatlik oral glukoz tolerans testi (OGTT) ile önerilmektedir. Fetal anatomik yapı taraması için ultrasonografik değerlendirme, genellikle **18+0 – 20+6 haftaları** arasında yapılmalıdır; bu sayede yapısal anomaliler, plasenta yeri ve diğer önemli fetal bulgular tespit edilebilir (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Ek ultrason, Doppler ya da fetal iyilik-durum testleri (örneğin Non-Stress Test, Biyofizik Profil, Doppler ultrasonografi vb.) yalnızca risk faktörü varlığında ya da fetal büyüme geriliği, çoğul gebelik, plasenta anomalisi gibi durumlarda önerilir; tüm gebeliklerde rutin olarak uygulanması uluslararası rehberlerde zorunlu değildir. Gebelik süresince anne adayına günlük demir ve folik asit gibi mikronutrient desteği; ayrıca bölgesel ve ulusal aşılama programlarının izin verdiği durumlarda uygun aşı takibi (örneğin tetanoz) önerilmektedir (World Health Organization, 2016).

4.7. Risk Sınıflandırması ve Sevk / Yönlendirme Kriterleri

Takip sürecinde aşağıdaki durumlar riskli gebelik olarak değerlendirilip — standart antenatal bakım yeterli görülmezse — sevk veya ileri değerlendirme yapılmalıdır:

- Önceki gebeliklerde komplikasyon öyküsü: düşük, erken doğum, preeklampsi/eclampsia, intrauterin büyüme geriliği (IUGR), fetal kayıp veya genetik/kromozomal anomaliler. Bu tür bir geçmiş,

standart bakım yeterliliğini sorgulatır ve daha yakın izlem veya sevk gerektirir (World Health Organization, 2016).

- Maternal kronik hastalıklar: hipertansiyon, diyabet, böbrek hastalığı, ciddi anemi vb. Bu durumlarda izlem daha sık, özel testler ve gerekirse multidisipliner bakım planlanmalıdır (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; World Health Organization, 2016).
- Ultrason veya tarama testlerinde saptanan anormallikler: çoğul gebelik, plasenta anomalisi, fetal malformasyon, büyüme geriliği, oligohidramnios vb. Bu durumlarda ileri düzey obstetrik bakım ve perinatal değerlendirme için sevk gerekebilir (World Health Organization, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).
- Gebelik sırasında maternal komplikasyon gelişimi: preeklampsi / hipertansiyon, gestasyonel diyabet, idrar yolu enfeksiyonu veya diğer tıbbi/sosyal sorunlar. Bu tür durumlarda bakım sıklığı artırılmalı; gerektiğinde yatırılmış bakım veya uzman sevk düşünülmalıdır (World Health Organization, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).
- Sosyoekonomik, çevresel veya psikososyal risk faktörleri: yetersiz beslenme, yetersiz bakım desteği, düşük erişim, psikososyal stres veya destek eksikliği gibi durumlar; bu tür durumlarda sosyal hizmet, danışmanlık veya toplumsal destek programlarına yönlendirme yapılmalıdır (World Health Organization, 2016).

5. Fetal Sağlık İzlemi

Fetal sağlık izlemi, gebelik süresince fetüsün büyüme, gelişme ve iyilik hâlinin sistematik olarak değerlendirilmesini amaçlayan bütüncül bir klinik süreçtir. Bu yaklaşım; antenatal bakımın temel bileşenlerinden biri olarak, **Dünya Sağlık Örgütü (WHO)**, **Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG)** ve **Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE)** tarafından yayımlanan uluslararası rehberler doğrultusunda yapılandırılmaktadır (World Health Organization, 2016; National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

Fetal izlemin temel amacı; **fetal hipoksi, intrauterin gelişme geriliği, yapısal anomaliler ve fetal stres bulgularının** mümkün olan en erken dönemde tanımlanarak, uygun klinik izlem, ileri değerlendirme veya müdahale planının oluşturulmasını sağlamaktır. Antenatal fetal surveillans, özellikle riskli gebeliklerde perinatal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021).

5.1. Fetal Kalp Atışlarının İzlenmesi

Fetal kalp atım hızı (FHR), fetüsün oksijenlenme durumu ve genel iyilik hâlinin değerlendirilmesinde kullanılan en temel klinik göstergelerden biridir. Normal bazal fetal kalp atım hızının **dakikada 110–160 atım** arasında olması beklenir (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021).

Fetal kalp atım hızı, gebeliğin erken dönemlerinde genellikle **ultrasonografik yöntemlerle**, ikinci ve üçüncü trimesterlerde ise **Doppler cihazları aracılığıyla auskültasyon** yoluyla değerlendirilebilir (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021).

FHR değerlendirmesi, **rutin antenatal izlemlerin ayrılmaz bir parçası** olup; fetal distress şüphesi, maternal sistemik hastalıklar, intrauterin büyüme geriliği veya diğer yüksek riskli gebelik durumlarında **daha sık ve dikkatli izlem** gerektirir (World Health Organization [WHO], 2016).

5.2. Fetal Hareketlerin Değerlendirilmesi

Fetal hareketlerin anne tarafından algılanması, fetüsün nörolojik durumu ve genel iyilik hâlinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir klinik göstergedir. Fetal hareketler çoğu gebelikte **yaklaşık 16–24. gebelik haftaları** arasında hissedilmeye başlanır; bu zamanlama bireysel farklılıklar ve önceki gebelik deneyimine göre değişiklik gösterebilir (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021).

Azalmış veya belirgin şekilde değişen fetal hareketler, **fetal hipoksi, intrauterin gelişme geriliği veya diğer advers perinatal sonuçların** erken bir belirtisi olabileceğinden, bu durumlarda **maternal başvurunun gecikmeden yapılması ve klinik değerlendirmenin hızla başlatılması**

önerilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021).

Klinik rehberler, fetal hareketlerin izlenmesi amacıyla “kick count” gibi formal ve standart bir yöntemi tüm gebeler için evrensel olarak önermemekle birlikte; özellikle **riskli gebeliklerde anne adaylarının fetal hareket farkındalığı konusunda bilgilendirilmesini ve azalma durumunda sağlık kuruluşuna başvurmalarının teşvik edilmesini** vurgulamaktadır (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2019).

5.3. Ultrason ile Fetal Gelişim ve Sağlık İzlemi

Ultrasonografi, fetal büyüme, gelişme ve yapısal değerlendirmede kullanılan temel görüntüleme yöntemi olup, antenatal bakımın önemli bir bileşeni olarak uluslararası klinik rehberlerde yer almaktadır (WHO, 2016).

İlk trimester ultrasonografisi; **gebelik yaşının doğru biçimde belirlenmesi, çoğul gebeliklerin tanınması ve bazı major yapısal anomalilerin erken dönemde saptanabilmesi** açısından önem taşımaktadır (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021).

İkinci trimesterde, genellikle **18–22. gebelik haftaları** arasında gerçekleştirilen ayrıntılı fetal anatomik tarama, konjenital yapısal anomalilerin büyük bir bölümünün tanımlanmasına olanak sağlayan standart bir değerlendirme yöntemidir (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020).

Üçüncü trimester ultrasonografisi ise **fetal büyüme geriliği, amniyotik sıvı anomalileri (oligohidramnios/polihidramnios) ve fetal prezentasyonun değerlendirilmesi** amacıyla kullanılmakta olup, özellikle **riskli gebeliklerde** önerilmektedir (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2021).

5.4. Non-Stres Testi (NST) ve Kardiyotokografi (CTG)

Non-Stres Testi (NST), fetal kalp atım hızı ile fetal hareketler arasındaki ilişkiyi değerlendiren, **non-invaziv bir antenatal fetal izlem yöntemidir**. Bu test, özellikle **üçüncü trimesterde** fetal iyilik hâlinin değerlendirilmesinde ve riskli gebeliklerin izleminde yaygın olarak

kullanılmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021).

Reaktif bir NST, fetal otonom sinir sistemi bütünlüğünün ve **yeterli fetal oksijenasyonun dolaylı bir göstergesi** olarak kabul edilir. Buna karşılık, non-reaktif NST tek başına fetal distres tanısı koydurmamakla birlikte, **ileri fetal değerlendirme yöntemleriyle (biyofizik profil veya Doppler ultrason gibi) tamamlanması gereken bir bulgu** olarak değerlendirilir (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021).

Kardiyotokografi (CTG), anne karnına yerleştirilen sensörler aracılığıyla **fetal kalp hızı ile uterin kontraksiyonların eş zamanlı kaydedildiği** bir yöntemdir. CTG, **antenatal dönemde riskli gebeliklerin izleminde** kullanılabildiği gibi, özellikle **doğum eylemi sırasında fetal iyilik hâlinin değerlendirilmesinde** temel izlem araçlarından biridir (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2020).

5.5. Diğer İzleme Yöntemleri: Biyofizik Profil, Doppler ve Ek Testler

Biyofizik Profil (BPP), **non-stres testi (NST) ile ultrasonografik parametrelerin birlikte değerlendirilmesi** yoluyla fetal iyilik hâlinin daha kapsamlı biçimde analiz edilmesini sağlayan bir antenatal fetal izlem yöntemidir. BPP; fetal solunum hareketleri, fetal hareket, fetal tonus, amniyotik sıvı hacmi ve NST bulgularını içeren çok bileşenli bir değerlendirme sunar (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021).

Doppler ultrasonografisi, **uteroplasental ve fetoplasental dolaşımın değerlendirilmesinde** kritik bir araçtır. Özellikle **fetal büyüme geriliği (SGA/IUGR) şüphesi olan gebeliklerde umbilikal arter Doppler akım analizinin**, uygun klinik yönetimle birlikte kullanıldığında **perinatal mortalite ve morbiditenin azaltılmasına katkı sağladığı** gösterilmiştir (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2021).

Amniyotik sıvı değerlendirmesi; **amniyotik sıvı indeksi (AFI) veya tek derin cep (single deepest pocket, SDP)** ölçümleri aracılığıyla gerçekleştirilir ve **oligohidramnios veya polihidramnios gibi fetal risk**

durumlarının saptanmasında klinik açıdan önem taşır. Bu değerlendirme, fetal iyilik hâlinin izlenmesinde **NST ve BPP gibi testlerle birlikte** tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021).

6. Ebe / Hemşire Katkısı ile Yüksek Riskli Gebelik Yönetimi ve Erken Tespitin Rolü

Yüksek riskli gebelik, maternal ya da fetal sağlığı ciddi biçimde etkileyen patolojik durumlar veya bu durumlara yatkınlık taşıyan koşullarla tanımlanan gebeliklerdir. Bu durumlar arasında kronik hastalıklar, obstetrik komplikasyonlar, gebelik sırasında ortaya çıkan sistemik bozukluklar ve psikososyal ve sosyoekonomik faktörler yer alır. Yüksek riskli gebeliklerin tanınması ve yönetimi, **maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin azaltılması** açısından kritik önemdedir (High-Risk Pregnancy—an overview, 2018.; Zhang et al., 2025)

6.1. Ebe / Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları

Ebe ve hemşireler, yüksek riskli gebeliklerde risk değerlendirmesi, izlem planlaması ve kadın-merkezli bakım süreçlerinde aktif rol alır. İlk temas noktası olarak anamnez, vital bulgular, obstetrik geçmiş ve psikososyal durum değerlendirmeleri gibi alanlarda kapsamlı değerlendirme yapabilirler; bu, maternal ve fetal risklerin erken dönemde tanımlanmasına ve bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasına katkı sağlar.

Ebe/hemşirelerin bakımında hem fiziksel hem de psikososyal destek, yaşam tarzı eğitimi ve danışmanlık hizmetleri önemli bir yer tutar. Bu bütüncül yaklaşım, annenin ve fetüsün sağlık sonuçlarını iyileştiren bir bakım modelidir ve hemşirelerin insan merkezli bakım sunduğu çalışmalarla desteklenmektedir. Ayrıca multidisipliner ekip içinde iletişim ve koordinasyon rolü üstlenerek bakımın sürekliliğini sağlarlar.

6.2. Erken Tespit ve İzlemin Önemi

Yüksek riskli gebeliklerin **erken tespiti**, maternal ve perinatal morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak için temel bir stratejidir. Gebelik öncesi veya erken antenatal dönemde risk faktörlerinin belirlenmesi, izlem ve

girişim planlarının etkin biçimde düzenlenmesine olanak verir. Bu süreçte düzenli prenatal kontroller; vital bulguların izlenmesi, laboratuvar tetkikleri, fetal değerlendirmeler ve risklerin sistematik olarak takip edilmesini sağlar ve komplikasyon riskini azaltır (High-Risk 2018).

6.3. Kanıta Dayalı Bakım ve Hemşirelik Müdahaleleri

Uluslararası literatürde, yüksek riskli gebeliklerde hemşirelik uygulamalarının **maternal ve fetal sonuçları iyileştirdiği** gösterilmiştir. Hemşire/ebe tarafından verilen psikososyal destek, eğitim ve bireyselleştirilmiş izlemler, anksiyete ve stresin azalmasına; prenatal bağlanmanın güçlenmesine katkı sağlar. Bu yaklaşımlar, kadın-merkezli bakım ilkesini destekleyerek gebe ve aileler üzerinde olumlu etki yaratır. Ayrıca multidisipliner ekip koordinasyonu sayesinde riskler daha etkin izlenebilir ve uygun müdahale zamanında planlanabilir, bu da komplikasyon oranlarının düşmesine yardımcı olabilir.

6.4. Güncel Zorluklar ve Fırsatlar

Ebe ve hemşirelerin yüksek riskli gebelik yönetimindeki etkinliği, **eğitim seviyesi, kaynaklara erişim, ekip içi iletişim ve sistem desteği** gibi faktörlere bağlıdır. Etkin bir bakım için sağlık profesyonellerinin eğitimi ve koordinasyon çerçevesi kritik öneme sahiptir. Aksi durumda, sadece medikal yaklaşıma odaklanmak kadın-merkezli bakım anlayışını zayıflatır.

Son dönemde dijital sağlık uygulamaları, mobil izlem araçları ve evde bakım modelleri, yüksek riskli gebelik izlemini kolaylaştırmakta; hasta memnuniyetini ve erişilebilirliği artırarak hemşire/ebe bakımının etkinliğini güçlendirmektedir.

7. Doğum Öncesi Psikososyal Destek ve Mental Sağlık

Doğum öncesi dönem, kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden önemli değişimler yaşadığı ve bu nedenle mental sağlık açısından kırılganlıkların belirginleşebildiği bir süreçtir (World Health Organization, 2022, *Mental health of women during pregnancy and postpartum period*, WHO Department of Mental Health and Substance Use). Gebelikte depresyon ve anksiyete prevalansının toplumlara göre değişmekle birlikte %10–20

arasında seyrettiği, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranların daha da yüksek olduğu gösterilmiştir (World Health Organization, 2022, *Mental health of women during pregnancy and postpartum period*, WHO Department of Mental Health and Substance Use).

Perinatal mental sağlık bozukluklarının anne-bebek etkileşimini, doğum sonuçlarını ve yenidoğanın gelişimsel seyrini etkilediği, dolayısıyla erken tanı ve destek hizmetlerinin gebelik bakımının ayrılmaz bir bileşeni olduğu kabul edilmektedir (Stewart et al., 2016, *The Lancet—Perinatal mental health*, Lancet Series on Women's Health).

Psikososyal değerlendirme, gebeliğin erken döneminde başlayarak gebelik boyunca düzenli olarak yapılmalı; kadınlarda ruh durumu, stres düzeyi, sosyal destek kaynakları, aile içi şiddet riski, yaşam olayları ve geçmiş psikiyatrik tanılar sistematik biçimde taranmalıdır (National Institute for Health and Care Excellence, 2020, *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*, NICE Guideline NG192). Bu taramada kullanılan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi araçlar hem depresyon hem de anksiyete riskini değerlendirmede güvenilir ve uluslararası geçerliği kanıtlanmış en yaygın tarama ölçeklerindendir (Cox et al., 1987, *British Journal of Psychiatry*, EPDS development study). Tarama sonuçlarının dikkatle değerlendirilmesi, gerektiğinde psikiyatri, psikoloji veya sosyal hizmet birimlerine yönlendirme yapılması, multidisipliner bakımın bir gereğidir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018, *Screening for perinatal depression*, ACOG Committee Opinion No. 757).

Gebelikte psikososyal desteğin temel bileşenlerinden biri, anne adayına doğru bilgi verilmesi, duygusal desteğin sağlanması, kaygı, korku ve belirsizliklerin profesyonel rehberlikle azaltılmasıdır (World Health Organization, 2016, *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*, WHO Reproductive Health and Research). Ebelik ve hemşirelik uygulamalarında kadın-merkezli yaklaşımın benimsenmesi, gebelerin karar süreçlerine aktif katılımını teşvik ederek psikolojik iyi oluşu desteklemektedir (Renfrew et al., 2014, *The Lancet—Midwifery series*, Lancet Series on Midwifery). Güçlü iletişim becerilerine sahip sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan danışmanlık, gebelerin ruhsal stresle baş etme

kapasitelerini artırmakta ve doğum sürecine yönelik öz-yeterlilik algılarını güçlendirmektedir (NICE, 2020, *Antenatal and postnatal mental health: NG192*, National Institute for Health and Care Excellence).

Sosyal destek, gebelikte mental sağlık için koruyucu bir faktör olup aile, partner, sosyal çevre ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan destek türlerinin anne ruh sağlığında belirleyici olduğu gösterilmiştir (Eastwood et al., 2017, *BMC Pregnancy and Childbirth*, determinants of antenatal depression). Gebelikte stres ve travma öyküsü bulunan kadınlar için psikososyal müdahaleler, özelleştirilmiş destek programları ve gerektiğinde bilişsel davranışçı terapi gibi psikoterapötik yaklaşımlar önerilmektedir (O'Connor et al., 2016, *U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement*, JAMA). Ayrıca, ekonomik zorluklar, göç, sosyal izolasyon, aile içi şiddet ve ilişkisel çatışmalar gibi sosyal belirleyiciler mental sağlık riskini artırdığı için, bu alanlarda erken tespit ve yönlendirme yapılması antenatal bakımın ayrılmaz bir parçasıdır (World Health Organization, 2022, *Mental health of women during pregnancy and postpartum period*, WHO).

Doğum öncesi dönemde psikososyal destek sağlanması yalnızca mental sağlık sorunlarını önlemekle kalmayıp, aynı zamanda doğum deneyiminin iyileştirilmesi, anne ve fetus sağlığının korunması ve postpartum dönemde ruhsal bozuklukların önlenmesi açısından da kritik önem taşımaktadır (Stewart et al., 2016, *The Lancet—Perinatal mental health*, Lancet Series). Bu nedenle, antenatal bakım modelleri ruh sağlığı değerlendirmesini rutin uygulamaların içerisine entegre etmeli ve gebelere bütüncül bir bakım sunmalıdır (World Health Organization, 2016, *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*, WHO).

8. Gebelikte Aşılar

Gebelikte bağışıklama, hem anne hem de yenidoğanın enfeksiyonlara karşı korunması açısından kritik öneme sahiptir. WHO, CDC ve ACOG gebelikte belirli aşılarda rutin olarak uygulanmasını önermektedir.

8.1. Önerilen aşılar

İnfluenza aşısı: Tüm gebelik boyunca güvenli ve etkilidir; maternal influenza komplikasyonlarını ve neonatal hospitalizasyonu azaltır (CDC, 2023; ACOG, 2022).

Tdap (tetanoz, difteri, boğmaca): Gebeliğin 27–36. haftaları arasında yapılması önerilir; yenidoğanda boğmaca ölüm oranını azaltır (ACOG, 2020).

COVID-19 aşısı: mRNA aşıları güvenli, yanıt güçlüdür ve maternal-fetal komplikasyonları azaltır (CDC, 2024; WHO, 2023).

RSV aşısı: 32–36. haftalar arasında uygulanabilir; yenidoğan RSV hastalığını azaltır (CDC, 2024).

8.2. Yapılmaması gereken (kontrendike) aşılar

Canlı virüs içeren aşılar: KKK, suçiçeği, oral polio → gebelikte kontrendikedir.

9. Gebelikte İlaç Kullanımı ve Teratojen Maruziyeti

Gebelikte ilaç kullanımı, fetüsün gelişimsel hassasiyeti nedeniyle dikkatle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Gebe kadının kronik hastalıklarının kontrolü, akut enfeksiyonların tedavisi ve mental sağlığın korunması için ilaç tedavisi sıklıkla gerekli olmakla birlikte, kullanılan ilaçların teratojenik potansiyeli ve gebeliğin dönemine özgü riskleri göz önünde bulundurulmalıdır. Güncel yaklaşım, gebelikte ilaç güvenliğinin **kanıta dayalı kılavuzlar** doğrultusunda değerlendirilmesini ve gereksiz ilaç kullanımından kaçınılmasını önermektedir. 2015 yılından itibaren ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), gebelikte ilaç güvenliğini daha şeffaf ve klinik olarak anlamlı şekilde sunmak amacıyla **Pregnancy and Lactation Labeling Rule (PLLR)** sistemini yürürlüğe koymuştur. Bu sistem, eski A–X risk kategorilerinin yerini alarak; gebelikte risk özeti, klinik değerlendirme ve mevcut kanıtların ayrıntılı açıklamasını içeren anlatı temelli bir yaklaşım sunmaktadır.

9.1. Gebelikte Sık Kullanılan ve Görece Güvenli İlaçlar

Gebelikte sık karşılaşılan klinik durumlar için kullanılan bazı ilaçların, uygun doz ve endikasyonlarda güvenli olduğu bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir.

Parasetamol, gebelikte ağrı ve ateş tedavisinde en yaygın kullanılan analjeziktir. Önerilen dozlarda kullanıldığında teratojenik etki göstermediği ve kısa süreli kullanımda güvenli olduğu kabul edilmektedir.

Gebelikte hipertansiyon yönetiminde **metildopa, labetalol ve nifedipin**, hem anne hem de fetüs açısından güvenli kabul edilen antihipertansif ajanlar arasında yer almaktadır. Bu ilaçlar, preeklamps ve gebeliğe bağlı hipertansiyonun kontrolünde uluslararası kılavuzlar tarafından önerilmektedir.

Gebelikte depresyon ve anksiyete tedavisinde **seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'ler)**, risk–yarar değerlendirmesi yapılarak kullanılabilir. Tedavi edilmemiş maternal depresyonun anne ve fetüs üzerindeki olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda, uygun vakalarda farmakolojik tedavi önerilmektedir.

- **Parasetamol:** Önerilen dozlarda güvenli (ACOG, 2020).
- **Antihipertansifler:** Metildopa, labetalol ve nifedipin güvenli seçeneklerdir (NICE, 2021).
- **Antidepresanlar:** SSRI'lerin çoğu gebelikte dikkatli şekilde kullanılabilir (NICE NG192, 2020).

9.2. Gebelikte Teratojen İlaçlar ve Kontrendike Maddeler

Bazı ilaçlar, fetüs üzerinde ciddi yapısal anomalilere veya fonksiyonel bozukluklara yol açtıkları için gebelikte **kontrendike** kabul edilmektedir.

Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde fetal renal disfonksiyon, oligohidramnios ve neonatal mortalite riskini artırmaktadır. Bu nedenle gebelikte kullanılmaları önerilmemektedir.

İzotretinoin, yüksek derecede teratojenik etkisi olan bir retinoiddir ve kraniofasial, kardiyak ve santral sinir sistemi anomalileri ile güçlü şekilde ilişkilidir. Gebelikte kesin kontrendikedir ve gebelik öncesi dönemde etkili kontrasepsiyon gerektirir.

Valproat, majör konjenital anomaliler ve nörogelişimsel bozukluklarla ilişkili olup, gebelikte kullanımı ciddi kısıtlamalara tabidir. Avrupa İlaç Ajansı (EMA), gebelikte valproat kullanımını yalnızca başka seçeneklerin etkisiz olduğu durumlarla sınırlandırmış ve gebelik önleme programlarını zorunlu kılmıştır.

- **ACE inhibitörleri & ARB:** Fetal renal disfonksiyon, oligohidramnios → kontrendike.

- **İzotretinoin:** Yüksek teratojenite → gebelikte kesinlikle yasaktır.
- **Valproat:** Majör konjenital anomaliler ve nörogelişimsel bozukluklarla ilişkili (EMA, 2018).

9.3. Klinik Yaklaşım ve Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Gebelikte ilaç kullanımı kararları, bireyselleştirilmiş risk–yarar analizi temelinde verilmelidir. Ebe ve hemşireler, gebelerin kullandığı reçeteli veya reçetesiz ilaçları sorgulamak, teratojen maruziyet riskini erken saptamak ve gerekli yönlendirmeleri yapmak açısından kritik role sahiptir. Ayrıca gebelere ilaçların doğru kullanımı, alternatif tedavi seçenekleri ve gebelik planlaması konusunda danışmanlık verilmesi, fetal risklerin azaltılmasına katkı sağlar.

10. Gebelikte Acil Durumlar ve İlk Yaklaşım

Gebelikte ortaya çıkan acil durumlar, anne ve fetus sağlığını doğrudan tehdit edebilen ve hızlı klinik değerlendirme gerektiren durumlardır. Antenatal bakım sürecinde acil belirtilerin erken tanınması, zamanında müdahale ve uygun sevk mekanizmalarının işletilmesi, **maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında temel bir strateji** olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde anne ölümlerinin önemli bir kısmının kanama, hipertansif bozukluklar ve enfeksiyonlar gibi önlenabilir nedenlere bağlı olduğu bildirilmektedir.

Bu nedenle ebe ve hemşireler başta olmak üzere birinci basamak sağlık profesyonellerinin, gebelikte acil belirtileri tanıma ve ilk yaklaşımı başlatma konusunda yetkin olması kritik önemdedir.

10.1. Gebelikte Kanama

Gebelikte vajinal kanama, gebelik haftasına bağlı olarak farklı etiyolojilere sahip olup her durumda **acil değerlendirme gerektirir**. Gebeliğin ilk yarısında görülen kanamalar sıklıkla düşük tehdidi, ektopik gebelik veya molar gebelik ile ilişkilidir. İkinci ve üçüncü trimesterde ortaya çıkan kanamalar ise **plasenta previa** veya **plasenta dekolmanı (abruptio placentae)** gibi anne ve fetus yaşamını tehdit eden durumların göstergesi olabilir. Bu olgularda maternal vital bulguların hızla değerlendirilmesi, fetal

iyilik hâlinin gözden geçirilmesi ve ileri merkezlere sevk edilmesi önerilmektedir.

10.2. Preeklampsi Belirti ve Bulguları

Preeklampsi, gebeliğe özgü hipertansif bir bozukluk olup maternal ve perinatal mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Klinik olarak **20. gebelik haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon** ve çoğu vakada **proteinüri** ile karakterizedir. Şiddetli baş ağrısı, görme bozuklukları, epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı, ani ödem artışı ve laboratuvar anormallikleri hastalığın ağır seyrettiğine işaret edebilir.

- Şiddetli baş ağrısı
- Görme bozukluğu
- Epigastrik ağrı
- Hipertansiyon + proteinüri

Bu belirtilerin varlığında hızlı klinik değerlendirme, kan basıncı kontrolü ve uygun sevk hayati önem taşır.

10.3. Azalmış fetal hareket

Fetal hareketlerin azalması, fetüsün iyilik hâlinin bozulduğuna işaret edebilen önemli bir klinik bulgudur. Azalmış fetal hareketler, fetal hipoksi, büyüme geriliği veya plasental yetmezlik gibi durumların erken belirtisi olabilir. Klinik rehberler, anne tarafından algılanan fetal hareket azalmasının **ciddiye alınmasını** ve mümkün olan en kısa sürede değerlendirilmesini önermektedir.

Riskli veya şüpheli durumlarda, başvurudan itibaren kısa süre içinde fetal kalp hızı değerlendirmesi ve gerekli ileri tetkiklerin yapılması önerilmektedir.

Fetal hipoksi göstergesi olabilir → 2 saat içinde değerlendirilmelidir (RCOG, 2019).

10.4. Erken doğum tehdidi

Erken doğum tehdidi, gebeliğin 37. haftasından önce düzenli uterin kontraksiyonlar, servikal değişiklikler veya membran rüptürü ile karakterizedir. Erken doğum, neonatal mortalite ve uzun dönem morbiditenin

başlıca nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Düzenli kasılmalar, servikal değişiklik, membran rüptürü olan olgularda acil değerlendirme yapılır (NICE, 2022). Bu olgularda erken tanı, maternal ve fetal değerlendirme, uygun merkezlere sevk ve gerekirse antenatal kortikosteroid uygulaması gibi müdahaleler, neonatal sonuçları iyileştirebilmektedir.

Gebelikte Acil Durumlar İçin Ebe / Hemşire İlk Yaklaşım Şeması

Aşama	Değerlendirme / Soru	Ebe / Hemşire Uygulaması	Klinik Karar
İlk temas	Gebe ile ilk karşılaşma	Güvenli iletişim, hızlı gözlem	Acil belirti taramasına geç
Acil belirti taraması	Kanama, şiddetli baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ağrı, azalmış fetal hareket, şiddetli karın ağrısı, kasılma, su gelmesi	Belirti var/yok ayrımı	Acil veya rutin izlem
Rutin izlem	Acil belirti yok	Standart antenatal bakım	Rutin takip
Acil değerlendirme	Acil belirti var	ABCDE yaklaşımı	Stabilizasyon
A – Airway	Hava yolu açıklığı	Pozisyonlama, aspirasyon riski değerlendirmesi	Hava yolu güvenliği
B – Breathing	Solunum, SpO ₂	Oksijen gereksinimi değerlendirme	Solunum desteği
C – Circulation	TA, nabız, kanama	Damar yolu, sıvı hazırlığı	Şok önleme
D – Disability	Bilinç, konvülsiyon	Nörolojik gözlem	Acil müdahale
E – Exposure	Genel muayene	Vücut ısısı, travma bulguları	Gizli risklerin belirlenmesi

Aşama	Değerlendirme / Soru	Ebe / Hemşire Uygulaması	Klinik Karar
Maternal değerlendirme	Hayati bulgular, proteinüri	Vital takip	Klinik sınıflama
Fetal değerlendirme	FKA, fetal hareket	NST/izlem	Fetal iyilik hali
Klinik ayırım	Kanama / preeklampsi / fetal risk	Bulgulara göre yönlendirme	Sevk / yatış
Erken doğum riski	Kasılma, servikal değişiklik	Yakın izlem veya sevk	Preterm yönetim
Sevk öncesi bakım	Stabilizasyon	Sol yan pozisyon, FKA kaydı, bilgilendirme	Güvenli sevk
Multidisipliner yaklaşım	Uzman ekip	Kadın-doğum, perinatoloji	Bütüncül bakım

Bu şema, antenatal dönemde sık karşılaşılan obstetrik acil durumlarda ebe ve hemşirelerin erken tanı, ilk yaklaşım ve sevk kararlarını sistematik biçimde yönlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.”

11. Doğuma Hazırlık, Eğitim ve Doğum Planı

11.1. Doğuma hazırlık eğitimi

Doğuma hazırlık eğitimleri; gebelerin doğum sürecine ilişkin bilgi düzeyini artırarak kaygıyı azaltmakta, doğumda kontrol ve öz-yeterlilik algısını güçlendirmekte ve genel doğum deneyimini olumlu yönde etkilemektedir. Antenatal eğitim programlarına katılımın, doğum korkusunu azalttığı ve doğum memnuniyetini artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu eğitimler, kadınların doğum sürecine aktif katılımını destekleyerek kadın-merkezli bakım yaklaşımının önemli bir bileşenini oluşturmaktadır.

11.2. Doğum planı

Doğum planı, kadının doğum ve doğum sonrası sürece ilişkin tercih ve beklentilerini yazılı veya sözlü olarak ifade etmesine olanak tanıyan bir araçtır. Mahremiyetin korunması, doğum ortamı, ağrı yönetimi yöntemleri, doğum pozisyonu, doğum destekçisinin varlığı ve tıbbi müdahalelere ilişkin tercihler doğum planının temel bileşenleri arasında yer alır. Dünya Sağlık Örgütü, doğum planlarının saygılı ve kadın-merkezli doğum bakımının desteklenmesi açısından önemli olduğunu vurgulamakta; doğum planının sağlık profesyonelleri ile birlikte ele alınmasını önermektedir.

11.3. Sürekli destek

Sürekli doğum desteği; ebe, doula veya eğitilmiş bir destekçi tarafından doğum süresince kesintisiz fiziksel, duygusal ve bilgilendirici destek sağlanmasını ifade eder. Yüksek düzeyde kanıtlar, sürekli doğum desteğinin sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarını azalttığını, doğum süresini kısalttığını, analjezik kullanımını azalttığını ve anne memnuniyetini artırdığını göstermektedir. Bu nedenle sürekli destek, kaliteli ve insancıl doğum bakımının temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

12. Dijital Sağlık, Tele-Antenatal Bakım ve Mobil Sağlık (mHealth)

12.1. Tele-antenatal bakım modelleri

Tele-antenatal bakım, gebelik izleminin bir kısmının bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla uzaktan yürütülmesini ifade eder. COVID-19 pandemisi sonrasında, yüz yüze bakımın kısıtlandığı dönemlerde tele-sağlık

uygulamaları hızla yaygınlaşmış ve antenatal bakımın sürekliliğinin sağlanmasında etkili bir çözüm olarak benimsenmiştir. Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG), uygun hasta gruplarında tele-antenatal bakımın güvenli bir tamamlayıcı yaklaşım olduğunu belirtmekte ve uzaktan izlem uygulamalarını desteklemektedir.

Tele-antenatal bakım modelleri kapsamında sıklıkla şu uygulamalar yer almaktadır:

- Evde **uzaktan kan basıncı ölçümü**,
- **Kan şekeri izlemi** (özellikle gestasyonel diyabet olgularında),
- **Video görüşmeler** aracılığıyla antenatal danışmanlık ve eğitim,
- Dijital platformlar üzerinden semptom takibi ve danışma hizmetleri.

Bu uygulamalar, düşük riskli gebeliklerde rutin izlemin desteklenmesine olanak tanırken; riskli gebeliklerde yüz yüze bakımın yerine geçmeden, tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir.

12.2. Tele-Antenatal Bakımın Etkililiği

Güncel sistematik derlemeler ve dijital sağlık alanındaki yüksek kaliteli çalışmalar, tele-antenatal bakımın uygun koşullarda uygulandığında **kllinik sonuçlar açısından yüz yüze bakım ile büyük ölçüde eşdeğer** olduğunu göstermektedir. Özellikle maternal ve perinatal temel sonuçlar (preeklampsi, gestasyonel diyabet izlemi, doğum haftası) bakımından olumsuz bir fark saptanmamıştır.

Buna ek olarak, tele-antenatal bakımın:

- **Kadın memnuniyetini artırdığı**,
- Sağlık hizmetine **erişimi kolaylaştırdığı**,
- Ulaşım, zaman ve maliyet yükünü azalttığı,
- Kırsal ve dezavantajlı bölgelerde bakım sürekliliğini desteklediği bildirilmektedir.

The Lancet Digital Health'te yayımlanan çalışmalar, dijital antenatal bakım modellerinin özellikle hibrit (yüz yüze + uzaktan) sistemler içinde kullanıldığında anne-bebek sağlığı açısından güvenli ve kabul edilebilir olduğunu vurgulamaktadır.

13. Sosyal Belirleyiciler, Eşitsizlikler ve Kırılgan Gruplarda Bakım

13.1. Sosyal Belirleyicilerin Anne ve Bebek Sağlığına Etkisi

Gebelikte sağlık sonuçları yalnızca biyomedikal faktörlerle değil; gelir düzeyi, eğitim, barınma koşulları, gıda güvencesi, sosyal destek, göçmenlik durumu ve ev içi şiddet gibi sosyal belirleyicilerle de güçlü biçimde ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü, bu faktörlerin maternal morbidite ve mortalite, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz perinatal sonuçların temel nedenleri arasında yer aldığını vurgulamaktadır. Bu nedenle antenatal bakımda sosyal risklerin erken tanınması ve uygun destek mekanizmalarına yönlendirme yapılması, eşitsizliklerin azaltılmasında kritik öneme sahiptir.

13.2. Kırılgan Gruplar

13.2. Kırılgan Gruplar ve Kültürel Olarak Duyarlı Bakım

Antenatal bakım hizmetlerinde bazı gruplar, sosyal ve yapısal eşitsizlikler nedeniyle daha yüksek risk altında kabul edilmektedir. Bunlar arasında ergen gebeler, mülteci ve göçmen kadınlar, engelli kadınlar ve ileri yaş gebeler yer almaktadır. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM), bu gruplara yönelik bakımın kadın hakları temelli, ayrımcılıktan uzak, kültürel olarak duyarlı ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla sunulmasını önermektedir. Bu yaklaşım, hizmete erişimin artırılması ve olumsuz anne-bebek sonuçlarının azaltılması açısından önemlidir.

13.3. Antenatal Dönemde Ev İçi Şiddet Taraması

Ev içi şiddet, gebelikte maternal ve fetal sağlık için ciddi bir risk faktörüdür ve preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, depresyon ve travma ile ilişkilidir. Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE), antenatal dönemde her kadına güvenli, gizli ve destekleyici bir ortamda ev içi şiddet taramasının yapılmasını önermektedir. Sağlık profesyonellerinin şiddet belirtilerini tanıması, uygun yönlendirme ve destek hizmetlerini devreye sokması, gebelik bakımının bütüncül ve koruyucu yönünün temel bileşenlerinden biridir.

14. Etik ve Hukuki Boyutlar

14.1. Bilgilendirilmiş Onam ve Kadın Özerkliği

Bilgilendirilmiş onam, etik ve hukuki açıdan sağlık bakımının temel ilkelerinden biri olup, kadının kendi bedeni ve sağlık hizmetleriyle ilgili kararları özgürce ve yeterli bilgiye dayanarak alabilmesini ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü, kadın özerkliğini ve karar süreçlerine aktif katılımı, saygılı ve kadın-merkezli doğum bakımının temel bileşenleri arasında tanımlamaktadır. Antenatal, intrapartum ve postpartum bakımın her aşamasında yapılacak girişimler için kadının açık rızasının alınması, etik sorumluluğun yanı sıra bakım kalitesinin de önemli bir göstergesidir.

14.2. Mahremiyet ve gizlilik

Mahremiyetin korunması ve kişisel sağlık bilgilerinin gizliliği hem etik ilkeler hem de ulusal ve uluslararası mevzuat çerçevesinde sağlık çalışanlarının temel yükümlülükleri arasındadır. Gebelik ve doğum sürecinde sunulan bakımda, kadının fiziksel mahremiyetinin korunması, sağlık verilerinin izinsiz paylaşılmaması ve güvenli kayıt sistemlerinin kullanılması esastır. Bu yaklaşım, kadınların sağlık hizmetlerine güvenini artırmakta ve saygılı bakım anlayışının sürdürülebilirliğini desteklemektedir.

14.3. Türkiye’de Etik ve Hukuki Çerçeve

Türkiye’de ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları; mesleki uygulama sınırları, bakım verme yetkileri ve yasal sorumlulukları **Ebelik Yönetmeliği** ile tanımlanmıştır. Bu düzenleme, ebelerin anne-bebek sağlığı hizmetlerini hangi kapsamda sunabileceklerini, etik ilkelere uyma ve kayıt-dokümantasyon yükümlülüklerini açıkça belirtmektedir. Ebelerin yasal çerçeveye uygun çalışması hem mesleki güvenliğin sağlanması hem de kadın ve ailelerin haklarının korunması açısından zorunludur.

15. Sonuç

Bu bölümde prenatal bakımın kapsamı ve temel bileşenleri; ebe ve hemşirenin rolleri, antenatal tarama protokolleri, fetal izlem yöntemleri, yüksek riskli gebeliklerin yönetimi, psikososyal destek, bağışıklama uygulamaları, ilaç güvenliği, obstetrik acil durumlar, dijital sağlık

uygulamaları ve sosyal belirleyicilerin etkisi bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Uluslararası rehberler, sistematik derlemeler ve yüksek nitelikli kanıtlar, prenatal bakımın yalnızca biyomedikal değerlendirmelerden ibaret olmadığını; kadının fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel gereksinimlerini kapsayan çok boyutlu bir yaklaşım gerektirdiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Ebeler ve hemşireler, gebeliğin izlenmesi, risklerin erken tanınması, kanıta dayalı danışmanlık sunulması, kadınların güçlendirilmesi ve gerektiğinde uygun sevk mekanizmalarının işletilmesi süreçlerinde merkezi bir role sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) tarafından tanımlanan saygılı bakım ve pozitif gebelik deneyimi çerçevesi, antenatal bakımın yalnızca klinik sonuçlara değil, aynı zamanda kadın özerkliği, mahremiyet ve sürekli destek gereksinimlerine de odaklanmasını gerekli kılmaktadır.

Güncel antenatal bakım modelleri; dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, tele-antenatal bakım uygulamaları, bireyselleştirilmiş eğitim programları ve toplum temelli yaklaşımlarla daha erişilebilir ve sürdürülebilir hale gelmektedir. Bununla birlikte, sosyal belirleyiciler ve sağlık eşitsizlikleri gebelik sonuçları üzerinde etkisini sürdürmekte olup, kırılgan gruplara yönelik kültürel olarak duyarlı, erişilebilir ve hak temelli bakım sunulması sağlık profesyonelleri için temel bir sorumluluk olmaya devam etmektedir.

Sonuç olarak prenatal bakımın niteliğinin artırılması; güncel rehberlere dayalı, bütüncül, kanıta dayalı, etik ilkelere uygun ve kültürel duyarlılığı gözetilen bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Ebeler ve hemşireler bu sürecin temel aktörleri olup, kadınların güvenli, saygılı ve olumlu bir gebelik deneyimi yaşamalarında belirleyici rol üstlenmektedir.

KAYNAKÇA

- American College of Obstetricians and Gynecologists, (2018), *Screening for perinatal depression*, ACOG Committee Opinion No. 757.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Ultrasound in pregnancy (Practice Bulletin No. 175)*. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e241–e256
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Gestational diabetes mellitus: Practice Bulletin No. 190*. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e49–e64.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Update on immunization and pregnancy: Tetanus, diphtheria, and pertussis vaccination* (ACOG Committee Opinion No. 718). ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Medications and pregnancy*. ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Bleeding during pregnancy*. ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Gestational hypertension and preeclampsia* (Practice Bulletin No. 222). ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Indications for outpatient antenatal fetal surveillance (Practice Bulletin No. 229)*. *Obstetrics & Gynecology*, 137(6), e177–e197.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Implementing telehealth in practice* (ACOG Committee Opinion No. 798). ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *Influenza vaccination during pregnancy*. (ACOG.)
<https://www.acog.org/womens-health/faqs/influenza-flu-vaccination-and-pregnancy>
- Baltacı, N., & Başer, M. (2020). *Riskli Gebelerde Yaşanan Anksiyete, Prenatal Bağlanma ve Hemşirenin Rolü*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 13(3), 206–212.
<https://doi.org/10.46483/deuhfed.565338>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during

- childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Influenza (flu) vaccination and pregnancy*. CDC. <https://www.cdc.gov/flu/highrisk/pregnant.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *COVID-19 vaccination for people who are pregnant or breastfeeding*. CDC. <https://www.cdc.gov/covid19/vaccines/recommendations/pregnancy.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *RSV vaccine guidance for pregnant people*. CDC. <https://www.cdc.gov/rsv/research/vaccines.html>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- DeNicola, N., Grossman, D., Marko, K., Sonalkar, S., Butler Tobah, Y. S., Ganju, N., ... Henderson, J. T. (2020). Telehealth interventions to improve obstetric and gynecologic health outcomes: A systematic review. *The Lancet Digital Health*, 2(8), e377–e388. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30198-8](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30198-8)
- Devakumar, D., Fall, C. H. D., Sachdev, H. S., et al. (2016). Maternal antenatal multiple micronutrient supplementation for long-term health benefits in children: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 14, 90. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0633-3>
- Eastwood, J. G., Ogbo, F. A., Hendry, A. J., Noble, J., & Page, A. (2017). The impact of social determinants on maternal depression in the antenatal period: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 316. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1481-8>

- European Medicines Agency. (2018). *Valproate and related substances: New restrictions on use; pregnancy prevention programme to be put in place*. EMA.
- Finkelstein, J. L., Cuthbert, A., Weeks, J., Venkatramanan, S., Larvie, D. Y., De-Regil, L. M., & Garcia-Casal, M. N. (2024). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(8), CD004736. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004736.pub6>
- Food and Drug Administration. (2014). *Content and format of labeling for human prescription drug and biological products; requirements for pregnancy and lactation labeling* (Final Rule). FDA.
- Food and Drug Administration. (2014). *Pregnancy and lactation labeling rule (PLLR)*. FDA.
- High-Risk Pregnancy — an overview. (2018). In *Topics in Medicine and Dentistry*. Elsevier. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/high-risk-pregnancy>
- International Confederation of Midwives. (ICM) (2019). *Essential competencies for midwifery practice*. <https://www.internationalmidwives.org>
- International Confederation of Midwives. (2021). *Global standards for midwifery education*. <https://www.internationalmidwives.org>.
- International Confederation of Midwives. (2021). *Essential competencies for midwifery practice*. ICM.
- Lancet Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Masi, S., Bucagu, M., Tunçalp, Ö., Peña-Rosas, J. P., Lawrie, T., Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, M. (2017). Integrated person-centered health care for all women during pregnancy: Implementing World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. *Global Health: Science and Practice*, 5(2), 197–201. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00141>

- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). *Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care*. The Lancet, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management* (NICE Guideline NG133). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence, 2020, *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*, NICE Guideline NG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192> .
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance* (NICE Guideline NG192). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Antenatal care (NG201)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Domestic violence and abuse: Multi-agency working* (NICE Guideline NG116). NICE
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Preterm labour and birth* (NICE Guideline NG25). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care for healthy women and babies* (NICE Guideline CG190). NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Antenatal and postnatal mental health* (NICE guideline NG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
- O'Connor, E. A., Senger, C. A., Henninger, M. L., Cop-pola, E., & Gaynes, B. N. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Journal of the American Medical Association, 321(6), 588–601. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.20865>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). *Midwifery and*

- quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care*. The Lancet, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). *Reduced fetal movements (Green-top Guideline No. 57)*. RCOG.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2021). *The investigation and management of the small-for-gestational-age fetus (Green-top Guideline No. 31)*. RCOG.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2021). *Antepartum haemorrhage (Green-top Guideline No. 63)*. RCOG.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2024). *Midwife-led continuity models of care for childbearing women* (Updated review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024(3), Article CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Silva, M. P. B., et al. (2021). *Prenatal care and nursing care for high-risk pregnant women*. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem, 7(1), 180–186.
- Stewart, D. E., Vigod, S., & Khalifeh, H. (2016). *Mental health of women in pregnancy and postpartum*. The Lancet, 389(10070), 1789–1798. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00205-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00205-7)
- Stoll, K., Swift, E. M., Fairbrother, N., Nethery, E., & Janssen, P. (2018). A survey of childbirth education in Canada: Content, perceptions, and practice. *Birth*, 45(3), 287–296. <https://doi.org/10.1111/birt.12339>
- Tunçalp, Ö., Pena-Rosas, J. P., Lawrie, T., Bucagu, M., Oladapo, O. T., Portela, A., & Gülmezoglu, A. M. (2017).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Ebelik yönetmeliği*. Resmî Gazete.
- T.C. Resmî Gazete. (2024). *Ebelik Yönetmeliği*. Resmî Gazete
- Uğurlu, M., & Yavan, T. (2019). *Pre-eclampsia: Maternal and fetal effects, management and nursing role*. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2, 75–81.
- Wondemagegn, Alebel, Tesema, & Abie, (2018), *The effect of antenatal care follow-up on neonatal health outcomes: a systematic review and meta-analysis*, Public Health Reviews, 39, 33, <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0110-y>.

- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. International Confederation of Midwives. (2014). *ICM international code of ethics for midwives*. ICM.
- World Health Organization. (2014). *WHO statement on the prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. WHO.
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- World Health Organization, (2019), *Positive experiences, key to antenatal care uptake and quality*, World Health Organization, <https://www.who.int/news/item/26-06-2019-positive-experiences-key-to-antenatal-care-uptake-and-quality>
- World Health Organization. (2019). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Trends in maternal mortality 2000–2017*. WHO.

- World Health Organization. (2020). *Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Social determinants of health*. World Health Organization.
- World Health Organization, 2022, *Mental health of women during pregnancy and postpartum period*, WHO Department of Mental Health and Substance Use.
- World Health Organization. (2023). *COVID-19 vaccines advice*. WHO. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/covid-19>
- Yılmaz, B., & Oskay, Ü. (2021). *A current view of care of high risk pregnancy*. Bezmialem Science, 9(1), 112–119.
- Zhang, Y., Ding, W., Wu, T., Wu, S., Wang, H., Fawad, M., Adane, A. A., Dai, X., Zhu, X., & Xu, X. (2025). *Pregnancy with multiple high-risk factors: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Global Health, 15, 04027. <https://doi.org/10.7189/jogh.15.04027>
- <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/09/update-on-immunization-and-pregnancy-tetanus-diphtheria-and-pertussis-vaccination>
- <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-pinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression>

BÖLÜM 10

YAPAY ZEKA VE HEMŞİRELİK

Doç.Dr. Ayşegül ÖZCAN ALGÜL¹

DOI: <https://www.doi.org/10.5281/zenodo.18145270>

¹ Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra Ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, .ORCID: . <https://orcid.org/0000-0003-1626-3242>, e-posta:aysegulozcan.77@gmail.com

ÖZET

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte yeni tedavi yöntemleri tedavi süreçlerini hızlandırmakta, sağlığın korunmasını ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Sağlık hizmeti veri kullanılabilirliğinin artması ve büyük verilerin analitik gelişimi yapay zekanın sağlık hizmetlerinde kullanımını artmıştır. Yapay zekâ teknolojileri; hastalıkların erken tanı süreçlerinin hızlandırılmasından tedavi planlarının kişiselleştirilmesine, klinik karar destek sistemlerinin geliştirilmesinden hemşirelerin iş yükünün azaltılmasına kadar çok yönlü katkılar sunmaktadır. Ayrıca radyolojik görüntüleme analizleri, patoloji değerlendirmeleri, cerrahi planlama ve robotik cerrahi uygulamaları gibi klinik alanlarda yapay zekâ kullanımı giderek artmaktadır. Bu sayede hata payı azalmakta ve sağlık hizmetlerinin kalitesi yükselmektedir.

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin artmasıyla yapay zekâ uygulamalarının kullanım alanları genişlemiştir. Sağlık hizmetlerinde yapay zeka (YZ), hem klinik karar verme süreçlerinde hem de bakım uygulamalarında giderek daha görünür hale gelmiştir. Literatürde yapay zekanın erken tanı süreçlerini hızlandırdığı, klinik karar verme mekanizmalarını desteklediği, tıbbi tanıların teşhisini ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırdığı bildirilmektedir.

Sonuç olarak yapay zekâ uygulamaları her geçen gün sağlık hizmetlerine daha fazla entegre olmakta ve sağlık sektörünün yapısını, işleyişini ve hizmet sunum biçimlerini yeniden şekillendirmektedir. Bu teknolojik gelişmelerin gelecekte sağlık alanında çok daha büyük etkiler yaratacağı ve sağlık profesyonellerinin rollerini, sorumluluklarını ve çalışma biçimlerini önemli ölçüde dönüştüreceği öngörülmektedir. Hızla gelişen yapay zekâ teknolojileri hemşirelik bakım uygulamalarında da kullanımı artmıştır. Aynı zamanda yapay zeka hemşireler tarafından öğrenilmesi gereken yeni bir alandır. Bu bölümde yapay zekanın sağlık hizmetlerinde kullanımı, özellikle hemşirelik bakım sürecinde, eğitimdeki yeri ve hemşirelik uygulamalarında yapay zeka kullanımında karşılaşılabilecek zorluklar literatür doğrultunda tartışılmıştır.

Anahtar Kelime: Yapay zeka, hemşirelik, teknoloji

1. YAPAY ZEKA VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI

Yapay Zeka (YZ) kavramı, Amerikalı bilgisayar bilimci John McCarthy tarafından “Zeki makineler özellikle de, zeki bilgisayar programları yapma bilimi ve mühendisliği” olarak tanımlanmıştır (McCarthy, 2007). Literatürde bir makinenin akıllı olarak adlandırılabilmesi için insan davranışından ayırt edilemeyecek davranışlar sergilemesi gerektiğini belirtirken, yapay zekanın turing testini geçmeye yaklaştığını ve hatta dördüncü sanayi devrimine en büyük katkı sağlayacağını belirtmişlerdir (Turing,1950; Baum et al., 2011; Monostori et al. 2014). Turing testi 1950 yılında İngiliz matematikçi Alan Turing tarafından Mind dergisinde "Makineler düşünebilir mi?" başlıklı bir makalesinde, “Eğer insanların karar verme ve problem çözüme yetenekleri, mantığa ek olarak mevcut bilgileri de kullanabiliyorsa, makinelerin bunu yapamaması mantıksız değil midir?” sorusunu ortaya atmıştır (Turing,1950; Arslan, 2020).

Yapay zeka mühendislik, biyoloji, nörobilim, sosyoloji, eğitim dahil olmak üzere çeşitli alanlarda kullanıldığı gibi sağlık sektöründe de geniş uygulama alanına sahiptir. Yapay zeka teknolojileri sağlık sektöründe, erken teşhis, doğru tanı koyma, klinik karar verme, sağlığın korunması ve sürdürülmesi gibi alanlarda kullanıldığı bilinmektedir (Reddy, 2019). Yapılan bir çalışmada, yapay zekaya hastaların triyaj ve teşhis bilgisine sahip bir sanal asistan oluşturulmuş ve bu sistemin doğruluğu ve güvenilirliği doktorların teşhisleriyle kıyaslanabilir düzeyde iyi performans göstermiştir (Baker et al., 2020). Yapılan başka bir çalışmada, radyoloji uzmanları yaptıkları taramalarda tıbbi tanılamayı iyileştirmek ve kanserli şüpheli lezyonları belirlemek için yapay zekayı kullanmış, yapay zeka, tanı süreçlerinde, radyolojik ve patolojik görüntüleme alanında önemli katkılar sağlamıştır (Zhou et al., 2019).

Yapay zeka uygulamaları sadece tıp alanı ile sınırlı kalmamakta; hemşirelik uygulamalarında, tedavi planlarının oluşturulması ve ilaçların hazırlanması gibi birçok uygulama alanında da kullanılmaktadır (Ronquillo et al., 2021, Rony et al., 2024). Yapay zeka teknolojisinde ki bu gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda, sağlık profesyonelleri yapay zekayı kendi çalışma alanlarına entegre edecektir. Günümüzde yapay zekanın sağlık

hizmetlerinde kullanımı karar verme süreçlerini kolaylaştırmakta, ancak uygulamalarda etik ve yasal zorlukları beraberinde getirmektedir (Keleş, 2022).

2. YAPAY ZEKANIN HEMŞİRELİKTE KULLANIMI

Yapay zeka hızla gelişmekte ve sağlık hizmetlerinde yeni uygulamalarda kullanılmaktadır. Abuzaid ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları araştırmada, YZ 'nin hemşirelik uygulamalarına sorunsuz ve güvenli bir şekilde entegre edilebilmesi için daha fazla eğitim ve öğretim gerekmektedir (Abuzaid et al., 2022). Hemşirelerin yapay zekâ hakkında düşük bilgi düzeyine sahip olduğu, eğitimcilerin klinik ortamlarda yapay zeka araçlarının kullanımı konusunda mesleki gelişim atölyelerine katılmalarının sağlanması hemşirelerin en son gelişmelerden haberdar olmalarını sağlayacaktır (Namdar et al., 2025).

Choudhury ve Asan (2020)'ın sistematik incelemesinde, yapay zekâ destekli karar destek sistemlerinin, hata tespitini, hasta sınıflandırmasını ve ilaç yönetimini iyileştirerek hasta güvenliğini artırmaya yardımcı olabileceğini göstermektedir (Choudhury & Asan, 2020). Hemşirelerin klinik karar verme süreçlerini desteklemek için yapay zekanın kullanıldığı müdahale çalışmalarının incelendiği bir araştırmada, yapay zekânın hemşirelik uygulamalarında kullanılması, hasta bakımın kalitesinin artırılmasında etkili olduğu anlaşılmıştır. Etik konular, hasta güvenliği ve güvenin sağlanması için eşitlikçi ve kanıta dayalı hizmet sunulmasını desteklemek amacıyla yapay zekaya dayalı karar süreçlerinde şeffaflık, önyargının azaltılması, veri gizliliği ve hesap verebilirlik konularının önemli olduğu belirtilmiştir (Mikkonen et al., 2025).

Literatür apay zeka ve robot teknolojilerinin hemşirelik uygulamalarına entegre edilmesi, hemşirelerin iş yükünün azaltılmasında önemli olduğunu bildirmektedir (Gonzalez-Jimenez et al., 2018; Clipper et al., 2018). Ayrıca hemşireleri zorlayan bakım uygulamalarında robot teknolojilerinin kullanılması, hemşirelerin fiziksel yaralanmalarını azaltacağını dolayısıyla kas iskelet sistem hastalıklarına yakalanma riskleri de azalacaktır (Saadatzi et al., 2020; Pu et al., 2020).

Yapay zekanın yeniliklerinden biri olan robot hemşirelerin sağlık hizmetlerinde kullanılması, sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında, tıbbi hataların azaltılmasında önemli etkisi olacağı düşünülmektedir. Bu uygulamalar hemşirelik uygulamalarında risk de oluşturmaktadır (Sendir et al., 2019). Bu riskler hemşirelerin sahip olduğu insancıl duygulara sahip olmaması, etik uygulamalardır (Ward, 2020;Tanioka et al., 2017;Erikson& Salzman-Erikson, 2016). Özellikle yapay zekâ uygulamalarının sonucu tıbbi hataların sonuçlarından kimin sorumlu tutulacağına ilişkin etik boyut, sağlık alanında yapay zeka kullanımına dair önemli bir tartışma konusudur (Maddox et al., 2019; Reddy et al., 2019). Yapay zeka uygulamalarının mahremiyet, sosyal ve duygusal ihtiyaçları karşılayamaması diğer etik konular arasındadır (Sharkey & Sharkey, 2010). Ayrıca literatürde hemşirelerin yapay zekâdaki gelişmelere daha temkinli yaklaşım sergiledikleri belirtilmiştir (Erikson & Salzman-Erikson, [2016](#)).

Sağlık sistemlerinde yaşanan dijital dönüşümün en önemli bileşenlerinden biri olan hemşirelik bilişimi, hemşirelik bilimi, bilgisayar ve bilgi bilimleri ile entegre eden bir uzmanlık alanıdır. Hemşirelikte bilişim teknolojileri, klinik uygulamalarda, eğitimde ve yönetim alanlarında kullanılmaktadır. Hemşirelik Uygulamalarında yapay zekanın kullanımı; elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, mobil sağlık uygulamalarını kapsamaktadır. Tele sağlık uygulamalarının bir alt alanı tele hemşirelik, hemşirelerin bilgi, iletişim ve çevrim içi sistemlerden yararlanarak sağlık hizmetlerini zaman ve mekân sınırı olmaksızın sunabilmelerini hedefleyen bir uygulama biçimidir (Ulutaşdemir vd., 2025).

Literatürde yapay zekanın hemşirelik uygulamalarının iyileştirilmesi ilgili yapılan çalışmalarda; yapay zeka eğitiminin hemşirelik müfredatına entegrasyonun sağlanması, yapay zeka ile ilgili konferans veya atölye çalışmalarına hemşirelerin katılımlarının teşvik edilmesi önerilmiştir (Von Gerich et al., 2022;Liaw et al., 2023). Akademi ile sağlık kurumları iş birliğinin sağlanması, yapay zekâ müfredat kılavuzlarının geliştirilmesi, yapay zekâ odaklı klinik stajlar ve simülasyon laboratuvarları oluşturulabilir (Hwang et al., 2022).

Ayrıca yapay zekânın hemşirelik uygulamaları ve hasta sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar yapılması (Liao et al., 2015), yapay

zeka teknolojileri konusunda hemşirelerin mesleki gelişimlerinde sürekliliğinin sağlanamsında üniversiteler, meslek birlikleriyle işbirliklerinin yapılması önerilmektedir (Ahuja et al., 2023).

3. YAPAY ZEKÂNIN HEMŞİRELİK MESLEĞİNE YÖNELİK RİSKLERİ

Yapay zeka ve robot teknolojilerinin hemşirelik uygulamalarında kullanımının çağdaş hemşirelik felsefesinin gerekliliklerinden olan hümanizm ve holizmden uzaklaşacağı risk oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu uygulamaların hemşirelerin hasta başı uygulamalarının azalmasına ve hastalarda yalnızlık hissine ve dolayısıyla psikolojik yönden olumsuz sonuçlara yol açabilir. Ayrıca yapay zekâ ile robot teknolojilerinin hemşirelik mesleğinde kullanımının daha etkili ve verimli sonuç alınması da risk oluşturabilir (Pepito & Locsin, 2018; Locsin & Ito, 2018). Hemşirelik uygulamaları etik kurallara, insan haklarına saygılı kararlar alıp, bakım vermektedir. Hemşireler bakım kararları alırken ahlaki, manevi ve profesyonel ve bireysel değerlerden etkilenir. Yapay zekanın hemşirelik uygulamalarında kullanımıyla ilerleyen dönemlerde ahlaki ve etik problemlerin yaşanabileceği öngörülmektedir (ICN, 2012; Kandemir vd., 2023).

Hemşirelerin tele tıp, nesnelerin interneti vb. alanlarda yeni görevler alacağı, bu teknolojilerle bütünleşmede zorluklar oluşabileceği düşünülmektedir. Yapay zeka robot teknolojilerin hastaya gözlem yapma, bilgileri kaydetme ve aktarma yetenekleri hastaların mahremiyeti, veri gizliliği açısından etik ve yasal sorunları beraberinde getirmektedir.

Hemşirelik uygulamalarında yapay zekaya dayalı teknolojileri kullanabilmesinde bu konuya ilgi göstermesi ve bilinçlenmesi hemşireler için bir ihtiyaçtır (Archibald, Barnard, 2018; Bodur, Kaya, 2017; Dickens, Cook, 2006; Güvercin, 2020).

Yapay zekaya sahip robotların sağlık hizmetlerinde kullanımıyla ilgili bir olumsuzla karşılaşıldığında hukuki ve cezai sorumluluk karışıklık yaratacaktır. Özellikle hassas grupların (yaşlılar, çocuklar) bakımında robotların kullanımı, güvenlik, zarar verme riski ile karşılaşılabılır. Ayrıca hızla gelişen yapay zeka sistemleri önümüzdeki dönemlerde hemşirelik

uygulamalarında yeni riskler oluşturabilir. Bu konularda uluslararası fikir birliğine dayalı yasal ve etik düzenlemeler gerekmektedir (Güvercin, 2020; Kandemir vd., 2023).

4. SONUÇ

Sonuç olarak yapay zekâ uygulamaları her geçen gün sağlık hizmetlerine daha fazla entegre olmakta ve sağlık sektörünün yapısını, işleyişini ve hizmet sunum biçimlerini yeniden şekillendirmektedir. Hızla gelişen yapay zekâ teknolojilerinin hemşirelik bakım uygulamalarında kullanımı artmış, aynı zamanda hemşireler tarafından öğrenilmesi gereken yeni bir alan oluşturmuştur. Bu teknolojik gelişmelerin gelecekte sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin rollerini, sorumluluklarını ve çalışma biçimlerini önemli ölçüde dönüştüreceği öngörülmektedir. Bu nedenle yapay zekaya ilişkin bilgilendirmeler hem hemşirelik eğitiminde hem de klinik kullanımına ilişkin hizmet içi eğitimlerde bu konuya yer verilmelidir. Tüm sağlık hizmeti basamaklarında yapay zekanın hemşirelik bakım uygulamalarının etkinliğini ortaya çıkarmak için kanıt temelli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abuzaid, M. M., Elshami, W., & Fadden, S. M. (2022). Integration of artificial intelligence into nursing practice. *Health and Technology*, 12(6), 1109-1115.
- Ahuja, A. S., Polascik, B. W., Doddapaneni, D., Byrnes, E. S., & Sridhar, J. (2023). The digital metaverse: Applications in artificial intelligence, medical education, and integrative health. *Integrative Medicine Research*, 12(1), 100917
- Archibald MM, Barnard A. (2018). Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care. *J Clin Nurs*, 27(11-12):2473-2480
- Arslan, K. (2020). Eğitimde yapay zeka ve uygulamaları. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 11(1), 71-88
- Baker, A., Perov, Y., Middleton, K., Baxter, J., Mullarkey, D., Sangar, D., ... & Johri, S. (2020). A comparison of artificial intelligence and human doctors for the purpose of triage and diagnosis. *Frontiers in artificial intelligence*, 3, 543405.
- Baum, S.D., Goertzel ,B., Goertzel, T.G.(2011). How long until human-level AI? Results from an expert assessment. *Technol Forecast Soc Change*, 78, 185–195.
- Bodur, G, Kaya, H. (2017). The future of Turkish nursing 2050: perceptions of nurses and nurse educators. *Int Nurs Rev*, 64(4):511- 519
- Choudhury, A., & Asan, O. (2020). Role of artificial intelligence in patient safety outcomes: systematic literature review. *JMIR Medical Informatics*, 8(7), e18599.
- Clipper B, Batcheller J, Thomaz AL, & Rozga A. (2018). Artificial intelligence and robotics: A nurse leader's primer. *Nurse Leader*, 16(6):379-384.
- Dickens, B.M, Cook, R.J. (2006). Legal and ethical issues in telemedicine and robotics. *Int J Gynaecol Obstet*, 94(1):73-8.
- Erikson, H., & Salzmänn-Erikson, M. (2016). Future challenges of robotics and artificial intelligence in nursing: What can we learn from monsters in popular culture? *The Permanente Journal*, 20(3).

- Gonzalez-Jimenez, H. (2018). Taking the fiction out of science fiction:(self-aware) Robots and what they mean for society, retailers and marketers. *Futures*, 98:49-56.
- Güvercin, C.H. (2020). Tıpta yapay zekâ ve etik. Ekmekci PE, Editör. Yapay Zekâ ve Tıp Etiği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2020; p.7- 13.
- Hwang, G.-J., Tang, K.-Y., & Tu, Y.-F. (2022). How artificial intelligence (AI) supports nursing education: Profiling the roles, applications, and trends of AI in nursing education research (1993–2020). *Interactive Learning Environments*, 1–20, 1–20
- International Council of Nurses. (2012). The ICN code of ethics for nurses. 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland,2012. ISBN: 978-92-95094-95-6
- Kandemir, F., Azizoğlu, F., & Terzi, B. (2023). Hemşirelikte yapay zekâ ve robot teknolojilerinin kullanımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 27(2), 118-127.
- Keleş, H. (2022). Tıpta yapay zekâ uygulamaları. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 604–613
- Liaw, S. Y., Tan, J. Z., Lim, S., Zhou, W., Yap, J., Ratan, R., Ooi, S. L., Wong, S. J., Seah, B., & Chua, W. L. (2023). Artificial intelligence in virtual reality simulation for interprofessional communication training: Mixed method study, *Nurse Education Today*, 122, 105718
- Liao, P.-H., Hsu, P.-T., Chu, W., & Chu, W.-C. (2015). Applying artificial intelligence technology to support decision-making in nursing: A case study in Taiwan. *Health Informatics Journal*, 21(2), 137–148
- Locsin, R.C. & Ito, H. (2018). Can humanoid nurse robots replace human nurses. *Journal of Nursing*, 5(1, 1-6.
- Maddox, T. M., Rumsfeld, J. S., & Payne, P. R. (2019). Questions for artificial intelligence in health care. *JAMA*, 321(1), 31–32
- McCarthy, J. (2007). *What is artificial intelligence?* <http://www-formal.stanford.edu/jmc/whatisai/> , Erişim tarihi:12.09.2025
- Mikkonen, K., Tuunainen, S., Oikarinen, A., Jansson, M., Woo, B., Zhou, W., ... & Jarva, E. (2025). Artificial Intelligence Technologies Supporting Nurses' Clinical Decision-Making: A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*.

- Monostori, L.(2014). Cyber-physical production systems: roots, expectations and R&D challenges. *Procedia CIRP*, 17: 9–13.
- Namdar Areshtanab, H., Rahmani, F., Vahidi, M., Saadati, S. Z., & Pourmahmood, A. (2025). Nurses perceptions and use of artificial intelligence in healthcare. *Scientific Reports*, 15(1), 27801.
- Özdemir, L., & Bilgin, A. (2021). Sağlıkta yapay zekânın kullanımı ve etik sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(3), 439-445.
- Pepito, J.A &, Locsin, R.(2018). Can nurses remain relevant in a technologically advanced future? *Int J Nurs Sci*.4, 6(1):106-110.
- Pu, L, Moyle, W, Jones, C.(202). How people with dementia perceive a therapeutic robot called PARO in relation to their pain and mood: A qualitative study. *J Clin Nurs*, 29(3- 4):437-446.
- Reddy, S, Fox, J, M.P,P. (2019). Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(1), 22–28.
- Reddy, S., Fox, J., & Purohit, M. P. (2019). Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(1), 22-28.
- Ronquillo, C. E., Peltonen, L. M., Pruinelli, L., Chu, C. H., Bakken, S., Beduschi, A., ... & Topaz, M. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of advanced nursing*, 77(9), 3707-3717.
- Rony, M. K. K., Parvin, M. R., & Ferdousi, S. (2024). Advancing nursing practice with artificial intelligence: Enhancing preparedness for the future. *Nursing open*, 11(1).
- Saadatzi, M. N., Logsdon, M. C., Abubakar, S., Das, S., Jankoski, P., Mitchell, H., ... & Popa, D. O. (2020). Acceptability of using a robotic nursing assistant in health care environments: experimental pilot study. *Journal of medical Internet research*, 22(11), e17509.
- Sendir, M., Simsekoglu, N., Abdulsamed, K., & Sümer, K. (2019). Nursing in the Technology of the Future. *Health Sciences University Nursing Journal*, 1(3), 209–214

- Sharkey, N., & Sharkey, A. (2010). The crying shame of robot nannies: An ethical appraisal. *Interaction Studies*, 11(2), 161–190. <https://doi.org/10.1075/is.11.2.01sha>
- Tanioka, T., Osaka, K., Locsin, R., Yasuhara, Y., & Ito, H. (2017). Recommended design and direction of development for humanoid nursing robots perspective from nursing researchers. *Intelligent Control and Automation*, 8(2), 96–110.
- Turing, A. (1950). Computing machinery and intelligence. *Mind* 1950, 59: 433–460. <https://www.abelard.org/turpap/turpap.php>, Erişim tarihi:05.10.2025
- Ulutaşdemir, N., Öztürk Çopur, E., & Yiğitalp Rençber, S. (Ed.). (2025). *Dijital dönüşüm ve yapay zekâ ışığında sağlık hizmetleri*. İksad Yayınevi. Ankara.
- Von Gerich, H., Moen, H., Block, L. J., Chu, C. H., DeForest, H., Hobensack, M., Michalowski, M., Mitchell, J., Nibber, R., Olalia, M. A., Pruinelli, L., Ronquillo, C. E., Topaz, M., & Peltonen, L.-M. (2022). Artificial intelligence -based technologies in nursing: A scoping literature review of the evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 127, 104153
- Ward, N. (2020). Technology in the fight against Covid-19: Implications on human rights and recommendations. Fordham University; Asada, M. (2015). Development of artificial empathy. *Neuroscience Research*, 90, 41–50
- Zhou, L. Q., Wang, J. Y., Yu, S. Y., Wu, G. G., Wei, Q., Deng, Y. B., ... & Dietrich, C. F. (2019). Artificial intelligence in medical imaging of the liver. *World Journal Of Gastroenterology*, 25(6), 672.



ISBN: 978-625-378-567-3