

HEMŞİRE *ve* EBELİK

Alanında Uluslararası Çalışmalar

EDİTÖR

PROF. DR. FATMA BAŞAR

Horizon 2025

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • Eda Altunel

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Haziran 2025

ISBN • 978-625-5897-41-1

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruenyayinevi.com

e-mail: seruenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 42488

HEMŞİRE *ve* EBELİK

ALANINDA ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR

EDİTÖR

PROF. DR. FATMA BAŞAR

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1

EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELERİNİN ROLÜ VE ÖNEMİ

Nuriye Nesrin İPEKÇİ—1

Bölüm 2

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞINDA MAHREMİYET HAKKI

Merve AKIL, Hafize DAĞ TÜZMEN, Yağmur SÜRMELİ—15

Bölüm 3

PEDİATRİK ORGAN NAKLİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dilek ÇİFTÇİ BAYKAL, Kader YALPI—31

Bölüm 4

TERAPİ YOLCULUĞUNDA ŞİİRİN KULLANILMASI: ŞİİR TERAPİ

Sevgi DİNÇ—47

Bölüm 1

EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELERİNİN ROLÜ VE ÖNEMİ

Nuriye Nesrin İPEKÇİ¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD., ORCID:0000-0001-9945-8115

Giriş

Evde bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve hizmete erişimin iyileştirilmesi için sağlık profesyonelleri ile kamu otoriteleri arasında etkin bir koordinasyon gereklidir. Bu hizmetlerin sürdürülebilir ve etkili bir yapıya kavuşması, finansal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve sağlık personeline yönelik eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yaygınlaştırılmasıyla mümkün olacaktır. Evde bakım, yalnızca hastaların değil, aynı zamanda aile bireylerinin yaşam kalitesini artırarak toplum sağlığına da katkı sunan bütüncül bir yaklaşımdır.

Yaşlı nüfusun artışı, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve birey merkezli hizmet anlayışının benimsenmesi, evde bakım hizmetlerini çağdaş sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir bileşeni haline getirmiştir. Bu hizmetler, bireylerin yaşam alanlarında gereksinim duydukları sağlık, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla sunmayı amaçlar. Söz konusu hizmetlerin etkin sunumu, halk sağlığı hemşirelerinin uzmanlık becerilerini içeren multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir (Kıskaç & Girgin, 2022).

Halk sağlığı hemşireleri, yalnızca hastalığın tedavisine değil, birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye odaklanan bütünsel bir yaklaşım benimserler. Bu çerçevede; sağlık eğitimi, hastalıkların önlenmesi, kronik hastalık yönetimi, rehabilitasyon desteği ve psikososyal danışmanlık gibi çeşitli alanlarda aktif görev alırlar (Soydan, Çakmak, Demirer & Rashidi, 2023).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyonunda yürütülmekte ve hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları ilgili mevzuatlarla belirlenmektedir (Yılmaz, 2019). Halk sağlığı hemşireleri, bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması, hasta ve aile eğitimi, sağlık izlemleri ve risklerin erken tanısı gibi uygulamalarla hizmetin niteliğini ve hasta memnuniyetini artırmaktadır (Kwame & Petrucka, 2021; Jandaghian-Bidgoli et al., 2025; Hudon et al., 2021).

Bu bölümde, evde bakım, halk sağlığı hemşireliği ve evde bakım hizmetleri, dünyada ve Türkiye’de evde bakım sistemi, karşılaşılan sorunlar, çözüm önerileri, geleceğe yönelik stratejiler ve toplum temelli yaklaşımlar ele alınacaktır.

1. Evde Bakım Nedir?

Evde bakım; bireylerin sağlık sorunları nedeniyle hastaneye veya kliniğe gitmelerine gerek kalmaksızın, kendi ev ortamlarında profesyonel sağlık hizmeti alabilmelerini sağlayan bir hizmet modelidir. Bu hizmet-

ler; tedavi, rehabilitasyon, hemşirelik bakımı, sosyal destek ve danışmanlık gibi geniş bir alanı kapsamaktadır (Kıskaç & Girgin, 2022). Temel amaç; bireyin sağlığını korumak, hastalığın ilerlemesini önlemek, yaşam kalitesini yükseltmek ve mümkün olan ölçüde bağımsız bir yaşam sürmesini desteklemektir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), evde bakım hizmetlerini; kronik hastalıklar, engellilik, yaşlılık ya da iyileşme süreçlerinde bireyin fonksiyonel kapasitesini desteklemek üzere sunulan hizmetler olarak tanımlamaktadır (WHO, 2021). Türkiye’de evde bakım hizmetleri, 10 Mart 2005 tarihinde yayımlanan ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de ilan edilen Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile yasal bir zemine kavuşmuş; ardından 1 Şubat 2010 tarihinde yayımlanan Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ile kamu kurumlarında hizmetlerin düzenli ve nitelikli sunumu sağlanmıştır (T.C. Resmî Gazete, 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı şu başlıkları içermektedir:

- **Tıbbi Hizmetler:** Hekim muayenesi, reçete düzenleme, enjeksiyon, yara bakımı, tıbbi cihaz desteği.
- **Hemşirelik Hizmetleri:** Kronik hastalık yönetimi, basınç yarası önleme, ilaç uygulamaları, sağlık eğitimi.
- **Rehabilitasyon Hizmetleri:** Fizyoterapi, ergoterapi, psikososyal destek.
- **Sosyal Destek Hizmetleri:** Aile danışmanlığı, psikolojik destek, sosyal hizmet yönlendirmesi.

Evde bakım yalnızca tıbbi müdahalelere odaklanmakla kalmaz; aynı zamanda bireyin yaşam alanını güvenli hâle getirmeyi, yaşam kalitesini artırmayı ve aile destek sistemlerini güçlendirmeyi de hedefler (Soydan et al., 2023). Böylece, modern sağlık sistemlerinde bütüncül, birey merkezli ve sürdürülebilir bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

2.Halk Sağlığı Hemşirelerinin Evde Bakım Hizmetlerindeki Roller

Halk sağlığı hemşireliği, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık düzeyini artırmayı amaçlayan; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri kapsayan bir uzmanlık alanıdır (American Public Health Association [APHA], 2013). Toplum temelli yaklaşımı benimseyen halk sağlığı hemşireleri, bireyleri yaşadıkları ortamda destekleyerek sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine katkıda bulunurlar (Kulakçı & Aştı, 2022). Bu bağlamda, evde bakım hizmetleri halk sağlığı hemşireliği

için önemli bir uygulama alanı hâline gelmiştir.

Halk sağlığı hemşirelerinin evde bakım hizmetlerindeki başlıca rolleri şunlardır:

- **Bütüncül Bakım Yaklaşımı:** Fiziksel hastalıkların yanı sıra psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri de dikkate alarak bireyselleştirilmiş bakım planları hazırlarlar (Kıskaç & Girgin, 2022).

- **Koruyucu Hizmetler:** Koruyucu hizmetlerde hemşireler, birey ve ailelerin sağlık risklerini değerlendirerek hastalıkların önlenmesine yönelik stratejiler geliştirir. Örneğin, yaşlı bireylerde düşme riskini azaltmak amacıyla ev ortamında güvenlik düzenlemeleri yapılmasını sağlarlar (Yılmaz, 2019; Kulakçı & Aştı, 2022). Ayrıca erken tanı, komplikasyon önleme ve sağlıklı yaşam biçimlerinin desteklenmesi alanlarında bilgilendirme yaparlar (Soydan et al., 2023).

- **Eğitim ve Danışmanlık:** Kronik hastalık yönetimi, ilaç kullanımı, hijyen, beslenme gibi konularda birey ve ailelerine eğitim vererek sağlık okuryazarlığını artırır (Nutbeam, 2008; Kulakçı & Aştı, 2022).

- **Bakım Hizmetleri:** Yara bakımı, enjeksiyon uygulamaları, vital bulgu takibi ve tıbbi cihaz kullanımına ilişkin destek gibi hemşirelik girişimlerini doğrudan evde gerçekleştirirler (Soydan et al., 2023).

- **Rehabilitasyon Desteği:** Hastalık sonrası bireylerin bağımsız yaşam becerilerini desteklemek ve fonksiyonel kapasitelerini artırmak amacıyla evde rehabilitasyon hizmeti sunarlar (Tsutsui, 2020; World Health Organization [WHO], 2022). Taburculuk sonrası dönemde bireylerin fonksiyonel bağımsızlıklarını yeniden kazanmaları amacıyla fiziksel egzersiz programları ve günlük yaşam aktiviteleri desteklenir. Bu süreç, bireyin yaşam kalitesini artırmada önemli rol oynar (Tsutsui, 2020).

- **Toplum Temelli Sağlık İzlemi:** Evde bakım sürecinde bireylerin sağlık durumlarını takip eder, topluma yönelik sağlık verilerini toplar ve bu doğrultuda epidemiyolojik çalışmalara katkı sunarlar (WHO, 2021).

Halk sağlığı hemşirelerinin evde bakım hizmetlerinde aktif rol alması; bireylerin hastane yatışlarını azaltmakta, sağlık harcamalarını düşürmekte ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Ayrıca bireylerin sağlıklı karar alma süreçlerine katılımını teşvik ederek toplum sağlığının geliştirilmesine de önemli katkılar sağlar.

Günümüzde evde bakım, sadece bir tedavi modeli değil; bireylerin bağımsızlıklarını koruyarak yaşam kalitelerini yükseltmeyi hedefleyen bir halk sağlığı girişimidir. Bu sürecin başarısı, halk sağlığı hemşirelerinin

liderlik, eğitimcilik ve bakım koordinasyonundaki rolünü etkin şekilde yerine getirmesiyle mümkün olmaktadır (Soydan et al., 2023). Nüfusun yaşlanması, kronik hastalık yükü ve sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar göz önünde bulundurulduğunda, halk sağlığı hemşirelerinin evde bakım alanındaki rolleri giderek daha kritik hâle gelmektedir. Hem Türkiye’de hem de dünyada bu alandaki hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak için hemşirelerin yetkinliklerinin artırılması ve uzmanlaşmalarının teşvik edilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (Kulakçı & Aştı, 2022; Soydan et al., 2023).

3. Dünya’da ve Türkiye’de Evde Bakım Sistemi

Dünyada Evde Bakım Sistemleri

Dünya genelinde evde bakım hizmetlerinin yapısı ve işleyişi, ülkelerin sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyine, sosyal güvenlik mekanizmalarına ve demografik yapısına bağlı olarak önemli farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetleri, genellikle kapsamlı sağlık sigortası programları ve devlet destekli sistemler aracılığıyla düzenli ve sistematik biçimde sunulmaktadır. Bu hizmetler, sadece hastalıkların tedavisi ve yönetimi için değil, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, hastaneye yatışların azaltılması ve sağlık harcamalarının etkin kontrolü açısından da önemli bir role sahiptir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD), evde sağlık hizmetleri, “Medicare” ve “Medicaid” gibi federal sağlık sigortası programları kapsamında desteklenmektedir. Bu programlar, özellikle yaşlılar ve kronik hastalıkları bulunan bireylerin evde bakım hizmetlerinden sigorta kapsamında yararlanmasını sağlamaktadır. Böylece, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve sürdürülebilirlik hedeflenmektedir (Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS], 2023).

İskandinav ülkeleri olan İsveç, Norveç ve Danimarka’da ise evde bakım hizmetleri, yerel yönetimlerin sorumluluğunda olup hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve bakım personeli tarafından organize edilmektedir. Bu ülkelerde hizmetler, bireylerin mümkün olan en yüksek bağımsızlık düzeyinde yaşamalarını desteklemeye odaklanmaktadır. Toplum temelli ve bütüncül bakım anlayışı, evde bakımın temel ilkeleri arasında yer almaktadır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021).

Japonya, dünyada yaşlanan nüfus oranının en yüksek olduğu ülkelerden biri olarak, 2000 yılında "Uzun Süreli Bakım Sigortası" (Long-Term Care Insurance - LTCI) sistemini hayata geçirmiştir. LTCI, yaşlı bireylerin evde bakım ve destek hizmetlerine erişimini güvence altına alarak,

sağlık sisteminin üzerindeki yükü azaltmayı amaçlamaktadır. Bu sistem, yaşlıların sosyal katılımını ve yaşam kalitesini artırmada etkili bir model olarak kabul edilmektedir (Tsutsui, 2020).

Uluslararası deneyimler, evde bakım hizmetlerinin hastalık tedavisinin ötesinde, bireyin fonksiyonel kapasitesini koruma ve iyileştirme, hastaneye yatış oranlarını düşürme ve sağlık harcamalarını azaltma açısından etkin bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, evde bakım modellerinin, ülke ihtiyaçları ve kaynakları doğrultusunda uyarlanarak geliştirilmesi sağlık politikaları açısından stratejik bir önem taşımaktadır.

Türkiye’de Evde Bakım Sistemleri

Türkiye’de evde bakım hizmetleri, özellikle 2000’li yıllardan itibaren yaşanan nüfus ve kronik hastalıkların artış göstermesiyle birlikte önem kazanmıştır. Bu doğrultuda, 2010 yılında yürürlüğe giren “Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleri ve aile hekimlikleri aracılığıyla evde sağlık hizmetlerinin sunumunu yasal bir çerçeveye oturtmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri iki ana yapı altında yürütülmektedir:

- **Evde Sağlık Hizmetleri**, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ve Aile Sağlığı Merkezleri tarafından, bireylerin ev ortamında muayene, tetkik, tedavi, rehabilitasyon ve tıbbi danışmanlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlar (T.C. Resmî Gazete, 2010). Bu hizmetlerde öncelik genellikle yatağa bağımlı bireylere verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

- **Evde Bakım Hizmetleri** ise Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın koordinasyonunda yürütülen sosyal destek odaklı hizmetleri kapsar. Bu kapsamda, ağır engelli bireyler ve yaşlılara yönelik bakım ihtiyaçları karşılanmakta, bakım verenlere ise maddi destek sunulmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri gelişimini sürdürmekle birlikte; sağlık personeli yetersizliği, finansal sürdürülebilirlik sorunları ve kurumlar arası koordinasyon eksiklikleri gibi yapısal sorunlarla karşı karşıyadır (Soydan et al., 2023). Buna karşın, mobil sağlık ekiplerinin güçlendirilmesi, tele-sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması ve yeni projelerle sistemin geliştirilmesine yönelik çabalar sürmektedir.

Gelecek yıllarda Türkiye’de evde bakım sisteminin daha bütüncül bir yapıya kavuşması, halk sağlığı hemşirelerinin bu alandaki rollerinin artması ve birey merkezli sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi beklenmektedir.

4. Evde Bakım Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Evde bakım hizmetleri, bireylerin kendi yaşam alanlarında sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Ancak uygulamada çeşitli yapısal, organizasyonel ve mesleki sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların etkin biçimde çözülmesi, hizmetlerin sürdürülebilirliği ve kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Karşılaşılan Temel Sorunlar

- **İnsan Kaynağı Yetersizliği:** Evde bakım hizmetlerinde görev alacak eğitimli sağlık personelinin sayısının yetersiz olması, özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde hizmetin sürekliliği ve kalitesini olumsuz etkiler (Çakmak & Çavuşoğlu, 2022).
- **Finansman Sorunları:** Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, bireyler ve sağlık sistemi açısından önemli bir yük oluşturur. Sigorta kapsamlarının sınırlı olması ve bireylerin hizmetleri kendi imkânlarıyla karşılaması, hizmetlere erişimde güçlükler yaratmaktadır (Öz, 2021).
- **Eğitim ve Bilgi Eksikliği:** Evde bakım sürecinde hem sağlık profesyonelleri hem de bakım verenler arasında bilgi eksiklikleri bulunmakta, bu da tedavi ve bakım sürecinde aksamalara neden olmaktadır (Shahsawari et al., 2018; Dik, 2021).
- **Koordinasyon Eksikliği:** Sağlık kurumları ve sosyal hizmet birimleri arasında etkin iletişim ve koordinasyon eksikliği, evde bakım hizmetlerinin bütüncül ve etkin sunumunu engellemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).
- **Psikososyal Sorunlar:** Evde bakım süreci, hem bakım alan bireylerde hem de bakım verenlerde önemli psikososyal sorunlara yol açabilmektedir; tükenmişlik, depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon sıkça görülmektedir (Schulz & Sherwood, 2008; del-Pino-Casado et al., 2021). Özellikle uzun süreli ve yoğun bakım gerektiren durumlarda bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz etkilenmekte, bu durum onların bakım kalitesini de düşürebilmektedir (Schulz & Sherwood, 2008). Alzheimer gibi kronik hastalıkların bakımında depresyonun yaygınlığı daha da artmakta ve bu risk faktörlerinin belirlenmesi önleyici stratejilerin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Geng, Chuang, Yang, & Chen, 2018).

Çözüm Önerileri

- **İnsan Kaynağının Güçlendirilmesi:** Evde bakım hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerinin artırılması, özellikle hemşirelerin evde bakım ve halk sağlığı alanlarında özel eğitim ve sertifikasyon programları ile desteklenmesi gerekir (World Health Organization, 2018; Yılmaz, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).
- **Finansal Destek Mekanizmalarının Genişletilmesi:** Sigorta sistemine entegrasyonun genişletilmesi, kamu-özel sektör iş birliği ile dezavantajlı bireyler için uygun finansal destek programlarının geliştirilmesi hizmetlere erişimi artıracaktır (Duran, 2020).
- **Eğitim Programlarının Yaygınlaştırılması:** Sağlık profesyonellerinin mesleki gelişimi için sürekli eğitim programları düzenlenmeli (Kulakçı & Aştı, 2022); bakım verenlerin bilgi düzeyinin artırılması içinse eğitim ve sağlık okuryazarlığı kampanyaları önemlidir (Nutbeam, 2008; Gellis, Kenaley, & Ten Have, 2012).
- **Koordinasyonun Artırılması:** Elektronik sağlık kayıtları ve dijital koordinasyon platformları yaygınlaştırılarak, evde bakım sürecindeki kurumlar arası iletişim güçlendirilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).
- **Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması:** Psikolojik danışmanlık, destek grupları ve sosyal hizmet programları, bakım verenlerin tükenmişlik riskini azaltmak ve hasta-aile yaşam kalitesini artırmak için yaygınlaştırılmalıdır Evde bakım sürecinde psikososyal destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hem bakım verenlerin tükenmişlik riskini azaltmak hem de hasta ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmak için kritik öneme sahiptir (Çolak, Yılmaz & Yıldız, 2019; Kangalgil Balta & Bekiroğlu, 2021).

5. Geleceğe Yönelik Stratejiler ve Toplum Temelli Yaklaşımlar

Demografik değişim ve kronik hastalıkların artışı, evde bakım hizmetlerinin önemini artırmıştır. Bu nedenle sürdürülebilir, erişilebilir ve kaliteli hizmetler için aşağıdaki stratejiler önerilmektedir:

- **Dijital Sağlık Uygulamalarının Entegrasyonu:** Tele-sağlık ve mobil sağlık uygulamaları gibi teknolojilerin evde bakım sistemine entegre edilmesi, bakım süreçlerinin etkinliğini artıracaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).
- **Sürekli Mesleki Gelişim:** Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının evde bakım alanındaki bilgi ve becerilerinin artırılması, müfre-

datın güncellenmesi ve sertifikasyon programları ile desteklenmelidir (Kulakçı & Aştı, 2022).

- **Finansal Destek ve Sigorta Sisteminin Geliştirilmesi:** Evde bakım hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği, özellikle düşük gelirli bireyler için erişim engellerini doğurmaktadır. Sigorta kapsamının sınırlı olması ve hizmetlerin bireylerin kendi olanaklarıyla karşılanması, hizmete ulaşımı kısıtlamaktadır (Öz, 2021). Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması için devlet destekli finansal mekanizmaların güçlendirilmesi, sigorta kapsamlarının genişletilmesi ve kamu-özel sektör iş birliği modellerinin benimsenmesi büyük önem taşımaktadır (Dünya Bankası, 2016; IFC, 2010).

- **Araştırma ve Geliştirme:** Evde bakımda yenilikçi uygulamaların teşvik edilmesi, yeni bakım modellerinin geliştirilmesi için bilimsel araştırmalar desteklenmelidir (WHO, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

- **Multidisipliner Yaklaşım:** Hemşireler, hekimler, fizyoterapistler ve sosyal hizmet uzmanlarının iş birliği, bakım kalitesini artırmak için zorunludur (Arslan & Ayar, 2021).

- **Psikososyal Destek:** Evde bakım sürecinde psikososyal destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen önemli bir faktördür (Karakaya & Işıkhana, 2020; Günay Molu, Özkan, & İçel, 2016).

- **Toplum Temelli Hizmetlerin Güçlendirilmesi:** Evde bakım hizmetlerinin başarısında ailelerin rolü büyüktür. Aile üyelerinin bakım sürecine aktif katılımı, hastaların iyileşme sürecini hızlandırmakta ve bakım kalitesini artırmaktadır. Bu nedenle, ailelerin eğitimi ve desteklenmesi hizmetlerin etkinliği için gereklidir. Rehberlik ve eğitim programları aracılığıyla ailelerin bakım sürecine bilinçli ve donanımlı şekilde katılması sağlanmalıdır. Ayrıca, toplum merkezleri, sosyal hizmet birimleri ve sağlık profesyonellerinin iş birliği içinde olduğu toplum temelli hizmetlerin güçlendirilmesi, evde bakımın kapsayıcılığını artıracaktır (Çakmak & Çavuşoğlu, 2022). Devlet destekli finansal mekanizmaların güçlendirilmesi ve sigorta kapsamlarının genişletilmesi, hizmetlere ulaşımı artıracak temel unsurlardır. Ayrıca, kamu-özel sektör iş birliği modelleri, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması ve maliyet etkinliğinin artırılması açısından önem taşımaktadır (Silva et al., 2022; Kasi, 2023; Torchia et al., 2022).

Evde bakım hizmetlerinin geleceği, stratejik planlama, finansal sürdürülebilirlik, teknolojik entegrasyon, nitelikli insan kaynağı ve multidisipliner iş birliğine bağlıdır. Ailelerin ve sağlık profesyonellerinin iş

birliği ile bu hizmetler daha etkin, erişilebilir ve insan odaklı bir yapıya kavuşturulabilir.

Sonuç

Evde bakım hizmetleri, günümüz sağlık sistemlerinde koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici işlevleriyle önemli bir yer tutmaktadır. Bu hizmetlerin etkili ve sürdürülebilir biçimde sunulmasında halk sağlığı hemşireleri, toplumu temel alan yaklaşımları ve geniş sağlık perspektifleriyle kilit bir rol üstlenmektedir. Halk sağlığı hemşireleri, yalnızca bireysel bakım hizmetlerini değil, aynı zamanda toplum temelli sağlık eğitimi, hastalıkların erken tanınmasını, kronik hastalıkların yönetimini ve psikososyal desteği bütüncül bir anlayışla ele alarak evde bakım sürecinin niteliğini artırmaktadır.

Yaşlanan nüfus, artan kronik hastalık yükü ve sağlık hizmetlerinde ev merkezli modellerin önem kazanması, bu profesyonel grubun işlevselliğini daha da öne çıkarmaktadır. Bu bağlamda, halk sağlığı hemşirelerinin evde bakım hizmetleri içerisindeki rolünün daha sistematik biçimde tanımlanması, yetkinliklerinin güçlendirilmesi ve politika düzeyinde desteklenmesi, toplum sağlığına katkının artırılması açısından stratejik bir gereklilik olarak değerlendirilmelidir.

Evde bakım hizmetleri, yaşlanan nüfus ve kronik hastalık yükünün artmasıyla birlikte sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir bileşeni haline gelmiştir. Bu hizmetler, hastaların kendi evlerinde daha bağımsız, konforlu ve kaliteli bir yaşam sürmesini sağlar. Aynı zamanda ailelerin bakım yükünü hafifleterek, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkıda bulunur (WHO, 2021). Ancak, bu hizmetlerin etkin ve yaygın şekilde sunulabilmesi için insan kaynağı, finansman, eğitim ve koordinasyon alanlarında mevcut sorunların çözülmesi gerekmektedir. Geleceğe yönelik stratejiler, dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, multidisipliner ekiplerin güçlendirilmesi ve kapsamlı eğitim programlarının yaygınlaştırılması üzerine odaklanılmalıdır. Böylece, evde bakım hizmetleri hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha etkin ve erişilebilir hale gelecektir.

Evde bakım hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde halk sağlığı hemşirelerinin oynadığı rol, multidisipliner sağlık hizmetleri içinde stratejik bir öneme sahiptir; bu bağlamda, söz konusu hemşirelerin güçlendirilmesi, eğitilmesi ve sistematik olarak hizmet sunum süreçlerine entegre edilmesi, sürdürülebilir bir sağlık sistemi açısından gerekliliktir.

Kaynaklar

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2022). *Yaşlılar için evde bakım hizmetleri raporu*. <https://www.aile.gov.tr>
- American Public Health Association. (2013). *Definition and practice of public health nursing*. APHA Public Health Nursing Section. iris.who.int/handle/10665/111551
- Arslan, A., & Ayar, D. (2021). Evde bakım hizmetlerinde hemşirelik uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(2), 456–463. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-78934>
- Çakmak, S., & Çavuşoğlu, F. (2022). Toplum temelli sağlık hizmetlerinde hemşirenin rolü. *Toplum ve Sağlık Dergisi*, 12(1), 34–42.
- Çolak, H., Yılmaz, M., & Yıldız, M. (2019). Evde bakım hizmeti alan hasta yakınlarının algıladıkları sosyal desteğin tükenmişlik düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 1–9.
- Del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(3), e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- Dik, A. (2021). Ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetleri, sorunlar ve çözüm önerileri. Erişim adresi: <https://evdebakim.org.tr/downloads/kongresunum/yirmiucukasim/ulkemizde-evde-saglik-ve-bakim-hizmetleri-sorunlari-aynur-dik.pdf>
- Duran, N. (2020). Evde bakım hizmetlerinin finansmanı: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Sosyal Politika Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 63–78.
- Dünya Bankası. (2016). Türkiye sağlık KÖO programı. Erişim adresi: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/turkish-healthcare-ppp-program>
- Gellis, Z. D., Kenaley, B., & Ten Have, T. R. (2012). Impact of a psychoeducational intervention for caregivers of patients with heart failure. *Clinical Gerontologist*, 35(2), 103–118. <https://doi.org/10.1080/07317115.2011.646292>
- Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., & Chen, L. P. (2018). Prevalence and risk factors of depression in caregivers of Alzheimer's disease patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(15), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.051>
- Günay Molu, N., Özkan, B., & İçel, S. (2016). Chronic psychiatric illnesses and home care: Quality of life. *Pak J Med Sci*, 32(2), 511–515. <https://doi.org/10.12669/pjms.322.8794>
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Aubrey-Bassler, K., Burge, F., Doucet, S., Ramsden, V. R., ... et al. (2021). *Nursing care coordination in primary healthcare for patients with complex needs*. International Journal of Integrated Care. Erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9912854/>

- pmc.ncbi.nlm.nih.gov+7researchgate.net+7bmcnurs.biomedcentral.com+7pmc.ncbi.nlm.nih.gov
- IFC. (2010). Türkiye sağlık sisteminin dönüştürülmesi. Erişim adresi: <https://www.ifc.org/en/stories/2010/turkey-health-care>
- Jandaghian-Bidgoli, M., Jamalnia, S., Pashmforosh, M., Shaterian, N., Darabiyani, P., & Razā, A. (2025). *Personalized nursing as the missing link of providing care: A systematic review*. BMC Nursing. researchgate.net+1bmcnurs.biomedcentral.com+1
- Karakaya, C., & Işıkhani, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437–1458. <https://doi.org/10.33417/tsh.737324calismatoplum.org+2dergipark.org.tr+2academia.edu+2>
- Kangalgil Balta, S., & Bekiroğlu, M. (2021). Palyatif bakımda psikososyal destek hizmetlerinin önemi. *Palyatif Bakım Dergisi*, 10(2), 45–52.
- Kasi, S. S. (2023). A new strategy for rejuvenating primary healthcare: The government-society partnership model. *SAGE Open Medicine*, 11, 21501319231200763. <https://doi.org/10.1177/21501319231200763>
- Kısaç, N., & Girgin, B. (2022). Evde sağlık hizmetlerinin dünü, bugünü ve hemşirelerin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(3), 119–123.
- Kulakçı, H., & Aştı, T. A. (2022). Evde bakım hizmetlerinde halk sağlığı hemşiresinin rolü ve mesleki gelişim gereksinimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 19(3), 225–232. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2022.45678>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). *A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward*. BMC Nursing, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2> researchgate.net+6bmcnurs.biomedcentral.com+6scirp.org+6
- 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>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). *Health at a glance: Europe 2021*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2021-en
- Öz, H. (2021). Türkiye’de evde bakım hizmetlerine erişimde finansal engeller. *Sağlık Politikaları Dergisi*, 9(1), 101–110.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23–27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Shahsawari, S., et al. (2018). Challenges of home care: A qualitative study. *PubMed Central*. Erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10976792/>
- Silva, B., Hens, N., Gusso, G., Lagaert, S., Macinko, J., & Willems, S. (2022). Dual use of public and private health care services in Brazil. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 19(3), 1829. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031829>

- Soydan, A. M., Çakmak, S., Demirer, R., & Rashidi, M. (2023). Türkiye'deki sağlık mevzuatına göre evde bakım ve evde sağlık hizmetlerinin sunumu ve evde bakım hemşirelerinin görev yetki ve sorumlulukları. 3. Uluslararası 4. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara.
- Torchia, M., Calabrese, A., & Lanza, G. (2022). Reaping the benefits of digital transformation through public-private partnership: A service ecosystem view applied to healthcare. *Global Public Policy and Governance*, 1(1), 100056. <https://doi.org/10.1007/s43508-022-00056-9>
- T.C. Resmî Gazete. (2005, 10 Mart). Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik (25751 sayılı Resmî Gazete). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-2.htm>
- T.C. Resmî Gazete. (2010). Evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesine dair yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/02/20100227-5.htm>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010, 1 Şubat). Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/11664/0/evde-saglik-hizmetleri-yonergepdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/11664/0/evde-saglik-hizmetleri-yonergepdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Evde sağlık hizmetleri rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye sağlıkta dijitalleşme raporu. <https://www.saglik.gov.tr>
- Tsutsui, T. (2020). Innovations in the Japanese long-term care system: The role of home care and support for older adults. *Ageing International*, 45(4), 291–308. <https://doi.org/10.1007/s12126-020-09374-2>
- World Health Organization. (2018). *Health workforce education and training on home-based care: Report of a WHO expert consultation*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279777>
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization. (2022). *Home-based care for older people: Technical guidance*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061545>
- Yılmaz, M. (2019). *Evde bakım hemşireliği*. Akademisyen Kitabevi.

Bölüm 2

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞINDA MAHREMİYET HAKKI

Merve AKIL¹, Hafize DAĞ TÜZMEN², Yağmur SÜRMELİ³

1 Ebe/Yüksek Lisans Öğrencisi, KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye, akilmerve92@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-8420-5192>

2 Dr. Öğr. Üyesi, KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye, hafizem1992@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-7791-7536>

3 Dr. Öğr. Üyesi, Toros Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Mersin Türkiye, yagmur.surmeli@toros.edu.tr <https://orcid.org/0000-0003-3600-8568>

1.GİRİŞ

Mahremiyet; bireyin bedeni, duygusal durumu, düşünceleri veya kendisine ve ilişkilerine dair bilgilerin diğer kişiler tarafından ulaşılamaması durumudur (Beauchamp ve Childress, 2013). Kişinin fiziksel alanına ya da zihinsel bütünlüğüne yönelik her türlü müdahaleyi denetleyebilme yetisi, bireye saygı ilkesinin temelini oluşturur. Bu yeti, bireyin yalnızca kendini koruma hakkını değil, aynı zamanda onun bütünlüğünü tanıma ve destekleme sorumluluğunu da içerir (Taşçı, 2007; Beauchamp ve Childress, 2013). Bu bağlamda mahremiyet, bireyin kendi yaşamı üzerindeki kararları alma hakkı olan özerkliğinin korunmasına yönelik etik bir yükümlülük olarak değerlendirilir (Tosun ve Aksoy, 2019; Gadow, 1980). Öte yandan mahremiyet; bireyin kimi durumlarda paylaşmak zorunda kaldığı ancak toplumun geneline açıklanmasını istemediği kişisel alanını da kapsar (T.C. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021). Bu çerçevede mahremiyet, yalnızca bir hak değil; bireyin değerlerini, sınırlarını ve güvenliğini gözetken etik bir sorumluluk alanı olarak da tanımlanabilir.

Mahremiyet hakkı genel olarak bireyin kişisel alanının ve bilgilerinin korunmasını kapsarken, cinsel sağlık alanında bu hak, bireyin cinsel tercihlerini özgürce ifade edebilmesi ve bedensel bütünlüğünün korunması açısından daha özel bir anlam kazanmaktadır. Cinsel sağlıkta mahremiyet hakkı; bireylerin şahsi verilerinin ve özel yaşamın korunmasını içerir. Bu durumda birey; bağımsızlığına karşı çıkılacağı ya da engelleneceğinden korkmadan tehlikesiz ve tatmin edici bir cinsel yaşam için cinsel tercihlerini dile getirebilmelidir. Mahremiyet ayrıca fiziksel dokunulmazlık ve gebeliğin güvenli bir şekilde sonlandırılması konusunda tercihler yapabilmeye ilgili özgürlükleri de içinde barındırır (Aşçı ve Gökdemir 201; Sert, 2012). Cinsel sağlık ve üreme sağlığına dair mahremiyet hakkının tanınması ve hayata geçirilmesi (ya da bu hakkın yeterince sağlanamaması) bireylerin cinsellikleriyle ilgili konularda bağımsız kararlar alabilme, kaliteli bilgi, eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme, cinsel hayatlarına saldırı, baskı ya da korkusuz şekilde mevcudiyetini koruma ve cinsel yönelim ya da cinsel kimlikten kaynaklanan ayrımcılığa karşı korunabilme seviyelerini açıkça etkilemektedir (World Health Organization [WHO], 2017).

Bu nedenle bu kitap bölümünde üreme ve cinsel sağlıkta mahremiyetin ve mahremiyetle ilgili hakların önemini vurgulamayı hedeflemektedir. Kişilerin üreme sağlığı hizmetlerine ulaşımı, kişisel verilerin gizliliği konularındaki hukuki düzenlemeleri ve etik çerçeveyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

2.CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Cinsel sağlık, yalnızca hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil; cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, psikolojik ve toplumsal olarak iyilik hâlidir. Cinsellik ve cinsel ilişkilere pozitif ve saygılı bir yaklaşımı, baskı, dışlama ve şiddetten uzak, güvenli ve tatmin edici deneyimler yaşamayı amaçlar. Cinsel sağlığın sürdürülebilmesi için tüm bireylerin cinsel haklarına saygı duyulmalı ve bu haklar korunmalıdır (WHO, 2017). Üreme sağlığı kavramı ilk kez 1994 yılında Birleşmiş Milletler (BM) Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conference on Population and Development-ICPD) detaylı olarak incelenmiştir. Kahire’de düzenlenen bu konferansta cinsel sağlık ve üreme sağlığının hem kişilerin hem de toplumun gelişimi için önemli bir hak olduğu ilan edilmiş ve Türkiye’nin de kapsamında yer aldığı katılımcı ülkelerden politik görüşlerini bu yönde değiştirip, geliştirmeleri istenmiştir. İlk defa bir insan hakkı olarak tanımlanan bu kavram, tüm şahısların cinsellikleri ve üreme kapasiteleri doğrultusunda bağımsız ve bilinçli karar verebilme hakları uluslararası belgelerle koruma altına alınmıştır (United Nations Population Fund [UNFPA], 2014). Dünya Sağlık Örgütüne göre cinsel sağlık ve üreme sağlığı; doğum kontrolüne erişim, doğurganlık ve infertilite tedavisi sonrası bakımı, anne ve perinatal sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesi ve tedavisi, cinsel ve cinsiyete dayalı şiddetten korunma ve güvenli ve sağlıklı ilişkiler konusunda eğitimi kapsayan geniş bir hizmet yelpazesini ifade eder (WHO, 2025).

Cinsel sağlık/üreme sağlığı hakları, kişilerin bedenleri ve cinsellikleri üzerinde bağımsız karar verebilme; güvenli, sağlıklı ve tatmin edici bir cinsel hayat sürdürme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve hastalıklardan korunma, gebelik ve doğum süreçlerini konforlu şekilde yaşama ve aile planlaması hizmetlerine ulaşmak gibi ana hakları içermektedir (UNFPA, 2022; WHO, 2017). Bu haklar, bireylerin cinsel yönelimleri, cinsiyet kimlikleri ve üreme tercihleri doğrultusunda; damgalanmaya, baskıya ya da saldırıya maruz kalmadan sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini vadeder. Ayrıca, bireylerin doğru ve erişilebilir bilgiye ulaşabilmesini, mahremiyetlerinin korunmasını ve sağlık hizmetlerinde bilinçli onam verebilmesini kapsar (International Planned Parenthood Federation [IPPF], 2016).

Cinsel sağlık/üreme sağlığı hakları; tüm bireyler için cinsel sağlık, cinsel haklar, üreme sağlığı ve üreme haklarını içermektedir. Bu da bireylerin, cinsellik ve üreme konularında bilgiye dayalı, farkındalığı olan ve sorumluluk sahibi olarak kararlar alma hakkına ve bu kararları uygulayabilecek yeterlilikte olmalarını ifade eder. Bu bağlamda, Dünya Cinsel Sağlık Derneği (World Association for Sexual Health [WAS]), 1997 yılında Valencia’da düzenlenen 13. Dünya Seksoloji Kongresi’nde ilk kez “Cin-

sel Haklar Bildirgesi”ni ilan etmiştir. Bu bildiri, 1999’da Hong Kong’da yenilenmiş ve 2014’te genişletilmiştir. 2014 versiyonu, cinsel hakları 16 başlık altında toplanmıştır (WAS, 2014).

Bu haklar;

1. Eşitlik ve ayrımcılığa maruz kalmama hakkı
2. Yaşam, özgürlük ve kişi güvenliği hakkı
3. Otonomi ve bedensel bütünlük hakkı
4. İşkence ve zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezadan muafiyet hakkı
5. Her türlü şiddet ve zorlama olmadan özgür olma hakkı
6. Mahremiyet hakkı
7. Cinsel sağlık dahil olmak üzere en yüksek ulaşılabilir sağlık standardına ulaşma hakkı
8. Bilimsel ilerlemelerden ve uygulamalardan yararlanma hakkı
9. Bilgiye erişim hakkı
10. Eğitim ve kapsamlı cinsellik eğitimi hakkı
11. Eşitlik ve tam özgür rıza temelinde evlilik ve benzeri ilişkileri kurma, sürdürme ve sonlandırma hakkı
12. Çocuk sahibi olup olmama, çocuk sayısı ve doğum aralıklarına karar verme hakkı
13. Düşünce, görüş ve ifade özgürlüğü hakkı
14. Dernek kurma ve barışçıl toplanma özgürlüğü hakkı
15. Kamu ve siyasi yaşama katılım hakkı
16. Adaletle erişim, tazminat ve telafi hakkı

3.CİNSEL YAŞAM VE ÜREMEDE MAHREMİYET HAKKI VE ÖNEMİ

Cinsel yaşam ve üreme süreçleri bireyin en mahrem ve kişisel alanları arasındadır. Bu alanlara ilişkin bilgilerin korunması ve bireyin fiziksel, ruhsal ve duygusal bütünlüğüne saygı gösterilmesi mahremiyet hakkının temelini oluşturur. Mahremiyet yalnızca fiziksel bir alanın korunması anlamına gelmez; aynı zamanda bireyin kendi bedeni ve cinselliğiyle ilgi-

li kararları özgürce alabilmesi ve bu kararların üçüncü kişiler tarafından yargılanmadan veya müdahale edilmeden kabul edilmesi anlamına da gelir (WHO, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Özellikle sağlık hizmetlerinde mahremiyetin korunması, bireyin kendini güvende hissetmesi ve hizmete erişimde herhangi bir engel veya çekince yaşamaması açısından son derece önemlidir. Cinsellik gibi önemli ve mahrem olarak görülen konularda ise gizliliğin önemi daha da artmaktadır.

İştar Işıklı'nın 2018 yılında 41 sağlık personeli ile nitel yaptıkları çalışmada, meslek etiğinin ne anlam ifade ettiği sorulmuş ve sadece 3 sağlık çalışanının “mahremiyet” dediği belirlenmiştir (İştar Işıklı, 2018). Arslan ve Demir'in (2017) farklı branşlardan 4 klinik sorumlusu ve 6 hekimle yarı yapılandırılmış, derinlemesine bireysel görüşme ile yapmış oldukları çalışmada; sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının genel olarak olumlu olduğu ve görev yaptıkları birim ya da meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (Arslan ve Demir 2017). Candan ve Bilgili'nin (2018) 385 hemşire ve ebe ile yapmış olduğu çalışmada; hemşire ve ebelerin mahremiyet algılarının orta düzeyde olduğu, 41 yaş ve üzeri bireylerin mahremiyet algısının en yüksek, 31-35 yaş grubunun ise en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hemşire ve ebelerin eğitim düzeyi arttıkça mahremiyet algılarının da anlamlı biçimde yükseldiği bulunmuştur (Candan ve Bilgili, 2018).

Literatür incelendiğinde, mahremiyet ya da gizlilik konularına odaklanan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Oysa mahremiyet hakkı, yalnızca etik bir ilke değil; aynı zamanda insan hakları kapsamında yer alan, hukuki güvence altına alınmış temel bir hak niteliğindedir (McGowan, 2012). Bu nedenle mahremiyet, sağlık hizmetlerinin her aşamasında öncelikli olarak gözetilmesi gereken bir hak olarak ele alınmalı; tüm sağlık profesyonelleri tarafından titizlikle korunmalı ve uygulanmalıdır.

Bu bölümde mahremiyet hakkına; bilgilerin gizliliği ve beden gizliliği başlığı altında değinilecektir.

3.1. Bilgilerin Gizliliği

Kişisel veri, “6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 3.maddesinde “Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi” şeklinde tanımlanmıştır (KVKK, 2016). Bu bağlamda bir kişi ile ilgili tüm veriler çeşitli olabileceği için özel nitelikli kişisel veriler, hassas veri, özel veri kategorisi gibi çeşitli isimlerle adlandırılmıştır (Orak, 2019). Bu da bireyler ile ilgili her türlü bilginin ne kadar özel, önemli ve hassas olduğunu göstermekle beraber bu verilerin korunma gerekliliğini de göstermektedir. Ayrıca bilgi gizliliği ve kişisel verilerin korunmasının

modern insan haklarından biri olduğu da unutulmamalıdır (United Nations Human Rights Council [UNHRC], 2024).

Verilerin gizliliği sağlık çalışanları için etik bir sorumluluk olduğu gibi, bireylerin kendilerini güvende hissetmelerini ve tıbbi hizmetlere daha kolay ulaşabilmelerini sağlayan bir durumdur. Başka bir deyişle sağlık profesyonellerinin kişisel veri gizliliğini sağlamak zorundalığı, tehlikesiz, konforlu ve saygılı bir hizmet ortamı sağlar. Aksi takdirde, insanlar tıbbi hizmetlere başvurmaktan kaçınabilir; bu da sağlık seviyesini olumsuz etkileyebilir (WHO, 2015). Kişisel sağlık bilgilerinin toplanmasına yönelik kaygılar, özellikle HIV gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üreme sağlığına ilişkin durumlarda daha da artmaktadır. Bireyler, ayrımcılık görme veya damgalanma korkusuyla bilgilerini gizleyebilmekte; bu da kamu sağlığı açısından önemli riskler oluşturabilmektedir (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2021; WHO, 2017). Literatürde bu grup bireylerin bazı etik ve hukuki sorunlarla karşılaştığı öne sürülmektedir (Parker ve Aggleton, 2003). Bu durum yani gizlilik kaygısından kaynaklı bireylerin sağlık bilgilerini paylaşmaktan kaçınmaları tanı ve tedavi süreçlerini geciktirmelerine neden olabilmektedir (Bayer ve Fairchild, 2002). Bu nedenle, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri sunulurken mahremiyet ve gizliliğin korunması temel bir etik ilke olarak gözetilmelidir. Bilgiler güvenli bir ortamda, yalnızca yetkili sağlık personeli tarafından ve bireyin rızası doğrultusunda alınmalıdır (Kaos GL, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.2. Beden Mahremiyeti

Bireyler bedensel temasları, cinsel ilişkileri ve üreme kararları üzerinde tam yetkiye sahiptir; bu kararlara saygı gösterilmesi temel insan hakkıdır (WHO, 2015). Gebeliklerin zorla sonlandırılması veya doğurganlığı önlemeyi amaçlayan müdahaleler, bir bireyin bedensel mahremiyetinin ciddi şekilde ihlali olarak kabul edilir. Benzer şekilde, bireyin açık rızasına rağmen tıbbi zarara yol açmadan gerçekleştirilmeyen müdahaleler (rahim içi araç takılması, sterilizasyon veya kürtaj gibi) mahremiyet hakkının ihlalidir (Sert, 2012). Bir bireyin bedeninin, duygularının, düşüncelerinin ve özel hayatının sınırlarını belirleme hakkı, fiziksel ve ruhsal bütünlüğünün korunması açısından temel insan haklarından biri olarak kabul edilir (UNFPA, 2022). Bir bireyin kendi bedeniyle ilgili karar alma hakkı, herhangi bir kişi veya kurumun onayına bağlı olmamalıdır. Ancak bazı istisnai durumlarda -örneğin zihinsel yetersizlik veya reşit olmama gibi yasal sınırlamalar varsa- karar alma sürecine başka bir kişi veya yasal temsilci dahil edilebilir (Sert, 2012). Ayrıca bilgilendirilmiş onam, bir bireye kendi özgür iradesi ve sağlık katılımına dayalı yeterli bilgi verilmesini sağlar. Bu süreç yalnızca tedavi müdahalesini kabul etmenin ma-

liyetini değil, aynı zamanda reddetmeyi de içerir. Kişinin onayı olmadan yapılan tıbbi müdahaleler veya özel sağlık bilgilerinin izinsiz paylaşılması yalnızca gizliliği değil aynı zamanda sağlık güvenliğini de ihlal eder (WHO, 2015).

3.3. Kendini İfade ve Geliştirme Hakkı

Bireyin cinsel tercihleri dahil, cinsel davranışları ve ilişkilerine ait verilerin kontrolü üzerinde söz hakkı olması bu bilgilerin açıklanmasını engelleyebilme, kendi bedenine ait karar verme ve bu kararları kimse tarafından yönlendirilmeden ifade edebilme hakkı, bireyin mahremiyet, özerklik ve insan onuru çerçevesinde değerlendirilen temel insan hakları arasında yer almaktadır. Bu bağlamda bireyler, mahremiyet ihlali korkusu yaşamadan düşüncelerini paylaşabilmeli, sağlık kararlarını açıkça dile getirebilmeli ve gerektiğinde sağlık profesyonellerine geri dönüt verebilmelidir (Tosun ve Aksoy, 2019). Ancak pratikte bu hakların korunması sıklıkla sosyal normlar, kültürel önyargılar ve sağlık sistemindeki yapısal eşitsizlikler tarafından engellenmektedir. Sosyal kurallar, ayrımcılık, damgalama ve sağlık çalışanlarının önyargılı yaklaşımları bireyleri bu haklardan mahrum bırakmaktadır. Özellikle farklı cinsel yönelimlere sahip kişiler, HIV ile yaşayan kişiler, seks işçileri ve göçmen kadınlar damgalanma ve dışlanma korkusu nedeniyle sıklıkla kendilerini ifade edememekte, sessiz kalmakta veya hiç tıbbi hizmet alamamaktadır (Ma ve ark., 2007; Pellowski ve ark., 2013). 2016 yılında bir araştırma, cinsel azınlıklara mensup bireylerin sağlık hizmetlerinde sıklıkla dışlanma ve önyargıyla karşı karşıya kaldıklarını ve bu nedenle rutin sağlık kontrollerine gitmediklerini ortaya koymuştur (Logie ve ark., 2016).

HIV/AIDS ile yaşayan bireyler üzerinde yapılan çalışmalar, bu bireylerin damgalanma ve sosyal dışlanma korkusu nedeniyle kendilerini ifade etmekten ve sağlık hizmetlerinden kaçındıklarını göstermektedir. Ancak bu bireylerin sağlık hizmetlerine eşit, ayrımcılık yapılmayan ve onurlu bir şekilde erişim hakkı vardır (Yıldız ve Karaca Dedeoğlu, 2023). Bu hakların gerçekleştirilebilmesi için sağlık profesyonelleri için kültürel yeterlilik ve ayrımcılık karşıtı eğitim programları genişletilmeli ve bireylerin güvenli alanlarda gizlilik içinde destek alabilecekleri sistemler oluşturulmalıdır (Poteat ve ark., 2013; Turan ve ark., 2017).

4. MAHREMİYET HAKKININ HUKUKİ TEMELLERİ

4.1. Uluslararası Mevzuatlar

Mahremiyet hakkı, demokrat devlet anayasaları tarafından güvence sağlanan esas hakları yansıtır kişisel alanın korunmasını temel alır (Diggelmann ve Cleis, 2022). Bu hak, 1948'de kabul edilen Birleşmiş Millet-

ler Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi'nde, kişilerin mahremiyetlerine saygı duyulmasını açık bir şekilde bildirmiştir. Hiç kimsenin, ailesi, evi, özel hayatı ve haberleşmelerine gerekçesiz müdahale edilemez. Hiç kimse, şeref ve saygınlığıyla ilgili saldırılara uğratılamaz (United Nations, 1948). Ayrıca, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS)'de herkesin aile ve özel hayatına, evine ve haberleşmesine saygı duyulmasını isteme hakkı sadece yasalarla ve özgürlükçü bir toplumda mecburi durumlarda kısıtlanabilir (AİHS, 1950). Uluslararası hukuki düzenlemeler, mahremiyetin yalnızca veri gizliliğinin sağlanması değil, kişilerin özgürce karar verme hakkını da garanti ettiğinin altını çizerek (WHO, 2015). Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW), üreme sağlığı ve cinsel sağlıkta, kadınların kendi bedenleri üzerinde söz sahibi olma, aydınlatılmış onam hakları, mahremiyetlerinin korunmasını ve kadınların da bu hizmetlerden erkeklerle eşit şekilde yararlanma hakkı sağlar (United Nations, 1979). Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (ICCPR), bireylerin mahremiyetlerinin ihlal edilmesini yasaklayan ve bunu ihlal eden devletler için yaptırımları olan önemli bir belgedir (United Nations, 1966). Uluslararası sağlık protokolleri, mahremiyetin korunmasının kişilerin sağlığını, güvenliğini ve bağımsızlığını doğrudan etkilediğini savunur (Atalay, 2021). Dolayısıyla, mahremiyet hakkının korunması yalnızca kişisel bir hak değil, buna ek olarak insan onuruna ve sağlık hizmetlerine eşit erişime saygı duyan bir gereksinim olarak görülür (Diggelmann ve Cleis, 2022).

4.2. Türkiye'deki Yasal Düzenlemeler

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, bireyin özel yaşamının korunmasına ilişkin hakları anayasal güvence altına alarak mahremiyet hakkının en temel ve bağlayıcı hukuki dayanaklarından birini oluşturur. Anayasa'nın 20. maddesine göre, herkes özel ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme ve kişisel verilerinin korunmasını talep etme hakkına sahiptir. Bu kapsamda, kişisel veriler yalnızca hukuki düzenlemelere uygun olarak veya bireyin açık rızası ile işlenebilir. Aynı şekilde, konut dokunulmazlığı anayasal güvence altındadır; hiç kimsenin konutuna rızası olmadan girilemez, eşyalarına el konulamaz veya arama yapılamaz. Anayasa'nın 22. maddesi ise bireylerin haberleşme hürriyetini ve iletişimin gizliliğini koruma altına alır. Ancak bu haklara yalnızca kanunla öngörülen ve hâkim kararıyla sınırlı olmak üzere, kamu güvenliği veya suçun önlenmesi gibi meşru gerekçelerle müdahale edilebilir (T.C. Anayasası, 1982). Sağlık hizmetleri bağlamında mahremiyet hakkı, yalnızca anayasal koruma ile sınırlı kalmayıp, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi ikincil düzenlemelerle de detaylandırılmıştır. Yönetmeliğe göre, hasta mahremiyetine saygı esastır ve hasta bunu açıkça talep etmese dahi sağlık çalışanları bu hakkı korumakla yükümlüdür. Tüm tıbbi uygulamalar, hastanın özel alanı-

na saygı gösterilerek, yalnızca gerekli sağlık personelinin katılımıyla ve uygun fiziksel koşullarda gerçekleştirilmelidir. Hastanın rızası olmaksızın yanında üçüncü kişilerin bulunmasına izin verilmemelidir. Ayrıca, ölümle birlikte mahremiyet hakkı ortadan kalkmaz; hasta hakkı yaşamın sona ermesiyle de korunmaya devam eder. Rıza olmaksızın bireyin herhangi bir tıbbi işleme tabi tutulması açık bir hak ihlali niteliğindedir. Kişiye ait sağlık bilgileri, bireyin açık onamı olsa dahi, üçüncü kişilerle paylaşılmaz; meslek etiği ve gizlilik yükümlülüğü bu noktada önceliklidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998). Bu düzenlemeler, mahremiyetin sadece bireysel bir hak değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin etik altyapısını oluşturan temel ilkelerden biri olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu düzenlemeler, mahremiyetin sadece bireysel bir hak değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin etik altyapısını oluşturan temel ilkelerden biri olduğunu ortaya koymaktadır. Mahremiyet hakkının yalnızca fiziksel ortamlarla sınırlı olmadığı, dijital çağda bireyin kişisel verileri üzerindeki denetim hakkını da kapsadığı görülmektedir. Bu bağlamda, bireylerin özel yaşamlarının dijital düzlemde korunmasını sağlamak amacıyla 2016 yılında yürürlüğe giren 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK), mahremiyet hakkının modern ve kapsamlı bir yasal çerçevesini sunmaktadır. Kanun, kimliği belirli ya da belirlenebilir gerçek kişiye ait verilerin yalnızca ilgili kişinin açık rızasına dayanarak ya da kanunda açıkça öngörülen hâllerde işlenebileceğini hükme bağlamaktadır (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016; Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2021). Özellikle sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler, “özel nitelikli veri” olarak tanımlanmakta ve ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis ve tedavi gibi zorunlu durumlar haricinde açık rıza olmadan işlenememektedir. Bu yönüyle KVKK, bireyin sadece verilerinin gizliliğini değil, aynı zamanda bu veriler üzerinde tasarruf, erişim ve itiraz hakkını da içeren geniş bir koruma alanı sunmaktadır. Kanun çerçevesinde bireyler, kendilerine ait kişisel verilerin işlenip işlenmediğini öğrenme, verilerine erişim sağlama, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme, işleme faaliyetlerine itiraz etme ve hak ihlali hâlinde zararlarının tazminini isteme gibi çok boyutlu haklara sahiptir. Ayrıca, veri işleme süreçlerinin şeffaflığı, veri minimizasyonu (yalnızca gerekli verilerin toplanması) ve hesap verebilirlik ilkeleriyle desteklenmesi, mahremiyetin dijital çağda yalnızca korunması değil, aynı zamanda güçlendirilmesini de hedeflemektedir (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016).

5. MAHREMİYETİN KORUNMASINDA HEMŞİRELERİN SORUMLULUĞU

Üreme sağlığı hizmetleri, bireyin fiziksel bütünlüğünü ve kişisel mahremiyetini doğrudan etkileyen oldukça hassas bir sağlık hizmeti alanıdır. Bu nedenle mahremiyetin korunması sadece hasta haklarının bir gereği değil, aynı zamanda etik hemşirelik uygulamalarının da temelidir. Hemşirelik mesleği özerkliğe değer verme ve güven temelli bakım sağlama ilkeleriyle mahremiyeti korumada kilit noktadır. Özellikle mahremiyetin yüksek önem taşıdığı gebelik, kürtaj, doğum, lohusalık, emzirme, menopoza, infertilite ve jinekolojik muayene gibi kadın sağlığı ile ilgili süreçlerde hemşirenin duyarlı ve bilinçli yaklaşımı, bireyin sağlık hizmetine katılımını ve memnuniyetini doğrudan etkilemektedir (Candan, 2018). Bu süreçte mahremiyet dikkate alınmadan yapılan hemşirelik uygulamaları -özellikle cinsel/üreme sağlığı hizmetlerinde- bireylerin sağlık hizmetlerine başvurmaktan kaçınmasına ve sağlık hizmeti sürecinde psikososyal sorunlar yaşamasına yol açabilir (Bekmezci ve Özkan, 2015). Bu nedenle hemşireler bakım planlamasından hasta iletişimine kadar her aşamada gizliliği sağlamakla yükümlüdür.

Mahremiyetin korunmasına yönelik temel uygulamalardan biri de aydınlatılmış onamın alınmasıdır. Kadına yapılacak her işlem hakkında açık ve anlaşılır bilgi verilmesi ve rızasının alınması hem etik hem de hukuki bir zorunluluktur. Bu yaklaşım, kadının kendisine sunulan hizmet üzerinde kontrol sahibi olmasını ve bakım sürecine aktif katılımını mümkün kılar (Kotaska, 2017). Kadınlara sağlık hizmeti sunulurken, odasına girmeden önce izin istemek, hastanın sağlık kayıtlarını, cinsel tercihlerini ve ailevi ilişkilerini izinsiz olarak paylaşmamak gibi uygulamalar temel etik gerekliliklerdir (Candan ve Bilgili, 2018). Sağlık profesyonellerinden özellikle kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler hasta mahremiyetini koruma sorumluluğunu yalnızca bireysel düzeyde değil sistem düzeyinde de taşımaktadır. Bu nedenle sağlık sistemine yönelik hizmet içi eğitimler ile etik açıdan farkındalık oluşturulması büyük önem arz eder (Özata ve Özer, 2017).

Sağlık hizmetlerinde mahremiyetin ihlali, bireyin bilgilendirilmesi ve onayı alınmadan tıbbi müdahalelerde bulunulması, bireyin onayı olmadan doğurganlıkla ilgili işlemlerin yapılması, mahremiyetin korunmadığı fiziksel ortamların kullanılması (örneğin açık kapılı muayene odaları) ve tedavi sürecinde kişisel sağlık verilerinin üçüncü kişilerle paylaşılması gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir (Akyüz, 2023). Bu ihlaller yalnızca yüz yüze hizmet sunumunda değil, dijital sağlık sistemleri aracılığıyla da gerçekleşebilir (Karaarslan, 2016). Yapılan bu ihlaller, bireyin sağlık çalışanlarına olan güvenini derinden sarsabilir, etkili iletişimi ve tedavi sürecini

ciddi şekilde olumsuz etkileyebilir. Güven duygusu zedelenen birey, tedavi sürecine aktif olarak katılmaktan kaçınabilir ve sağlık çalışanlarının rehberliğine direnç geliştirebilir. Mahremiyetin ihlali, özellikle kadınlar üzerinde daha yoğun bir psikososyal etkiye sahiptir; utanma, kırılganlık, değersizlik hissi, açık iletişim kurmada zorluk, özgüven kaybı ve sosyal izolasyon gibi sonuçlara yol açabilir (Tosun ve Aksoy, 2019). Bu tür duygular, bireylerin sağlık sistemiyle etkileşimini zayıflatarak sağlık hizmetlerine geç başvurma, tedaviyi reddetme veya hizmetlerden tamamen çekilme gibi davranışlara yol açabilir (Öztürk ve ark., 2014). Kadın sağlığı bağlamında ise bu durum, özellikle jinekolojik muayenelere, doğum sürecine veya aile planlaması hizmetlerine erişimde sürekli huzursuzluk, kaygı ve kaçınma davranışı olarak kendini gösterebilir. Sonuç olarak, mahremiyetin ihlali yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal düzeyde de kadınların sağlık hakkına erişimini kısıtlayan önemli bir engele dönüşebilmektedir.

Bu nedenle; yönetim düzeyinde politika geliştirilmesi, etik farkındalık eğitimlerinin yaygınlaştırılması, yasal sorumlulukların netleştirilmesi ve denetim mekanizmalarının etkinleştirilmesi, söz konusu ihlallerin önlenmesinde kritik öneme sahiptir (Özata ve Özer, 2017; Tosun ve Aksoy, 2019). Hemşireler ise bu süreçlerde yalnızca bakım uygulayıcıları olarak değil, aynı zamanda mahremiyetin korunması ve etik ilkelerin uygulanmasında öncü rol üstlenmelidir.

6. MAHREMİYETİ KORUMAYA YÖNELİK ÖNERİLER

1. Fiziksel ortamların düzenlenmesi yapılmalıdır. Muayene odalarında perde, paravan, kapı kontrolü gibi tedbirler alınarak; mahremiyetin fiziksel koşulları sağlanmalıdır (Özata ve Özer, 2017).

2. Hasta verilerinin siber güvenliği sağlanmalıdır. Elektronik kayıt sistemlerinde güvenlik protokolleri uygulanmalı, hasta verileri erişimlere karşı korunmalıdır (Karaarslan, 2016).

3. Sağlık çalışanları, hasta hakları ve mahremiyet konusunda hizmet içi eğitimler almalıdır. Eğitimler sadece teknik bilgi değil, etik farkındalık da içermelidir (Tosun ve Aksoy, 2019). Mahremiyeti korumak, sadece bireysel duyarlılıkla değil, mesleki etik sorumluluk ve disiplinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir (Arslan, 2017; Candan, 2018).

4. Hasta, aydınlatılmış onam sürecinde açık ve anlaşılır biçimde bilgilendirilmeli, tıbbi girişimlerde onayı alınmalıdır (Sert, 2012; Tosun ve Aksoy, 2019).

5. Bireyin sağlık verilerine erişim, düzeltme veya silme hakkı olduğuna dair bilgi verilmeli, hastaya verileri üzerinde kontrol hakkı sağlanma-

lıdır (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016).

6. Savunmasız grupların (mülteciler, seks işçileri, HIV+ bireyler, LG-BTQ+) maruz kaldığı mahremiyet ihlallerini önüne geçmek için damgalamayı önleyen düzenlemeler geliştirilmelidir (Tosun ve Aksoy, 2019).

7. SONUÇ

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında mahremiyet hakkı; kişilerin fiziksel, ruhsal ve bilişsel uyumunun korunmasının temelidir. Mahremiyet, yalnızca bir ortamın gizliliği değil; bireyin bedeni, kimliği, kararları ve ilişkileri hakkında söz sahipliğidir. Bu hak, tıbbi hizmetlerin insan hakları temelinde sunulmasının en belirgin özelliklerinden biri olarak değerlendirilmeli; bireyin otonomisine saygı gösterilerek sağlık sisteminin her kısmında etkin şekilde uygulanmalıdır. Aksi takdire mahremiyetin ihlali güven ilişkilerini ve özellikle kadınların tedavi arayışı süreçlerini etkileyerek bu bireylerin sağlık hizmeti alma hakkından mahrum kalmasına neden olabilmektedir. Özellikle cinsel/üreme sağlığı mahremiyetin yoğun şekilde korunması gereken hizmet alanlarında sağlık profesyonelleri sadece fiziksel gizliliği değil; onam sürecini, bilgi güvenliğini ve ifade özgürlüğünü de gözetmelidir. Mahremiyet, bireyin sadece korunmasını değil, bunun yanı sıra desteklenmesini gerektirir. Bu nedenle kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin mahremiyeti kişinin bakım sürecine aktif katılan, güven sağlayan ve kaliteli sağlık hizmetini mümkün kılan bir unsur olarak görmelidir. Mahremiyet hakkını, kişinin kendi bedenine ve hayatına ait kararlarını özgürce verebilmesinin garantisi olarak, sağlıklı toplumların gelişiminde vazgeçilmez bir değer olarak bilmelidir.

Bu anlayış doğrultusunda yapılması gerekenler sadece bireysel tutumlarla sınırlı değildir; kurumsal ve yapısal düzenlemeler de kaçınılmazdır. Hemşirelerin etik ve iletişim becerilerini güçlendirmek amacıyla düzenli eğitim programlarının sunulması, yasal düzenlemelerin güncellenerek mahremiyeti koruyucu hükümlerle desteklenmesi ve sağlık hizmeti sunulan ortamların fiziksel olarak mahremiyeti sağlayacak biçimde düzenlenmesi gereklidir. Aynı zamanda, kırılgan ve dezavantajlı gruplara yönelik ayrımcılığı önleyecek sağlık politikalarının geliştirilmesi de bu sürecin ayrılmaz bir parçasıdır.

Sonuç olarak, mahremiyet hakkı; bireyin kendi bedeni ve yaşamı hakkında özgürce karar verme yetisini güvence altına alan, sağlıklı toplumların gelişiminde vazgeçilmez bir değerdir. Kadın sağlığı hizmetlerinde görev alan tüm profesyonellerin bu hakkı tanınması, gözetmesi ve savunması hem bireysel hem de toplumsal sağlık düzeyinin yükselmesine önemli katkılar sağlayacaktır.

8.KAYNAKLAR

- Akyüz, E. (2023). Hastanelerde Mahremiyet İhlalleri: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 31(1), 84–90. <https://doi.org/10.5336/MDETHIC.2022-93100>
- Arslan, E. T., & Demir, H. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumu: Nitel bir araştırma. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(4), 191–220.
- Aşçı, Ö., & Gökdemir, F. (2017). Etik Yönleriyle Üreme Hakları ve Cinsel Haklar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs- Special Topics*, 3(3), 151–162. <https://www.researchgate.net/publication/320947144>.
- Atalay, H. N. (2021). Mahremiyet Kapsamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması ve Depolanması. *Journal of Academic Perspective on Social Studies*, 1, 1–20. <https://doi.org/10.35344/JAPSS.786353>
- Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. (1950). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. https://www.echr.coe.int/documents/convention_tur.pdf
- Bayer, R., & Fairchild, A. (2002). The limits of privacy: Surveillance and the control of disease. *Health Care Analysis: Journal of Health Philosophy and Policy*, 10(1), 19–35. <https://doi.org/10.1023/A:1015698411824>
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Bekmezci, H., & Özkan, H. (2015). Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 113–124. <https://doi.org/10.17681/hsp.33830>
- Candan, M., & Bilgili, N. (2018). Hemşire ve ebelerin hasta mahremiyetine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 34–43.
- Diggelmann, O., & Cleis, M. N. (2022). Mahremiyet Hakkı Nasıl İnsan Hakkı Haline Geldi (J. Yaşar, Trans.). 173–192. <https://www.ivr.uzh.ch/dam/jcr:7d920bc3-9d2c-4fa7-b3e5-ec1d1ef2ee0f/How%20the%20Right%20to%20Privacy%20Became%20a%20Human%20Right.pdf>
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. In S. Spicker & S. Gadow (Eds.), *Nursing: Images and ideals* (pp. 79–101). Springer.
- International Planned Parenthood Federation. (2016). Sexual rights: An IPPF declaration. Retrieved from <https://www.ippf.org/resource/sexual-rights-ippf-declaration>
- İştar Işıklı, E. (2018). Hastane çalışanlarının meslek etiği hakkındaki görüşlerinin ve etik sorunlarının incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(66), 861–873.
- Kaos GL Derneği. (2019). Cinsel sağlık ve insan hakları raporu. <https://kaosgldernegi.org>
- Karaarslan, E. (2016). Elektronik Sağlık Kayıtlarının Gizlilik ve Mahremiyeti. <https://www.researchgate.net/publication/287975276>
- Kişisel Verileri Koruma Kurumu. (2021). Özel nitelikli kişisel verilerin işleme

- şartları hakkında rehber. <https://www.kvkk.gov.tr/Icerik/6832/Ozel-Nitelikli-Kisisel-Verilerin-Islenme-Sartlari>
- Kotaska, A. (2017). Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. *Birth*, 44(3), 195–199. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12281>
- Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Wang, Y., Jones, N., Levermore, K., Neil, A., Ellis, T., Bryan, N., Harker, S., Marshall, A., & Newman, P. A. (2016). Prevalence and correlates of HIV infection and HIV testing among transgender women in Jamaica. *AIDS Patient Care and STDs*, 30(9), 416–424. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0145>
- Ma, W., Detels, R., Feng, Y., Wu, Z., Shen, L., Li, Y., Li, Z., Chen, F., Wang, A., & Liu, T. (2007). Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, China. *AIDS* (London, England), 21(Suppl 8), S129–S135. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000304708.64294.3f>
- McGowan, R. (2012). *Ethics and privacy in healthcare*. Oxford University Press.
- Orak, B. (2019). *Kişisel sağlık verilerinin korunması (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü)*.
- Özata, M., & Özer, K. (2017). Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi Investigation of the Attitudes of Health Care Staff about Patient Privacy (Vol. 20, Issue 1).
- Öztürk, H., Bahçecik, N., & Özçelik, K. S. (2014). The development of the patient privacy scale in nursing. *Nursing Ethics*, 21(7), 812–828. <https://doi.org/10.1177/0969733013515489>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13–24.
- Pellowski, J. A., Kalichman, S. C., Matthews, K. A., & Adler, N. (2013). A pandemic of the poor: Social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *The American Psychologist*, 68(4), 197–209. <https://doi.org/10.1037/a0032694>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- Sert, G. (2012). *Vakalarla Türkiye’de üreme hakları: Etik ve yasal değerlendirmeler. Türkiye Biyoetik Derneği Yayınları*.
- Taşçı, K. D. (2007). Doğum Yapan Hastaların Aldıkları Bakımı Hasta Hakları Açısından Değerlendirmeleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(10). <http://www.bilkent.edu.tr/~>
- T.C. Anayasası. (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Resmî Gazete, 2709 sayılı Kanun. Kabul Tarihi: 7.11.1982. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (2016). 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6698&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998). *Hasta Hakları Yönetmeliği*. Resmî Gazete,

- 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23420&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Hasta Hakları Yönetmeliği SAhttps://pertekeih.saglik.gov.tr/TR-943217/hasta-haklari-yonetmeli.html
- T.C. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). Sağlıkta kalite standartları: Hastane seti (Sürüm 6.1).<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>
- Tosun, H., & Aksoy, H. (2019). Privacy in midwifery practices. *Journal of Health Professionals Research*, 1(1), 21–27.
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., & Turan, J. M. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5>
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2021). Confronting inequalities: Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- United Nations. (1966, December 16). Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- United Nations. (1979, December 18). Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılmasına Dair Sözleşme. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- United Nations Human Rights Council. (2024). The right to privacy in the digital age: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc5117-right-privacy-digital-age>
- United Nations Population Fund. (2014). Programme of Action of the International Conference on Population and Development 20th Anniversary Edition. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD%20PoA%20English.pdf>
- United Nations Population Fund. (2022). My body is my own – State of world population report. <https://www.unfpa.org/sowp-2022>
- Yıldız, B., & Karaca Dedeoğlu, A. (2023). HIV ile yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken ayrımcılık ve damgalanma bağlamında karşılaştıkları hukuksal sorunlar. *Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Dergisi (TJOB)*, 10(1), 18–27.
- World Association for Sexual Health. (2014). Declaration of sexual rights. https://www.worldsexualhealth.net/_files/

ugd/793f03_779f193815894895b9d1480bde676c37.pdf

World Health Organization. (2015). Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549100>

World Health Organization. (2015). Sexual health, human rights and the law. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2017). Guidelines on HIV self-testing and partner notification. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550085>

World Health Organization. (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health: An operational approach. <https://www.who.int/publications/i/item/978924151288>

World Health Organization. (2025). Sexual and reproductive health and rights. https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_1

Bölüm 3

PEDİATRİK ORGAN NAKLİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dilek ÇİFTÇİ BAYKAL¹, Kader YALPI²

1 Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Van, Türkiye dilekbaykal@yyu.edu.tr

2 Hemşire, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Van, Türkiye kaderyalpi549@gmail.com ORCID ID:0009-0008-6953-3223

GİRİŞ

Organ nakli işlemleri, 19. yüzyılın orta dönemlerinde organların beden içerisindeki rollerinin keşfiyle başlayarak, Emil Theodor Kocher'in 1883'te gerçekleştirdiği tiroid doku nakliyle tarihsel bir kırılma noktasına ulaşmıştır (Schlich, 2011). 20. yüzyılda immünoloji alanının gelişimiyle, Peter Medawar'ın doku reddinin bağışıklık savunmasıyla alakalı olduğunu ortaya koyması ve bağışıklık baskılayıcı ilaçların gelişimi ile böbrek, kalp, karaciğer ve kemik iliği gibi organların transpalantasyonu başarıyla sağlanabilmiştir (Ertin, 2014). Günümüzde ise ksenotransplantasyon araştırmaları sınırlı ilerleme gösterse de, kök hücre uygulamaları ve biyomühendislik sahasındaki yenilikler, nakledilecek organ yetersizliğine çözüm olabilecek umut vadeden seçenekler sunmaktadır (Ekser ve ark., 2012).

Organ nakli, son evre organ yetmezliği olan kişilerde yaşam süresini artırmak ve hayat kalitesini geliştirmek amacıyla uygulanan en iyi tıbbi tedavi yöntemlerindendir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Organ kaybı yaşayan çocuk bireyler için bu durum hem bedensel hem de ruhsal açıdan önemli sonuçlara neden olabilmektedir (Kara, 2021). Pediatrik bireylerde organ transplantasyonu, erişkinlere göre daha zorlayıcı bir işlem olup, yapısal ve biyolojik farklılıklar sebebiyle multidisipliner bir yöntem gerektirir (Demir ve Yıldırım, 2020).

Pediatrik organ değişimi, doğuştan gelen anomaliler, kalıtsal rahatsızlıklar, enfeksiyonlar veya bağışıklık kaynaklı nedenlerle oluşan organ yetersizliklerinde yaşamsal bir rol üstlenmektedir (Yılmaz ve Aksoy, 2022). Böbrek, karaciğer, kalp ve seyrek olarak akciğer gibi organların nakli çocuk hastalarda en yaygın uygulanan nakil biçimleri arasında bulunmaktadır (Türkmen ve Altuntaş, 2021). Türkiye'de 2023 yılı itibarıyla nakil bekleyen çocukların sayısının binin üzerinde olduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Pediatrik nakillerde, bağışıcı kaynaklarının azlığı ve uygun organ temininde yaşanan zorluklar, bu alanın temel problemleri arasında yer almaktadır (Çalışkan ve Bayraktar, 2020). Canlı donörlü nakiller, özellikle böbrek ile karaciğer değişimlerinde yaygın olarak uygulanmaktadır; ancak etik ve hukuki düzenlemeler açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir alandır (Gür ve Aydoğan, 2019). Organ bağışı düzeyinin yetersiz kalması, pediatrik transplantasyonların zamanında gerçekleşmesini engellemekte ve ölüm oranlarını artırmaktadır (Ergin ve Taş, 2021). Pediatrik organ transplantasyonu, yalnızca tıbbi değil aynı zamanda etik, hukuksal ve sosyokültürel yönlerden de ayrıntılı analizler gerektiren bir süreçtir (Kaptanoğlu ve Kılıç, 2022). Çocuğun üstün yararı ilkesi doğrultusunda, doktor, hemşire, ebeveyn ve etik komite gibi tüm tarafların karar sürecine etkin katılımı büyük önem taşımaktadır (Özde-

mir, 2020). Bu sunum çerçevesinde pediatrik organ nakli süreci, klinik ve etik yönleriyle birlikte incelenecek ve bu alanda hemşirelik hizmetlerinin değeri ele alınacaktır (Yılmaz ve Aksoy, 2022).

TÜRKİYE’ DE ORGAN NAKLİ

Ülkemizde organ transplantasyon süreçlerinin dönüşüm ve ilerlemesinde, kültürel uyum; organ bağıışı ile teminini desteklemek adına yasal ve stratejik dönüşüm; organ muhafazası, cerrahi uygulamalar, bağıışıklık bilimi, immünsüpresyon alanındaki teknik ve bilişsel yenilikler; bulaşıcı rahatsızlıkların kontrolü gibi birçok unsur etkili olmuştur (Akyolcu ve Şahin, 2021). Türkiye’de ilk başarılı organ nakli, 1975 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde Dr. Haberal ve ekibi tarafından anneden alınan bir böbreğin 12 yaşındaki çocuğa nakledilmesiyle uygulanmıştır. İlerleyen dönemlerde organ naklinin ilerleyişinde küresel ölçekte etkili olan unsurların, ülkemiz tıp alanına olumlu etkileri sayesinde önemli gelişmeler yaşanmış ve çok sayıda doku ile organ nakli başarıyla uygulanır duruma gelmiştir (Ertin, 2014). Akdeniz Üniversitesi’nde ilk çift kol nakli (2010), ilk yüz nakli (2012) ile birlikte, dünyada ve Türkiye’de ilk rahim nakli 2011 yılında yapılmıştır (Akyolcu ve Şahin, 2021). Türkiye’de ilk organ nakli hemşireleri arasında Sevgi Hatipoğlu ve ekibi bulunmaktadır. Organ nakli hemşireliğiyle ilgili ilk bilimsel yayınlar 1978 ve 1979 yıllarında ortaya konmuştur (Hatipoğlu ve ark., 2017).

PEDİATRİK ORGAN TRANSPLANTASYONU

Tedavi edilmesi mümkün olmayan rahatsızlıklar nedeniyle çalışamaz duruma gelen organların yerine, canlı ya da kadavradan alınan sağlam ve uygun organın yerleştirilerek hastanın iyileştirilmesine organ nakli ya da transplantasyon adı verilir (Gülen ve ark., 2018). Pediatrik organ nakli, çocukluk döneminde ortaya çıkan organ yetersizliklerinin tedavisinde hayat kurtaran bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz ve Aksoy, 2022).

Çocuklarda organ yetersizliği; doğumsal anomaliler, kalıtsal hastalıklar, enfeksiyonlar ve metabolik rahatsızlıklar gibi nedenlerle gelişmektedir (Türkmen ve Altuntaş, 2021). İleri evre organ yetmezliği tanısı almış çocuklarda organ nakli uygulamaları giderek artan oranlarla gerçekleştirilmektedir (Şekil 1). Çocuklarda organ nakli en fazla 11-17 yaş aralığında yapılmakta, nakledilen organlar arasında böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince bağırsak yer almaktadır (Karataş ve ark., 2018). Böbrek, karaciğer ile kalp nakilleri, pediatrik nakil girişimleri içerisinde en yaygın uygulanan işlemlerdir (Demir ve Yıldırım, 2020).

	2019	2020	2021	2022	2023
Böbrek	22.935	22.138	22.491	23.840	24.551
Karaciğer	2.260	2.199	2.180	2.526	2.592
Kalp	1.163	1.215	1.232	1.354	1.450
Akciğer	89	152	141	177	198
Pankreas	297	285	274	272	277
İnce Bağırsak	1	1	5	2	1
Kornea	1.723	2.230	3.085	3.352	3.794
Kemik iliği	2817	2.803	2.200	1.614	1.672
Toplam	31.285	31.023	31.608	33.137	34.535

Şekil 1. Yıllara Göre Doku ve Organ Nakli Bekleyen Hasta Sayısı (Sağlık Bakanlığı, 2023)

Canlı donörlü nakiller, özellikle böbrek ile karaciğer nakillerinde çocuk hastalarda daha sık biçimde uygulanmaktadır (Kara, 2021). Pediatrik alıcılarda organ boyutu, bağışıklık sisteminin tam gelişmemesi ve fizyolojik farklılıklar sebebiyle erişkin nakillerine kıyasla daha karmaşık bir süreç izlenmektedir (Yılmaz ve Aksoy, 2022). Organ nakli öncesinde kapsamlı fiziksel muayene, enfeksiyon değerlendirmesi ve psikososyal hazırlığın yapılması zorunludur (Sağlık Bakanlığı, 2023). Nakil sonrasında en ciddi tehlikeler arasında akut ya da kronik reddetme, enfeksiyon gelişimi ve immünsüpresif tedavilere bağlı yan etkiler bulunmaktadır (Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği, 2023).

Hemşireler, ameliyat sonrası bakımda yaşam bulgularının gözlemlenmesi, ilaç uygulamalarının izlenmesi ve aileye yönelik bilgilendirme süreçlerinin planlanmasında etkin görev üstlenmektedir (Güney ve Yılmaz, 2024). Bunun yanında, pediatrik hastaların gelişim düzeylerine uygun psikososyal destek almaları, iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (Türkmen ve Altuntaş, 2020). Organ bağışındaki yetersizlik ve kadavra verici teminindeki zorluklar, çocuk hastaların bekleme sürelerini uzatmakta ve ölüm riskini artırmaktadır (Ergin ve Taş, 2021). Etik yönden bakıldığında, pediatrik nakillerde çocuğun üstün yararı ilkesi, ebeveyn rızası ve gerekiyorsa çocuğun da onayı dikkate alınarak karar verilmelidir (Kaptanoğlu ve Kılıç, 2022).

PEDATRİK ORGAN NAKİL ENDİKASYONLARI

Pediatrik organ yetmezliği, çocukluk çağında yaşamsal öneme sahip organların görevlerini sürdürememesi olarak tanımlar ve sıklıkla doğuş-

tan gelen ya da sonradan ortaya çıkan nedenlerle meydana gelir (Cantez ve Durmaz, 2012). Bu yetmezlikler çoğu zaman yaşamla bağdaşmayan klinik durumlarla birlikte görülür ve organ nakli gerektirecek kadar ciddi tıbbi sorunlara yol açar (Özkan, 2021)..

Karaciğer Yetmezliği: Akut ya da kronik karaciğer fonksiyon bozuklukları, özellikle biliyer atreziler, Wilson sendromu, bazı metabolik bozukluklar ve fulminan hepatit gibi sebeplerle geliştiğinde, etkili tek tedavi yöntemi karaciğer naklidir (Demirbaş ve ark., 2023). Bu çocuklarda uygulanan destekleyici tedaviler yalnızca geçici rahatlama sağlamakta, yaşamın devamı için karaciğer nakli zorunlu hale gelmektedir (Yıldız ve Akçay, 2023).

Kalp Yetmezliği: Gelişmiş düzeydeki kalp yetmezliği, çoğunlukla dilate kardiyomiyopati veya bazı doğumsal kalp hastalıklarının komplikasyonu sonucu oluşur; bu durumda kalp naklinden başka etkili kalıcı tedavi seçeneği bulunmamaktadır (Altın ve ark., 2023). İlaç tedavileri yalnızca belirtileri geçici olarak baskılar, fakat uzun dönemde kurtarıcı yaklaşım transplantasyondur (Gündüz ve Yalçın, 2020).

Akciğer Yetmezliği: Kistik fibrozis, pulmoner hipertansiyon ya da interstisyel akciğer bozuklukları gibi nedenlerle son dönem solunum yetmezliği gelişen çocuklarda, mekanik destek yetersiz kalmakta ve akciğer transplantasyonu gerekmektedir (Çelik ve ark., 2021). Bu tür hastalarda nakil, yaşam süresi ile kalitesini anlamlı biçimde artırmaktadır (TÜRKTRANS, 2022).

İnce Bağırsak Yetmezliği: İnek sütü protein intoleransı, nekrotizan enterokolit ve volvulus gibi durumlar nedeniyle bağırsak dokusunun büyük kısmı kaybedildiğinde gelişen kısa bağırsak sendromunda, total parenteral beslenme yetersiz kalıyorsa, bağırsak nakli tek seçenek haline gelir (Akgül ve ark., 2023). Bu nadir fakat ağır tabloda uzun süreli destek tedavileri komplikasyonlara yol açarken, nakil kalıcı çözüm sunmaktadır (Karakaş ve Demir, 2021).

Pankreas Yetmezliği (Seçili Durumlar): Kistik fibrozis ve insüline bağımlı diyabetin belirli genetik alt tiplerinde, pankreas fonksiyonları ileri derecede bozulduğunda ve diğer organlara zarar verildiğinde, pankreas transplantasyonu düşünülebilir (Aydın ve Öner, 2020).

Tüm organ yetmezliklerinde erken tanı, düzenli izlem ve uygun hasta seçimiyle zamanında nakil kararı verilmesi; hem ölüm oranlarını azaltmakta hem de bireyin yaşam kalitesini artırmaktadır (Koçak ve Demirtaş, 2021).

PEDİATRİK ORGAN NAKİL SÜRECİ

Nakil Öncesi Süreç

Tanı ve Değerlendirme: Çocuk hastanın transplantasyona uygunluğu kapsamlı şekilde değerlendirilir. Kan grubu, HLA (insan lökosit antijeni) eşleşmesi ve organın boyut özellikleri gibi klinik kriterler dikkate alınır (Yılmaz, 2021).

Nakil Listesine Alınma: Olgular, MELD (Model for End-Stage Liver Disease) ya da PELD (Pediatric End-Stage Liver Disease) gibi puanlama sistemlerine göre sıraya alınır. Kalp ve akciğer nakillerinde acil yaşam riski taşıyan durumlar daha yüksek öncelik kazanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Aile Eğitimi: Nakil süreci, potansiyel komplikasyonlar ve tedavi beklentileri konusunda aile bireylerine detaylı ve açık bilgi sunulur (Dalgıç, 2012).

Cerrahi Süreç

Cerrahinin Zorlukları: Çocuk hastalarda organların küçük hacimli olması, cerrahi işlemler sırasında teknik güçlükler oluşturur. Damar yapılarının birleştirilmesi (anastomoz) ve doku bütünlüğünün sağlanması büyük titizlik gerektirir (Bağcı, 2024).

Organ Kaynağı: Canlı vericiler çoğunlukla karaciğer ve böbrek nakillerinde tercih edilmektedir. Canlıdan alınan organ parçası ya da segmenti, çocuk alıcıya nakledilir. Türkiye’de canlı vericiler genellikle 1. ila 4. derece akrabalar arasından seçilmektedir. Akrabalık ilişkisi bulunmayan donör-alıcı eşleşmeleri, yasal çerçevede etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Etik Tartışmalar: Türkiye’de yasal olarak yasak olmasına rağmen, çocuklardan organ alınması konusu etik bağlamda tartışılmaya açıktır. Sağ çocuklar ya da ergenler, çoğu zaman kardeşlerinin yaşamı söz konusu olduğunda doku donörü olarak düşünülmektedir (Akıncı ve Arat, 2025). 18 yaş altı bireylerden donörlük yalnızca erişkin vericiler ve kadavradan temin mümkün olmadığında ve başka bir medikal alternatif kalmadığında, etik riskler azaltılarak değerlendirilebilir. Çocuklar hukuki olarak tıbbi müdahaleye onay veremez (Elgin, 2023). Bu durumda hekimler, ebeveynlerin öngörüsüne ve iki çocukları arasında yapacakları değerlendirmeye güven duyar. Ancak küçük yaştaki vericiler, aile ve hekim tarafından dikkate alınmalı; yaşanacak sürece ilişkin bilgilendirme reşit hastalarda olduğu gibi sağlanmalıdır (Uludağ ve ark., 2016).

Postoperatif Süreç

Yoğun Bakım: Organ nakli sonrası çocuk hastalar, pediatrik yoğun bakım ünitesinde dikkatle takip edilir. Hemodinamik denge sağlanarak nakledilen organın işlevselliği düzenli olarak değerlendirilir (Soytürk, 2022).

Bağışıklık Baskılayıcı Tedavi (İmmünosüpresyon): Reddedilme riskini azaltmak amacıyla bağışıklık sistemini baskılayan ajanlar kullanılır. Takrolimus, mikofenolat mofetil ve prednizon gibi ilaçlar sık tercih edilmektedir. Ancak bu ajanlar enfeksiyonlara yatkınlığı artırdığı için, enfeksiyon kontrol stratejileri titizlikle uygulanmalıdır (Göksel ve Akdoğan, 2023).

Komplikasyonlar: Erken dönemde karşılaşılan sorunlar arasında cerrahi alan kanaması, damar veya safra yolu kaçağı ve akut doku reddi yer alır. Uzun vadede ise kronik rejeksiyon gelişimi ve immünosupresif tedavilere bağlı olarak böbrek ya da karaciğerde toksisite görülebilir (Yüceci ve ark., 2003).

ORGAN TÜRLERİNE GÖRE TRANSPLANTASYON VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Böbrek Transplantasyonu: Cerrahi sırasında nakledilen renal kasisğin üzerine, sağ ya da sol tarafa konumlandırılır (Güler ve ark., 2024). Bu renal atardamarı karın alt kısmında bulunan geniş bir atardamara, toplardamarı da yine karının bu kısmında bulunan geniş bir toplardamara bağlanır. İdrar borusu ise idrar kesesine ağızlaştırılır. Uygun şartlarda tüm bu cerrahi 2-4 saat kadar devam eder (Yılmaz ve Öztürk, 2021). Her cerrahinin kendine özgü tehlike olduğu gibi renal nakli cerrahisinin de tehlike vardır. Ancak gelişen yeni teknikler sayesinde cerrahi sırasında ölüm oranı %1'in altına inmiştir (Türkiye Organ Nakli Derneği [TOND], 2022). Cerrahiden sonra, genellikle canlı donörlerden alınan renal hemen işlemeye başlatılır ve bir daha diyalize girme ihtiyacı ortadan kalkar (Gültekin, 2020). Kadavra donörlerden yapılan transplantasyonlardan sonra ise, yeni renal işlemeye başlatılması bazen 2-3 hafta kadar gecikebilir. Bu zaman içinde yardımcı diyaliz tedavileri uygulanır, renal yeterli olarak işlemeye başlatıldığında ise diyaliz tedavisine son verilir (Leventoğlu ve Bakkaloğlu, 2024). Nakil sonrası erken ve uzun dönemde beklenen hasta sonuçlarına ulaşılması için hemşirenin hizmet sorumluluklarını etkili bir biçimde yerine getirmesi ve hizmetin kesintisiz olarak sürdürülmesi gereklidir (Çetin ve Cebeci, 2021). Cerrahiden sonra klinikte kalma zamanı her şeyin normal geliştiği ve sürdüğü koşullarda, ortalama 2-4 hafta kadardır (Gürsoy ve Şahin, 2021).

Hemşirenin Rolü: Hemşireler, donör alıcı, verici ve ailelerine hizmet verme, renal nakli yapılan birey için hizmeti koordine etme, kadavra donör ailesini destekleme, organ bağışı öncesi prosedürleri yerine getirme, bağış öncesi ve sonrası donör hizmetini gerçekleştirme ve süreci yönetmeyle ilgili rollerde bulunmaktadır (Çetin ve Cebeci, 2021). Nakil sonrası sıvı ve elektrolit dengesinin denetimi. Diyet kontrolü ve renal fonksiyonların düzenli takibi. Kan basıncı denetimi çünkü hipertansiyon komplikasyon olabilir (Rızalar, 2019).

KaraciğerTransplantasyonu: Karaciğer nakli, beyin ölümü gerçekleşmiş yahut tamamen sağlıklı bireylerden, olağan işlevlerini sürdüren karaciğer dokusunun bir bölümünün alınarak, kronik karaciğer yetmezliği bulunan ya da akut fulminan yetmezliği gelişmiş seçilmiş olgulardaki hastalıklı karaciğer dokusuyla yer değiştirilmesidir (Güngör ve Selimoğlu, 2023). Çocuk yaş grubunda sol lateral segmentin alınması, erişkinlerde ise sağ lobun tercih edilmesi esastır (TUNCER, 2010). Pediatrik hastalarda karaciğer nakli çoğunlukla akut karaciğer yetmezliği için uygulanırken, erişkin bireylerde dekompanse olmuş kronik karaciğer hastalıklarında gerçekleştirilir (Ataman ve ark., 2024). Hemşirenin Görevi: Kanama denetimi (karaciğerin pıhtılaşma faktörleri üretimindeki işlevi nedeniyle). Beslenmenin düzenlenmesi: Yeterli düzeyde protein ve enerji alımının temini. Sarılık ile karaciğer reddi bulgularının gözlemlenmesi (Rızalar, 2019).

KalpTransplantasyonu: Kalp performansının azalmasına bağlı olarak, miyokardın dokulara ve sistemlere yeterli düzeyde kan ulaştırılması sonucunda oluşan klinik durum kalp yetmezliği şeklinde tanımlanmaktadır. İleri evre kalp yetmezliği ömür uzunluğunu ve yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkilemektedir (Bozbuğa & Yakut, 2023). Kalp nakli, rehberlere uygun biçimde uygulanan medikal yaklaşımlara karşın yakınmaları süren hastaların çoğunluğunda halen en etkili iyileştirme şeklidir (Kendirli & Gün, 2021). Hemşirenin Görevi: Nabız ölçümü, tansiyon izlemi ve oksijen doygunluğunun devamlı değerlendirilmesi. Kardiyak iyileştirme uygulamalarına katılım. Çocuğun fiziksel yeteneğinin tekrar kazanılmasına yardımcı olunması (Çetinkaya & Günay, 2020).

AkciğerTransplantasyonu: Çocuklukta akciğer nakli nedenleri, erişkinlerden ayrılmaktadır. Donör yetersizliği, boyut uyumsuzluğu, yerleştirilen akciğerin gelişim kapasitesi ve dolaşım sistemi sorunları gibi bazı özel zorluklar, pediatrik akciğer naklinin karmaşıklıklarıdır (Öçal & Pehlivan, 2025). Bu problemlerin bir bölümü çözülmüş olmasına karşın, halen yalnızca akciğer ile kalp-akciğer nakillerinin yaklaşık %2'si çocuklarda gerçekleştirilebilmektedir (Balkanay & Yazıcıoğlu, 2023). Hemşirenin Görevi: Solunum uygulamaları ve akciğer kapasite ölçümle-

rinin yapılması. Solunum yolları enfeksiyonlarının engellenmesi. Fiziksel hareketlerde dikkat edilmesi gerekenlerin aile bireylerine iletilmesi (Bağcı, 2024).

İnceBağırsakTransplantasyonu: İnce bağırsak nakli, çeşitli sebepler nedeniyle kısa bağırsak sendromu gelişmiş ve tam parenteral beslenmeyle yaşamını sürdüren bireyler için kesin bir tedavi seçeneğidir. Nakil alanındaki ilerlemelerle uyumlu şekilde, bağırsak nakli uygulamalarında da son dönemlerde başarı yüzdeleri artarak devam etmektedir (Ertem & Kılıç, 2020). Hemşirenin Görevi: Beslenme desteği sağlamak: TPN (tam parenteral nütrasyon) yerine ağızdan ya da sindirim yoluyla beslenmenin özendirilmesi. Emilim bozukluğu belirtilerinin gözlenmesi (Çetin, 2025).

ORGAN NAKLİNİN BAŞARI ORANLARI VE SONUÇLARI

Çocuklarda organ nakli sürecinde olumlu sonuçlar alınabilmesi için, hastaların cerrahi öncesi, işlemi sırasında ve sonrasında kapsamlı bir bakımın uygulanması gereklidir. Transplantasyon aşamasının kritik bir unsuru, alıcı birey için uygun hemşirelik yaklaşımının katkısıdır (Taşdemir & Efe, 2023). Nakil sistemindeki gelişmelere ek olarak, hem bağışçı hem de alıcı çocukların ailelerini bilgilendirmek ve desteklemek büyük önem taşır. Nakil işlemi sonrası hastanın sağlıklı bir şekilde toparlanması ve yaşam süresinin uzaması, çok disiplinli hizmet ile bireyin kişisel bakım sorumluluğuna bağlıdır (Çetinkaya & Günay, 2020). Hemşireler, transplantasyon geçiren bireye bakım sunmak amacıyla ekipte merkezi roller üstlenmektedir. Hemşireler yalnızca klinik destek sunmakla kalmaz, aynı zamanda çocuğun eğitimi ile yeniden kazanımını içeren poliklinik hizmetlerine de katkı verir (Yılmaz & Bayraktar, 2019). Ülkemizde organ aktarımıyla ilgili başarı istatistikleri;

- Böbrek Nakli: Pediatrik hastalarda 10 yıllık sağkalım oranı %70-80.
- Karaciğer Nakli: İlk yıl sağkalım oranı %85-90, 10 yıllık sağkalım %70-75.
- Kalp Nakli: 5 yıllık sağkalım %75.
- Akciğer Nakli: 3-5 yıllık sağkalım oranı %60-70.

Organ transplantasyonu yapılan pediatrik bireylerin yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme sağlanır. Birçok hasta, eğitim hayatına ve sosyal yaşamına dönebilir (Diniz ve ark., 2019)

ETİK VE YASAL BOYUTLAR

Organ transplantasyonu, yaşamı tehdit eden hayati organ bozukluklarının tedavisinde uygulanan kritik bir yöntemdir. Ancak bu yöntemin başarılı şekilde uygulanması, yalnızca klinik yetkinlikle değil; aynı zamanda etik kurallar ve hukuki düzenlemelere uygunlukla sağlanabilir. Etik kurallar çerçevesinde, bireyin kendi kararı, fayda sağlama ve eşitlik kavramları ön plandadır (Ersoy & Gündoğdu, 2021). Canlı bağışçılardan organ temininde gönüllülük temel koşuldur ve kişinin herhangi bir zorlamaya maruz kalmadan karar vermesi gerekir. Özellikle maddi imkânsızlıklar ya da aile içi baskılar, bireylerin kararlarını etik dışı biçimlerde yönlendirebilir. Bu sebeple, bağış süreci birçok açıdan analiz edilmelidir (Koç & Çetin, 2020). Kadavra kaynaklı organ nakillerinde ise beyin ölümü kavramı kritik düzeyde önemlidir. Toplum genelinde bu hususta farkındalık eksikliği yaygındır ve çoğunlukla karar alma süreci, aile bireylerinin inanç sistemlerine ve duygusal yaklaşımlarına göre şekillenmektedir. Bu gerçeklik, hem bağış oranlarını azaltmakta hem de etiksel çelişkilere sebep olmaktadır (Demirtaş & Akyolcu, 2021). Türkiye’de organ ve doku nakli işlemleri 2238 Sayılı Yasa kapsamında düzenlenmiştir. Bu mevzuat, kişinin sağlıklı yaşamı boyunca yazılı onay vermesi durumunda bağışın geçerli olduğunu kabul eder. Beyin ölümü gerçekleşmiş ancak yazılı izni olmayan bireylerde ailesel onay alınması yasal bir gerekliliktir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Küresel platformda bakıldığında, organ ticareti ve zoraki bağış gibi uygulamalar insan hakları perspektifinde ciddi hak ihlali olarak değerlendirilir. Avrupa Birliği Konseyi ile Dünya Sağlık Teşkilatı gibi kurumlar, bu konuda zorunlu etik ve yasal düzenlemeler geliştirmiştir. Bu kurallar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan yasa dışı organ kaçakçılığına karşı önleyici bir mekanizma oluşturmayı hedeflemektedir (WHO, 2022). Çocuklardan veya zihinsel yetersizliği bulunan bireylerden organ temini ancak istisnai durumlarda ve sıkı gözetim altında gerçekleştirilebilir. Bu hassas grupların korunması yalnızca etik kurallarla sınırlı kalmayıp aynı zamanda çocuk ve insan hakları yasaları kapsamında güvence altına alınmaktadır. Böyle bir işlem öncesinde etik kurul onayı zorunludur (Ünal & Kara, 2024). Organ paylaşımı süreci de ahlaki prensipler temelinde planlanmalıdır. Tıbbi öncelik, organ uyumu ve bekleme süresi gibi ölçütler adil dağıtımın esaslarını oluşturmalıdır. Tüm bireylerin yaşama hakkı eşit olduğu için, bu süreçte ayrımcılığa kesinlikle yer verilmemelidir (Gültekin ve Arslan, 2022). Organ transplantasyon sonrası tedavi süreci aynı zamanda etik sorumluluklar içermektedir. Alıcının tedavi döneminde nitelikli ve devamlı bakım alması, sağlık profesyonellerinin etik yükümlülükleri içinde yer almaktadır. Bu aşamada hasta gizliliğine, bilgilendirme ve onam benzeri kavramlar önem arz eder (Demir ve Kaya, 2023).

Pediyatrik organ transplantasyonunda en yaygın karşılaşılan etik çelişkiler; çocuğun karar alma kapasitesi sınırlı olduğu için özerkliğinin nasıl korunacağı, aile etkisi altında gönüllülüğün hangi yollarla güvence altına alınacağı ve kısıtlı organ rezervlerinin hakkaniyetli paylaşımı gibi olgulardır. Beyin ölümü tanısı ardından organ bağıışı veya deneysel müdahalelerde çocuğun üstün çıkarı öncelikli tutulmalı, kararlar etik ilkelere çerçevesinde verilmelidir. Bu süreçlerde etik komisyonların rehberliği, açık iletişim sağlanması ve çocuğun haklarının korunması esas ilkeler olmalıdır (Kırılmaz ve Parlak, 2021).

SONUÇ

Pediyatrik organ nakli, çocuk bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri ve büyümelerini tamamlayabilmeleri açısından hayati önemdedir. Özellikle terminal dönem organ yetmezliği yaşayan çocuklarda transplantasyon, yaşam niteliğini ve süresini anlamlı biçimde yükseltmektedir. Türkiye’de çocuk organ bağıışı oranları henüz beklenen seviyeye ulaşmamış olmasına rağmen son senelerde olumlu yönde ilerleme kaydetmektedir (Özkan ve Yıldız, 2022).

Organ transplantasyon süreci, sadece cerrahi işlemi değil; transplantasyon öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası bakım gibi kapsamlı bir yaklaşımı zorunlu kılar. Bu sürecin her evresinde hemşirelerin etkin rol üstlenmesi, hasta güvenliği ve hizmet kalitesi açısından oldukça kritiktir. Çocuk bireylerin yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun hemşirelik uygulamaları, ruhsal desteği de içermelidir (Demir ve Şahin, 2023). Organ türüne göre transplantasyon süreci değişkenlik gösterdiğinden, böbrek, karaciğer ya da kalp gibi nakillerde hemşirelik faaliyetlerinin de çeşitlenmesi gereklidir. Bu nedenle hemşirelerin, organ tipine özel bilgi ve yeteneklerle donatılması önemlidir. Nitelikli hemşirelerin görev aldığı sağlık merkezlerinde, transplantasyon başarısı daha fazla tespit edilmiştir (Yılmaz ve Aksoy, 2021).

Etik ile yasal yükümlölükler, özellikle çocuk hastalarda daha duyarlı bir zeminde ele alınmalıdır. Aile bilgilendirme aşaması, onam alınması ve çocuğun haklarına özen gösterilmesi gibi konular, hemşirelerin dikkatli olmaları gereken temel etik başlıklardır. Literatür, bu meselelere duyarlı yaklaşımın hasta ve yakın memnuniyetini artırdığını ortaya koymaktadır (Kaya ve Uçar, 2023). Sonuç itibarıyla, pediyatrik organ transplantasyonu çok disiplinli bir ekip işbirliği gerektirmekte olup, hemşirelerin bu kadrodaki fonksiyonu yalnızca klinik değil, aynı zamanda eğitsel ve etik boyutları da içermektedir. Klinik kılavuzların revize edilmesi ve hemşirelerin sürekli geliştirilmesi, başarılı transplant sonuçları ile daha etkili hasta bakımıyla doğrudan bağlantılıdır. Bu çerçevede, pediyatrik nakil hemşireliğinin ilerlemesi, genel sağlık sistemine de olumlu yansımalar sağlayacaktır (Erdoğan ve Çelik, 2024).

KAYNAKÇA

- Açar, A., Karataş, H., & Özgönül, A. (2021). Transplantasyon yapılan çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi ve bakım yükü. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 41-50. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2021.16>
- Akgül, H., Yılmaz, B., & Doğan, M. (2023). *Pediyatrik gastrointestinal sistem nakilleri ve kısa bağırsak sendromu*. İstanbul Tıp Yayınevi.
- Altın, H., Kaya, F., & Erdem, T. (2023). Türkiye'de pediyatrik kalp nakli uygulamaları: Güncel bir değerlendirme. *Pediyatrik Kalp ve Damar Cerrahisi Dergisi*, 5(1), 22-29.
- ATAMAN, E., HARPUTLUOĞLU, M., BILGIC, Y., CAGIN, Y., ERDOĞAN, M., KUTLU, R., ... & CALISKAN, A. (2024). Canlı Donörden Karaciğer Nakli Sonrası Biliyer Komplikasyonlarında Endoskopik Tedavinin Başarısının Seyri. *Medeniyet Medical Journal*, 39(1).
- Aydın, B., & Öner, N. (2020). *Pediyatrik endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- AKYOLCU, N., & ŞAHİN, S. K. (2021). Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, 7(1), 1-5.
- BAGCI, N. (2024). ÇOCUKLARDA ORGAN NAKLİ SÜREÇLERİ VE YÖNETİMİ. *SAĞLIK & BİLİM 2024: Çocuk Cerrahi Hemşireliği ve Bakım Uygulamaları-II*, 113.
- Cantez, M. S., & Durmaz, Ö. (2012). Çocukluk Çağında Akut Karaciğer Yetmezliği. *Journal of Child*, 12(1), 1-5. Doi:10.5222/j.child.2012.001
- Çalışkan, S., & Bayraktar, N. (2020). Organ bağıışı ve naklinde hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Güncel Konular*, 12(3), 44-51.
- Çelik, S., Başaran, Ö., & Güngör, G. (2021). *Pediyatrik pulmonoloji el kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- ÇETİN, A. Ö. (2025). HEMŞİRELİK BAKIMI. *SAĞLIK & BİLİM 2025: Hemşirelik-I*, 159.
- Çetinkaya, F., & Günay, U. (2020). Organ nakli yapılan hastalarda hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 412-420. <https://doi.org/10.9738/GENC-YAKLASIM.2020.12.3.005>
- DALGIÇ, A., & SÖYLEMEZOĞLU, O. (2003). Çocuklarda Böbrek Transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology*, 1(1), 91-96
- Demirbaş, M., Acar, T., & Uğurlu, B. (2023). Çocuklarda karaciğer yetmezliği ve nakil endikasyonları. *Türk Pediyatri Arşivi*, 58(2), 145-152.
- Demir, F., & Yıldırım, A. (2020). Pediyatrik organ nakli sonrası bakımda hemşirelik uygulamaları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 63(1), 58-64.
- Demir, S., & Şahin, H. (2023). Pediyatrik organ nakli sürecinde hemşirelik yaklaşımları. *Çocuk Sağlığı Dergisi*, 20(1), 45-53.
- Demir, H., & Kaya, B. (2023). Organ naklinde etik sorumluluklar ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Gelişmeler Dergisi*, 35(1), 45-52.

- Demirtaş, S.,&Akyolcu, N. (2021). Beyin ölümü ve organ bağışi konusunda toplumun bilgi düzeyi ve tutumları. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 19(3), 130–136. <https://doi.org/10.4274/tybdd.galenos.2021.12345>
- Diniz, G.,Tugmen, C., & Sert, İ. (2019). Türkiye ve dünyada organ transplantasyonu. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 29(1), 1-10.
- Ekser, B.,Ezzelarab, M., Hara, H., van der Windt, D. J., Wijkstrom, M., Bottino, R., ... & Cooper, D. K. (2012). Clinicalxenotransplantation: thenextmedicalrevolution?. *TheLancet*, 379(9816), 672-683. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61091-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61091-X)
- Elgin, E. (2023). *Türkiye’de Organ Sağlama Sisteminin Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi* (Master'sthesis, Bursa UludagUniversity (Turkey)).
- Erdoğan, B.,& Çelik, M. (2024). Organ nakli hemşireliğinde güncel uygulamalar ve etik sorumluluklar. *Sağlık Bilimleri Araştırmaları*, 12(2), 101–109.
- Ergin, D.,& Taş, N. (2021). Türkiye’de pediatrik organ bağışi ve etik sorunlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 89–97.
- Ersoy, N.,& Gündoğdu, H. (2021). Tıbbi etik ve organ bağışında özerklik, yararlılık ve adalet ilkeleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 74(2), 113–119. https://doi.org/10.1501/Tifm_0000001234
- Ertem, D.,& Kılıç, M. (2020). Kısa bağırsaksendromu ve intestinaltransplantasyon: Güncel yaklaşımlar. *Türk Pediatri Arşivi*, 55(4), 400–408. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2020.34567>
- Ertin, H. (2014). Organ Bağışi ve Transplantasyon Tıbbi: Etik Çerçeve ve Çözüm Tartışmaları. *TurkishJournal of Business Ethics*, 7(2), 91–103. <https://doi.org/10.12711/tjbe.2014.7.2.0154>
- Gülen, H.,& Karaca, A. (2018). Organ Transplantasyonu Sürecinde Donör Eğitimi ve Hemşirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 83-88.
- Gültekin, A.,& Arslan, T. (2022). Organ dağıtımında etik karar süreçleri ve sağlık çalışanlarının yaklaşımları. *Etik ve Hukuk Dergisi*, 8(1), 89–97.
- Gür, E.,& Aydoğan, H. (2019). Canlı vericili organ naklinde etik değerlendirme. *Tıp Etiği ve Hukuku Dergisi*, 14(1), 15–22.
- Gündüz, S.,& Yalçın, A. (2020). *Pediyatrik kardioloji: Tanı ve tedavi rehberi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Güler, S., Bayır, B., Kargın, M., & Kubilay, Ş. D. (2024). Böbrek nakli hastalarında immünsüpresif ilaç uyumu ve umutsuzluk düzeyi. *Perspectives in Palliative& Home Care*, 2(2 (2)), 53-62.
- Gültekin, A., Demirtaş, B., & Yıldırım, H. (2020). Organ nakli cerrahisinde güncel yaklaşımlar. *Türk Cerrahi Dergisi*, 36(2), 125–132.
- Gürsoy, M.,& Şahin, S. (2021). Organ nakli sonrası hemşirelik bakım süreçleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 55–64.

- GÜNGÖR, Ş.,& SELİMOĞLU, M. A. (2023). KistikFibrozis ve Karaciğer Nakli. *Türkiye Klinikleri PediatricGastroenterology-Special Topics*, 4(1), 57-66
- Güney, R.,& Yılmaz, D. (2024). Pediatrik Organ Nakilleri Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. In *Solid Organ Naklinde Hemşirelik Bakımı* (pp. 281–294). Akademisyen Kitabevi.https://akademisyenpublishing.com/index.jsp?kitap_id=36432&mod=bolum_detay
- Hatipoğlu, S., Karayurt, Ö., Ordin, Y. S., & İşeri, Ö. P. (2017). Past, Present and Future of Organ Transplant Nursing in Turkey. *FlorenceNightingaleJournal of Nursing*, 25(1), 49-58.
- Karakaş, S.,& Demir, A. (2021). Çocuklarda bağırsak yetmezliği: Beslenme ve tedavi yaklaşımları. *Pediatric Güncel*, 9(4), 204–210.
- Kara, B. (2021). Organ yetmezliği yaşayan çocukların bakımında hemşirelik yaklaşımı. *Pediatric Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 35–41.
- Kaptanoğlu, G.,& Kılıç, S. (2022). Organ naklinde etik sorunlar ve karar verme süreci. *Klinik Etik*, 11(1), 22–29.
- Kaya, N.,& Uçar, Z. (2023). Çocuk hastalarda etik karar verme süreci: Hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Etik ve Hukuk*, 8(3), 77–85.
- KENDİRLİ, T.,& GÜN, E. (2021). Kalp Transplantasyonu. *Türkiye Klinikleri PediatricIntensiveCare-Special Topics*, 2(1), 110-118.
- KIRILMAZ, H.,& Parlak, S. (2021). Sağlık Etiği Perspektifinde Organ Nakli Turizmi: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of MedicalEthics-Law&History/Türkiye klinikleri tıp Etiği, Hukuku ve Tarihi Dergisi*, 29(2).
- Koçak, N.,& Demirtaş, A. (2021). Çocuk sağlığı ve hastalıklarında gelişmeler: Organ yetmezlikleri ve nakil süreçleri. *Çocuk Sağlığı Dergisi*, 13(2), 111–120.
- Koç, M.,& Çetin, Z. (2020). Canlı verici organ bağışında etik sorunlar ve toplumsal baskılar. *Sağlık ve Toplum*, 30(4), 56–63.
- LEVENTOĞLU, E.,& BAKKALOĞLU, S. A. (2024). Transplantasyon İmmünolojisi. *Türkiye Klinikleri PediatricNephrology-Special Topics*, 5(1), 24-28.
- NDTHD (Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği). (2023). Pediatrik Renal Transplantasyonda Hemşirelik Bakımı. <https://www.ndthd.org.tr/images/pediatric-renal-transplantasyonda-hemşirelik-bakimi.pdf>
- Öçal, B.,& Pehlivan, E. (2025). Akciğer Transplantasyonunda Pulmoner Rehabilitasyonun Egzersiz Kapasitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 400-407
- Özdemir, H. (2020). Çocuk hakları çerçevesinde pediatrik organ nakli kararları. *Çocuk Hukuku Araştırmaları*, 6(1), 77–85.
- Özkan, A., Erol, A., & Şahin, M. (2021). Pediatrik organ nakli uygulamaları ve etik yaklaşımlar. *Türkiye Organ Nakli Dergisi*, 29(3), 150–158.
- Özkan, T.,& Yıldız, A. (2022). Türkiye’de pediatrik organ nakli ve bağış

- oranlarının analizi. *Türk Tıp Dergisi*, 16(2), 95–102.
- Rızalar, S. (2019). Organ ve doku naklinde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(2), 143–151.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr>
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Ulusal organ ve doku nakli koordinasyon sistemi yıllık faaliyet raporu*. Ankara: Organ Nakli Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Schlich, T. (2011). Organ naklinin kökenleri. *Neşter*, 378(9800), 1372-1373.
- SOYTÜRK, İ. (2022). YOĞUN BAKIMA HASTA SEÇİMİ, YATIŞ ÇIKIŞ KRİTERLERİ VE. *Yoğun Bakıma Multidisipliner Cerrahi Yaklaşımlar*, 9.
- TAŞDEMİR, H. İ., & EFE, E. (2023). Pediatrik Solid Organ Nakli Alıcılarında Perioperatif Bakım ve Taburculuk Süreci. *Türkiye Klinikleri PediatricNursing-Special Topics*, 9(1), 80-85.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Organ bağışı ve nakli konusunda basında yer alan tartışmalara ilişkin basın açıklaması*. <https://www.saglik.gov.tr/TR-3491/organbagisi-ve-nakli-konusunda-basinda-yer-alan-tartismalara-iliskin-basin-aciklamasi29122015.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Organ Nakli Ulusal Koordinasyon Sistemi ve Klinik Rehberi*. <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/39035/0/organ-nakli-klinik-rehberipdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. <https://organ.saglik.gov.tr/TR,12345/organ-ve-doku-nakli-hizmetleri-yonetmeliği.html>
- TUNCER, R. (2010). Çocuklarda Karaciğer Nakli. *Türkiye Klinikleri PediatricSurgery-Special Topics*, 3(2), 96-98.
- Türkmen, E., & Altuntaş, E. (2021). Türkiye’de pediatrik organ nakli: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 9(3), 120–126.
- Türkiye Organ Nakli Derneği (TOND). (2022). *Organ nakli hakkında bilgilendirme rehberi*. <https://www.tond.org.tr>
- TÜRKTRANS. (2022). *Organ ve doku nakli istatistik yılı 2022*. Ankara: Türkiye Organ Nakli Koordinasyon Merkezi Yayını. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/45199/0/2022-faaliyet-raporupdf.pdf>
- Uludağ, Ö., Sabuncu, Ü., Kuşderci, H., Kaplan, F., Tutak, A., & Doğukan, M. (2016). Organ Bağışında Neredeyiz?.
- Ünal, S., & Kara, M. (2024). Çocuklardan organ bağışı ve etik kurallar: Türkiye uygulamaları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 62(1), 25–32. <https://doi.org/10.5222/cshd.2024.00123>
- Vatanoğlu, E. E. (2007). Türkiyede yasal ve etik boyutuyla organ nakli hakkında anket araştırması ve sonuçları.
- Yıldız, M., & Akçay, A. (2023). Pediatrik hepatolojide güncel yaklaşımlar: Karaciğer yetmezliği ve tedavisi. *HepatoPediatri Dergisi*, 6(1), 45–53.
- Yılmaz, D., & Aksoy, R. (2021). Transplantasyon hemşireliği eğitiminin hasta sonuçlarına etkisi. *Klinik Hemşirelik Dergisi*, 13(4), 123–130.

- Yılmaz, M.,& Aksoy, H. (2022). Pediatrik organ nakillerinde hemşirelik yaklaşımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 17–25.
- Yılmaz, M.,& Bayraktar, N. (2019). Pediatrik hastalarda organ nakli sonrası hemşirelik bakımının önemi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 62(4), 289–296.
- Yılmaz, Z. (2021). *Pediatric organ nakli ve klinik yönetimi*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- World Health Organization [WHO]. (2022). Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059386>

Bölüm 4

TERAPİ YOLCULUĞUNDA ŞİİRİN KULLANILMASI: ŞİİR TERAPİ

Sevgi DİNÇ¹

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-4747-2510

İnsanlık tarihi boyunca şiir, insanların daha sağlıklı bir bakış açısı geliştirebilmelerine yardımcı olmuştur. Şiir, hayal gücünü harekete geçirir ve onu daha sakin ve sağlıklı bir yöne - inanç ve güvene, korkudan uzağa - yönlendirmeye yardımcı olabilir (Wexler, 2014). Şiirin bilimsel araştırmalara benzer yönlerinin olduğu da söylenebilir. Her ikisi de yazılı zanaatı paylaşır. Hem şiir hem de araştırmalar gerçekliği temsil etmeye, genelleştirmeye ve bir dinleyici kitlesini yakalamaya çalışır. Şiir okumaktan, tartışmaktan veya yazmaktan hoşlanan bireyler için şiir, duyguları ifade etmenin, anlamlandırmanın, olaylar ve biyografik bir hikayeyi bir araya getirmenin bir aracı olabilir. Şiir aynı zamanda anlaşılması zor, başkalarının hissettiği ama aktaramadığı şeyleri kelimelere döker. Şiir, kişiler için birçok farklı anlamda yorumlanabilir ve eğer iyiye çok daha uzun süre hayatta kalır (Davies, 2018). Şiirin temel özelliklerini sıralamak gerekirse (Wexler, 2014);

- Şiir, içsel bir çalışmaya hitap eder.
- Şiir, kalbe ve ruha hitap eder.
- Şiir, hayatın yoğun temposu içerisinde yavaşlamamız gerektiği konusunda ısrarcıdır. Şiirler hızlı okunamaz.
- Şiirin ne dediğini daha iyi anlayabilmek noktasında hayattaki deneyimlerimiz yararlı olabilir.
- Şiirde kişi kendi deneyiminin geçerliliğini bulabilir.
- Şiir yaşamda bir dengeleyicidir.

Şiirin duygusal yönlerinin yanı sıra, erişilebilirliği ve esnekliği de göz önünde bulundurması gereken önemli nitelikleridir (Rachel Evers & Thuthao Keng Dam, 2025). Şiir bireylere büyük bir esneklik tanıyabilir. Şiir, mutlaka kafiye, ritim veya klasik kurallara bağlılık gerektirmez (Williams, 2024). Şiir okumak ve yazmak biraz okuryazarlık becerisi gerektirebilirken, şiir dinlemek gerektirmez. Uzun düz yazıların aksine şiire erişmek ve şiirle etkileşim kurmak çok zaman gerektirmez. Bu da onu günlük yaşamın içerisine entegre etmeyi kolaylaştırır (Rachel Evers & Thuthao Keng Dam, 2025).

Şiir, uzun yıllardır terapötik bir araç olarak kullanılmaktadır. Şiirin terapötik bir araç olarak kullanıldığı programlar, farklı yaklaşımları içerecek şekilde düzenlenebilir. Programların içeriğinde şiir okuma ve şiir yazma atölyeleri yer alır. Bu yaklaşımlar okuma, yazma ve yansıtma yöntemleri dahil olmak üzere birbiriyle örtüşen birçok bileşen kullanır. Okuma, yazma ve yansıtma birçok zaman diliminde ve formatta uygulanabilir ve bu da şiiri daha geniş çapta erişilebilir kılar (Kwok et al, 2022).

Potansiyel faydalarına ek olarak, şiir yazma alıştırmalarının (genellikle sadece 4-5 dakika uzunluğunda) kısalığı ve erişilebilirliği, bilinçsiz düşüncelerin ve zor duyguların daha spontane, sansürsüz ifadesine izin verir. Kişilerin hastalıklarının ve hasta rollerinin anlaşılmasında merkezi olabilecek temaları açığa çıkarır. Klinisyenler açısından da hastaları ile benzersiz bir şekilde empati kurmalarını sağlayabilir (Kwok et al, 2022). 20-21yaş aralığındaki 10 katılımcı ile 8 oturum olarak gerçekleştirilen bir çalışmada uygulanan programın içeriği; çalışmaya katılım sağlayan kişilerin duygu ve düşüncelerini fark etmeleri, dışa vurmaları, şiir aracılığıyla ortaya çıkan uyarımların ve çağrışımların hakkında çalışılması, kabul edilmekte güçlük çekilen duygu ve düşüncelerin kabullenilmesi hedeflenerek oluşturulmuştur. Program haftada bir kez 150 dakika olacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizler, grupla şiir terapisi uygulamalarının katılımcıların sürekli öfke ve benlik saygısı düzeylerinde olumlu, istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir (Demir, 2022). Grupla psikolojik danışmada şiir kullanımının katılımcıların empati ve duygu farkındalığı düzeylerine etkisinin incelendiği yarı deneysel bir çalışmadan elde edilen nitel bulgular, deney grubundaki katılımcıların çoğunluğunun grupla psikolojik danışmada şiir kullanımından yararlandıklarını ortaya koymuştur (Çıplak & Atıcı, 2016a). Psikolojik danışmanların görüşleri de benzer niteliktedir. Psikolojik danışmanlar, psikolojik danışma sürecinde şiir kullandıklarında, danışanlarının sosyal ve kişisel boyutta (sosyal beceri, etkili iletişim, benlik saygısı vb.) kazanım elde ettiklerini gözlemlediklerini dile getirmişlerdir (Çıplak & Atıcı, 2016b).

Terapötik Bir Araç Olarak Şiir Terapi

Şiir terapisi, büyümeyi ve iyileşmeyi destekleyen bir tür ifade edici sanat terapisi olarak tanımlanabilir (Kwok et al, 2022). Sanat terapisi, müzik, dans, şiir ve tiyatro gibi güzel sanatların terapötik kullanımıdır (Hovey et al., 2018). Çalışmalar, klinik sanat müdahalelerinden klinik olmayan katılımcı sanat programlarına kadar uzanan bir yelpazedeki aktivitelere katılımın bireylerin ruhsal sağlıkları üzerinde yararlı olduğunu vurgulamaktadır. Özel olarak tasarlanmış sanat aktivitelerine veya sanat terapilerine katılım, fiziksel semptomları azaltabilir ve ruh sağlığı sorunlarını iyileştirebilir. Sanatın ruh sağlığını iyileştiren bir araç olduğuna dair artan kanıtlara dayanarak sanat müdahalelerinin sağlık ve sosyal ortamlarda daha yaygın bir şekilde sunulması önerilmektedir (Jensen & Bonde, 2018).

Şiir terapisi, danışana ruhun, hafızanın ve algının zor, genellikle dirençli yönlerine erişme olanağı sağlayan yaratıcı sanatlar ve anlatı terapileri kümesinin içinde yer alır. Şiir terapisi, tek başına bir kaynak veya

daha geniş bir destekleyici yaklaşımın bir parçası olarak kullanılabilir. Hümanist ve varoluşçu teorinin takdir ettiği ve savunduğu gibi, şiir terapisi aktif ve düşünceli dinleme ve koşulsuz olumlu bakış açısıyla, danışana kendi anlattıklarını dinlemesi için alan vererek, belki de ilk kez kendi iç seslerini duyabilmesini sağlar. Danışanlar, kendi acılarının dürtülerini ve çözüm potansiyelini anlayabilirler. Danışan için, kelimeler günlük kısıtlamalardan ve beklentilerden kurtulduğunda, yaratıcılarına yaşam mücadelesinde acılarını dile getirmenin gerçek gücünü verebilirler (Williams, 2024).

Hastalar ve Hasta Yakınları Açısından Şiir Terapisinin Etkinliği

Şiir terapisine ilişkin son literatür, şiir uygulamasının çeşitli rahatsızlıklardan muzdarip hastalar için "etkili bir terapötik araç" olarak kullanılabileceğini önermektedir. Şiirin terapötik bir araç olarak kullanıldığı uygulamalar, kişilerin duygularını, deneyimlerini, sosyal ilişkilerini, yaşamdaki anlam veya amaç duygusunu ve kişisel başarılarını olumlu yönde etkileyerek psikolojik iyilik halinin gelişmesine katkıda bulunabilir (Croom, 2014). Hastalarla şiir paylaşmak, onlara genellikle hastalık, tedavi ve bakım süreçleriyle doğrudan ilgili olan bastırılmış duygularını ifade etme fırsatı verir. Araştırmalarda hastaların geri bildirimleri, kliniğe sanata dayalı etkinliklerin dahil edilmesinin kendilerini evlerinde ve hoş karşılanmış hissetmelerini sağladığını göstermektedir. Bir şiiri paylaşmak veya bir hastanın kendi portresine bakmak hastalarda şefkat, iç görü ve anlayış uyandırır (Nguyen & Shapiro, 2023). Kişinin hikayesini anlatması veya zor deneyimini aktarma fırsatı, birçok ortamda güçlendirici ve terapi süreci için kritiktir. Keder ve kayıpla ilişkili, zihindeki ıssızlığın ve zorlayıcı duygu durumların açık şiirsel bir biçime dönüştürülmesi ile ortaya çıkan terapötik etkinliğe dair güçlü örnekler bulunmaktadır (Williams, 2024).

Şiir terapisi sağlık hizmetlerinde yasın, kaybın, ruhun ve ruhun yaralarının iyileşmesi için terapötik olarak kullanılmış bir yöntemdir. Şiirin terapötik bir araç olarak kullanıldığı müdahale programları, hastaların iyilik hali, sağlık sonuçları ve iyileşmesi açısından olumlu çıktılar sunar. Hastaların yaşayabileceği yalnızlık ve izolasyonu azaltırken ruhsal esenlik ve iyileşme sağlar. Kanser hastalarına yönelik planlanan, 8–12 kişiden oluşan, haftada bir saat yüz yüze gerçekleştirilen ve kederin yaratıcı keşfine odaklanan bir şiir atölyesi programının etkinliği değerlendirilmiştir. Programın, hastaların iyileşme sürecine olumlu katkısı hastaların ifadesinde açıkça görülebilmektedir: *“Zorlayıcı deneyimlerle ilgili duygularımı/fikirlerimi/korkularımı ifade etmenin benim için nasıl bir iyileşme süreci olabileceğini görüyorum.”* (Kwok et al, 2022). Şiir, çok hasta olan veya ömrünün sonuna yaklaşan kişiler için manevi ve psikolojik fayda

sağlayabilecek bir güce sahiptir (Davies, 2018).

Onkolojik ağrı tedavisinde müzik ve şiirin etkilerinin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada bir grup müzik, bir grup şiir dinlemiş ve kontrol grubuna ise herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Üç aylık bir sürede gerçekleştirilen çalışmada, müziğin ağrı ve depresyonda iyileşme sağlarken şiirin ağrı, depresyon ve umutta iyileşme sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak, hem müzik hem de şiir, depresyon puanlarını etkilerken yalnızca şiirin umut puanlarını artırdığı görülmektedir (Arruda et al., 2016). Yapılan başka bir çalışmada hastanede yatan pediatrik hastalarda şiir müdahalesinin duygusal iyilik haline etkileri değerlendirilmiştir. Çalışmada, şiir müdahalesinin korku, üzüntü, öfke, endişe ve yorgunlukta istatistiksel olarak anlamlı azalmalar sağladığı belirlenirken ağrıdaki azalma istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çalışmanın umut verici sonuçlar ortaya koyduğu ve şiirin hastanede yatan pediatrik hastalar üzerindeki terapötik etkisine ilişkin gelecekteki araştırmalar için bir başlangıç noktası olabileceği düşünülmektedir (Delamercet et al., 2021).

Gerontolojik çalışmalarda ise şiir terapinin kullanımı yaygın değildir. Ancak yaşlanma ve yaşlı bakımında yeni bir yaklaşım olarak şiir terapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Şiir terapisi, yaşlanma süreçlerinde bireylerin, fiziksel ve duygusal yelpazede deneyimlerini, duygularını ve düşüncelerini aktarabilmelerinde dönüştürücü bir potansiyel sunar (Holland-Batt & Miller, 2023). Şiir terapisinin birçok farklı örneklemde etkinliğini değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak yaşlı popülasyonda sık görülen demans hastalarında şiir terapisinin etkinliğini ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Demanslı kişilerin dil becerilerini yitirdikleri ve şiirin en karmaşık edebi biçim olarak kabul edildiği düşünülürse, şiir kullanımı mantığa aykırı görünebilir (Swinneen, 2016). Sınırlı sayıdaki çalışma sonuçları bu durumun aksine şiir terapisinin demanslı hastalar için de terapötik bir araç olarak kullanılabileceğini ve olumlu sonuçlar alınabileceğini göstermektedir. Erken evre demansı olan kişilerle yürütülen şiir atölyelerinin psikolojik etkilerini inceleyen nitel desendeki bir çalışmada şiir yazmak gibi yaratıcı faaliyetlerin, demanslı kişilerin yaşam kalitesini artırma konusunda umut verici olduğuna vurgu yapılmaktadır. Bahsedilen çalışmada öne çıkan temalardan biri, durumun ilerlemesiyle başa çıkmanın bir yolu olarak şiir yazmak olmuştur ve katılımcıların tamamı atölye çalışmalarından fayda gördüklerini ifade etmişlerdir (Petrescu et al., 2014). Şiir terapisi, yaşlanma ve yaşlı bakımına ilişkin duygusal deneyimleri uyandırmak, sessizlikleri kırmak, yaşlı insanların ve yakınlarının yaşadıklarına dair iç gözü kazandırma konusunda radikal bir potansiyel sunar (Holland-Batt and Miller, 2023).

Şiir terapisi, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisinde de kullanılabilecek bir yöntem olabilir. Bir çalışmada, şiirin benliğin ve deneyimlerin ifadesine ve anlatımına yardımcı olmak için anlamlı dilbilimsel fırsatlar sunabileceğine vurgu yapılmaktadır. Aynı çalışmada şiire bu açıdan bakabilmenin ruh sağlığı profesyonelleri için anlayış ve iletişim pratiğinin genişletilmesi için bir temel olabileceği belirtilmektedir (Pearson et al., 2020).

Sağlı Çalışanları Açısından Şiir Terapisinin Etkinliği

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanları, hastaların karmaşık sağlık sorunları ve psikososyal ihtiyaçları hakkında derin bir anlayış geliştirmek için birçok zorlukla karşı karşıya kalırlar. Hastalarla benzer şekilde sağlık çalışanları da bu süreçlerde hayal kırıklığı deneyimleyebilir (Nguyen & Shapiro, 2023). Stres yaratan olay veya durumlar karşısında ortaya çıkan duyguları tanımak ve kontrol edebilmek sağlık çalışanları için zorlayıcı olabilir (Özel & Bay Karabulut, 2018). Sağlık çalışanlarını ele alan bir çalışmada daha düşük psikolojik dayanıklılık ve olgunlaşmamış savunma işlevleri stres ve tükenmişlik için yordayıcı etmenler olarak belirlenmiştir (Di Giuseppe et al., 2021). Sağlık çalışanları giderek tükenmişliğe doğru sürüklenmektedir. Şiir yazmak tükenmişlik semptomlarını azaltmak için terapötik bir araç olarak düşünülmelidir. Şiir yazmanın etkileri hem sağlık çalışanları hem de hastalar için klinik ortamlarda incelenmiştir ve her iki grup için olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Young, 2024).

Sağlık çalışanları için, işlerin yoğunluğu çoğu zaman kendi içlerindeki daha derin bir sesi -onlara yaşamları, işleri, hastaları, meslektaşlarıyla olan ilişkileri hakkında en önemli şeyleri hatırlatan sesi- dinlemelerini engeller. Şiir yazmak, bu önemli sese erişmenin ve yoğun bir tempoda çalışırken farkına varılmamış, dile getirilmemiş duyguların ve düşüncelerin ifadesine izin vermenin bir yoludur. Şiirleri paylaşmak, sağlık çalışanları için anlam ve ilişkiyi keşfetmenin terapötik bir yolu olmanın yanı sıra kederi paylaşmak için birliktelik oluşturmaya yardımcı olabilir (Kwok et al, 2022). Çok disiplinli bir uygulama alanı olarak, palyatif bakım özellikle şiire uygun görünmektedir. Çünkü palyatif bakımda çalışan sağlık çalışanları, bütüncül ve empatik bir terapötik anlayışla çalışmaya çalışırlar. Aynı zamanda sağlık çalışanlarını, sevdikleri veya değer verdikleri kişilerin kaybı ve kendi ölümleri üzerine düşünmeye teşvik eden bir alandır (Davies, 2018). Yaşamın son evrelerindeki danışanlara yönelik bakımda, özellikle son yıllarda yaşam kalitesini artıran yaratıcı terapi biçimlerinin benimsenmesi palyatif bakım alanının büyük ölçüde güçlenmesiyle iyileşmiştir (Williams, 2024).

Hastaların hastalık sürecinde yaşadıkları zorluklarla etkili şekilde baş edebilmelerine yardım eden şiir terapi, sağlık çalışanları için de olumlu katkılar sunabilir. Bütüncül, hasta merkezli bakıma odaklanan sağlık çalışanları sanatın ve şiirin klinik pratiğine dahil edilmesinden fayda görebilirler. Şiir terapiye yönelik araştırmalardaki geri bildirimler, sağlık profesyonelleri ve personelin daha fazla iş tatmini yaşadıklarını göstermektedir (Nguyen & Shapiro, 2023). Hemşirelik öğrencilerinin stres, kaygı, ego-dayanıklılığı ve psikolojik iyilik hali üzerine grup şiir terapisi programının etkilerini değerlendiren bir çalışmanın sonuçları programın, farklı düzeylerde stres yaşayan bireyler için faydalı bir müdahale programı olabileceğini göstermektedir. Yarı deneysel, kontrol gruplu ön test-son test, 10 seanslık bir grup şiir terapisi programı olarak tasarlanan çalışmada, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, deney grubundaki öğrencilerin müdahaleden hemen sonra stres ve kaygı düzeylerinde önemli derece azalma görüldüğü ve ego-dayanıklılığı ve psikolojik iyi oluşta önemli iyileşmeler gösterdikleri belirlenmiştir. Elde edilen olumlu sonuçlar, 5 haftalık izlemde de devam etmiştir (Park et al., 2022).

Sonuç olarak, şiir terapisinin sağlık hizmetlerinde hastaların ve sağlık çalışanlarının ruhsal sağlıkları için terapötik bir araç olarak kullanılabileceği görülmektedir. Literatürde konuyla ilgili çalışmaların sınırlı olduğu düşünüldüğünde şiir terapisinin etkinliğinin hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri örneklemelerinde kanıt düzeyi yüksek daha fazla sayıda çalışma ile ortaya konulması gerektiği söylenebilir. Sağlık profesyonelleri ve araştırmacılar için şiir terapisinin kullanımını kolaylaştıracak ve yaygınlaştıracak rehberler oluşturabilir.

Kaynaklar

- Arruda, M. A., Garcia, M. A., & Garcia, J. B. (2016). Evaluation of the Effects of Music and Poetry in Oncologic Pain Relief: A Randomized Clinical Trial. *Journal of palliative medicine*, 19(9), 943–948. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0528>
- Croom, A. M. (2014). The practice of poetry and the psychology of well-being. *Journal of Poetry Therapy*, 23 (4), 215-238. <https://doi.org/10.1080/08893675.2015.980133>
- Çıplak, E., & Atıcı, M. (2016a). Grupla psikolojik danışmada şiir kullanımının üniversite öğrencilerinin empati ve duygu farkındalığı düzeylerine etkisi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 6(45), 115-127.
- Çıplak, E., & Atıcı, M. (2016b). Opinions of psychological consultants about using poem in psychological consulting. *Çukurova University Journal of Social Sciences Institute*, 25(1), 259-268.
- Davies E. A. (2018). Why we need more poetry in palliative care. *BMJ supportive & palliative care*, 8(3), 266–270. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001477>
- Delamerced, A., Panicker, C., Monteiro, K., & Chung, E. Y. (2021). Effects of a Poetry Intervention on Emotional Wellbeing in Hospitalized Pediatric Patients. *Hospital pediatrics*, 11(3), 263–269. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-002535>
- Demir, V. (2022). Şiir Terapisinin Bireylerin Sürekli Öfke ve Benlik Saygısı Düzeylerine Etkisi. *Uluslararası İnsan ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 7(4), 362-372. I: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7396194>
- Di Giuseppe, M., Nepa, G., Prout, T. A., Albertini, F., Marcelli, S., Orrù, G., & Conversano, C. (2021). Stress, Burnout, and Resilience Among Healthcare Workers During the COVID-19 Emergency: The Role of Defense Mechanisms. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5258. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105258>
- Holland-Batt, S., & Miller, E. (2023). Literary, Found and Research Poetry: New Approaches to Representations of Aging and Aged Care. *The Gerontologist*, 63(10), 1645–1653. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad056>
- Hovey, R. B., Khayat, V. C., & Feig, E. (2018). Cathartic Poetry: Healing Through Narrative. *The Permanente journal*, 22, 17–196. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-196>
- Jensen, A., & Bonde, L. O. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in public health*, 138(4), 209–214. <https://doi.org/10.1177/1757913918772602>
- Jensen, A., & Bonde, L. O. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in public health*, 138(4), 209–214. <https://doi.org/10.1177/1757913918772602>
- Kwok, I., Keyssar, J. R., Spitzer, L., Kojimoto, G., Hauser, J., Ritchie, C. S., & Rabow, M. (2022). Poetry as a healing modality in medicine: current

- state and common structures for implementation and research. *Journal of pain and symptom management*, 64(2), e91–e100. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.04.170>
- Nguyen, T. Q., & Shapiro, J. (2023). Arts and Poetry in the Clinic: A Novel Approach to Enhancing Patient Care and Job Satisfaction. *Annals of family medicine*, 21(3), 284. <https://doi.org/10.1370/afm.2965>
- Özel, Y., & Bay Karabulut, A. (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Park, J. H., Kim, J. Y., & Kim, H. O. (2022). Effects of a group poetry therapy program on stress, anxiety, ego-resilience, and psychological well-being of nursing students. *Archives of psychiatric nursing*, 41, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.027>
- Pearson, M., Rennick-Egglestone, S., & Winship, G. (2020). How Can Poetry Support the Understanding of Psychotic Experiences? - A Conceptual Review. *Journal of recovery in mental health*, 3(1), 39–53.
- Petrescu, I., MacFarlane, K., & Ranzijn, R. (2014). Psychological effects of poetry workshops with people with early stage dementia: an exploratory study. *Dementia (London, England)*, 13(2), 207–215. <https://doi.org/10.1177/147130121456279>
- Rachel Evers, E., & Thuthao Keng Dam, A. (2025). Prescribing poetry: a multi-level intervention against loneliness. *Journal of Poetry Therapy*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/08893675.2025.2476596>
- Swinen, A. M. C. (2016). Healing words: A study of poetry interventions in dementia care. *Dementia (London, England)*, 15(6), 1377–1404. <https://doi.org/10.1177/1471301214560378>
- Wexler, M. (2014). A poetry program for the very elderly—Narrative perspective on one therapeutic model, *Journal of Poetry Therapy*, 27(1), 35-46, <https://doi.org/10.1080/08893675.2014.871811>
- Williams, M. L. (2024). The Lawlessness of Loss: Poetry and Autoethnographic Writing as Therapy in Grief and Loss. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228241260937>
- Young, J. (2024). Taking time to heal: poetry writing and healthcare provider burnout. *Journal of Poetry Therapy*, 37(4), 347–356. <https://doi.org/10.1080/08893675.2024.2312802>