

Aralık 25'

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Alanında Uluslararası Derleme, Araştırma ve Çalışmalar



EDİTÖR DOÇ. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

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

Birinci Basım / First Edition • © Aralık 2025

ISBN • 978-625-8559-54-5

© 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.seruvenyayinevi.com

e-mail: seruvenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ALANINDA ULUSLARARASI DERLEME, ARAŞTIRMA VE ÇALIŞMALAR

- ARALIK 2025 -

EDİTÖR **DOÇ. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM**

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE BİREYLERİN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK İLE STRES DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ7

Emel Güven

Birsen Altay

BÖLÜM 2

YAŞLILIKTA RUH SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİK
YAKLAŞIMI..... 19

Sevgi ÇAĞALTAY KAYAOĞLU

BÖLÜM 3

HEMŞİRELİK TEORİLERİNİN EĞİTİMDE KULLANIMI 35

Burcu DAYSAL GÜLER

BÖLÜM 4

ÇOCUKLARDA DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI VE EBEVEYN DİJİTAL
OYUN REHBERLİK STRATEJİLERİ 47

İrem Nur AVARA

Filiz ÖZKAN

BÖLÜM 5

KIRILGAN GRUPLAR VE DİJİTALLEŞME..... 63

Eylül Gülnur Erdoğan

BÖLÜM 6

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE YAŞLI SAĞLIĞI 73

Eda ÜNAL

BÖLÜM 7

YAŞLANAN TOPLUM, YENİDEN DÜŞÜNMEK: YAŞLILIKTA SAĞLIK
POLİTİKALARI 85

Nuray GİDER

BÖLÜM 8

SAVUNMASIZ GRUPLARDA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE
YAPAY ZEKA TEKNOLOJİLERİNİN KULLANIMI117

Emel Güven

Tuğba Solmaz

BÖLÜM 9

YAŞLILARDA DÜŞMELER: NEDENLERİ, SONUÇLARI VE HALK
SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YAKLAŞIMI 135

Sevgi ÇAĞALTAY KAYAOĞLU

BÖLÜM 10

SAĞLIK DAVRANIŞLARININ OLUŞUMUNA KURAMSAL BİR BAKIŞ:
SAĞLIK İNANÇ MODELİ 153

Burcu DAYSAL GÜLER



COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE BİREYLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE STRES DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

“
Emel Güven¹
Birsen Altay²
”

1 Araş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, ORCID ID: 0000-0001-6105-4385

2 Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, ORCID ID: 0000-0001-5823-1117

Giriş

Koronavirüs hastalığı dünya çapında çok fazla yerde yaşandığı için 11 Mart 2020’de Dünya Sağlık Örgütü pandemi uyarısı yapmıştır. Damlacık yoluyla bulaşan COVID-19’da belirti göstermeyen vakalar olabileceği gibi ateş, öksürük, nefes darlığı gibi belirtilerle ölüm de görülebilmektedir. Sağlık çalışanları, 60 yaş ve üzeri bireyler ve kronik hastalık gibi altta yatan tıbbi sorunları olan bireyler COVID-19 için daha fazla risk altındadır (WHO, 2021a; Sağlık Bakanlığı, 2021).

COVID-19’dan korunmak için en az bir metrelik fiziksel mesafe, burun, ağız ve çene bölgesini kapatacak şekilde maske takmak, elleri en az 20 saniye boyunca yıkamak, kapalı ortamları iyi havalandırmak ve kalabalıktan kaçınmak gibi önlemler alınmaktadır (WHO, 2021b; Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, 2021). Küresel olarak hızlı bir şekilde yayılan COVID-19’un bulaş riskini, artan hasta ve ölüm sayılarını azaltmak için aşamalı olarak bazı kısıtlamalar uygulanmıştır. COVID-19 salgını sırasında kişilerin evden çalışmaları, diğerlerinden uzak durmaları ve kendi kendilerini karantina altına almaları önerildiği için bireylerin sosyal ilişkilerine yönelik algıları fiziksel uzaklaşma ve sınırlı sosyal temas nedeniyle değişebilmektedir (WHO, 2020). Özellikle sosyal yaşama yönelik yapılan kısıtlamalar insanların sosyal destek algısını etkilemektedir. Algılanan sosyal destek bireylerin arkadaşlarını, aile üyelerini ihtiyaç anında maddi, psikolojik ve genel destek sağlamak amacıyla nasıl algıladıklarının öznel değerlendirmesidir (Eagle ve ark, 2019).

Pandemi döneminde algılanan sosyal desteğin depresyon ve uykuya etkisini inceleyen 2020 katılımcının katıldığı bir araştırmada, kadınlarda ve erkeklerde orta düzeyde sosyal destek saptanmıştır (Grey ve ark, 2020). Yetişkin bireylerle yapılan toplum temelli bir çalışmada katılımcılarda orta düzeyde algılanan sosyal destek bulunurken, algılanan aile ve arkadaş desteği algılanan özel insan desteğinden daha yüksek bulunmuştur (Özmete ve Pak, 2020). İrlanda’da hamile kadınlarla yapılan bir araştırmada kadınların pandemi öncesine göre daha düşük sosyal destek algıladığı ve daha fazla stres azaltma stratejisi kullandığı belirlenmiştir (Matvienko-Sikar ve ark, 2020).

Sosyal destekte azalma bireylerin stres düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Sosyal destek bireyleri stresörlerin etkilerinden koruyan bir kaynaktır (Robinson ve Weiss, 2020). Sosyal desteğin stres ile psikolojik iyilik ve depresyon arasında aracı bir işlev sağladığı da ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla bu durum, stresin psikolojik iyilik hali ve depresyon üzerindeki olumsuz etkisinde sosyal desteğin tampon rolünün olduğunu göstermektedir. Özellikle COVID-19 pandemi sürecine bağlı yaşanan stres durumunda sosyal destek oldukça önemlidir (Chao, 2012; Çivitci, 2015). Pandemiye üniversite öğrencilerinin depresyon ve stres düzeylerinin incelendiği bir araştırmada pandemiye bağlı stres düzeyi orta değerin üzerinde bulunmuştur (Bayar ve ark, 2020).

Pandemi döneminde bireylerde algılanan stres ve kaygı düzeylerini inceleyen bir araştırmada algılanan stres düzeyi orta düzeyde saptanmıştır (Göksu ve Kumcağız, 2020).

Literatürde pandemi sürecinde algılanan sosyal destek ve stres düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu araştırmanın amacı bireylerin COVID-19 pandemi döneminde bireylerin algıladıkları sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem

Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı: Araştırmanın türü tanımlayıcı ve ilişkisel olup, araştırma 2020 yılı Temmuz ve Eylül aylarında yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilecek bireylere internet aracılığı ile sosyal medyada araştırmanın duyurusu yapılarak gönüllü katılımları sağlanmıştır

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırma kartopu örneklem yöntemi ile google formu dolduran 562 kişi ile yürütülmüştür. Araştırmanın örneklem seçiminde istatistiksel olarak Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması ve standart sapma değerleri $25,83 \pm 7,43$ alındığında %95 güven düzeyi, %80 test gücü ve 0.142 etki büyüklüğü ile 387 bireyin araştırmaya dahil edilmesi belirlenmiştir (Göksu ve Kumcağız, 2020). Araştırma sonucunda 562 birey ile testin gücü %92 olarak elde edilmiştir.

Dahil Edilme Kriterleri: İletişim kurabilmek, gönüllü olmak, okur yazar olmak, 18 yaş ve üzeri olmak, sosyal medya uygulamasına sahip olmak.

Verilerin Toplanması: Veriler Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Algılan Stres Ölçeği ile toplanmıştır. Veri toplama araçları google formda hazırlanarak bireylere sosyal medya aracılığı ile iletilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb., COVID-19 tanısı alan yakınının varlığı, yakınlık derecesi, pandemi sürecinde stres yaşama düzeyi, yaşanan stresle baş etmek için kullanılan yöntemlere yönelik soruları içermektedir (Zou ve Yao, 2020; Ye ve ark, 2020).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (Zimet ve ark., 1988; Eker ve Akar, 1995). Ölçek özel insan, aile ve arkadaş olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçeğin tüm alt boyutlarında dört soru bulunmakta ve toplamda ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. Toplam puanın yüksekliği algılanan sosyal desteğin yüksekliğini göstermektedir.

Algılan Stres Ölçeği (ASÖ): Ölçeğin orijinali 1983 yılında geliştirilmiş olup Türkçe'ye Eskin ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır (Eskin ve ark., 2013). Bireyin yaşamını ne düzeyde stresli algıladığını değerlendirmek için

geliştirilen ölçek 14 maddedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça algılanan stres yükselmektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler SPSS ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistik, korelasyon, Mann-Whitney U (U) ve Kruskal-Wallis (KW) testleri kullanılmıştır. Güvenilirlik analizi Cronbach Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Etik Uygunluk: Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 23.06.2020 tarihinde 2020/389 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Katılımcılara araştırmaya yönelik bilgi verilerek Google form üzerinden onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır. Ölçeklerin kullanılması için yazarlardan e-posta aracılığı ile izin alınmıştır. Çalışmanın tüm aşamaları Helsinki Bilirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür.

Bulgular

Tablo 1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=562)

Yaş ortalaması (yıl) $\bar{x} \pm SD$: 33,39 $\pm$ 12,63; Min-Max: 18-72		
Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	408	72,6
Erkek	154	27,4
Eğitim Durumu		
İlköğretim	14	2,5
Lise	72	12,8
Üniversite	356	63,3
Lisansüstü	120	21,4
Medeni Durum		
Evli	273	48,6
Bekar	289	51,4
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Olan	254	45,2
Olmayan	308	54,8
Çalışma Durumu		
Çalışan	338	60,1
Çalışmayan	224	39,9
Meslek		
Memur	288	51,2
İşçi	18	3,2
Ev hanımı	44	7,8
Emekli	24	4,3
Özel sektör	41	7,3
Öğrenci	147	26,2
Gelir Durumu		

Düşük	50	8,9
Orta	478	85,1
Yüksek	34	6,0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	470	83,6
Geniş aile	68	12,1
Parçalanmış aile	24	4,3
Yaşanılan Yer		
İl	405	72,1
İlçe	132	23,5
Köy	25	4,4

Araştırmada bireylerin sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, bireylerin yaş ortalaması $33,39 \pm 12,63$ (min 18-max 72) yıl, %72,6'sının kadın, %63,3'ünün üniversite mezunu ve %51,4'ünün bekar olduğu bulunmuştur. Bireylerin %54,8'inin çocuk sahibi olmadığı, %60,1'inin çalıştığı, %51,2'sinin memur olduğu, %85,1'inin gelir düzeyinin orta olduğu, %83,6'sının çekirdek aile türüne sahip olduğu ve %72,1'inin ilde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).

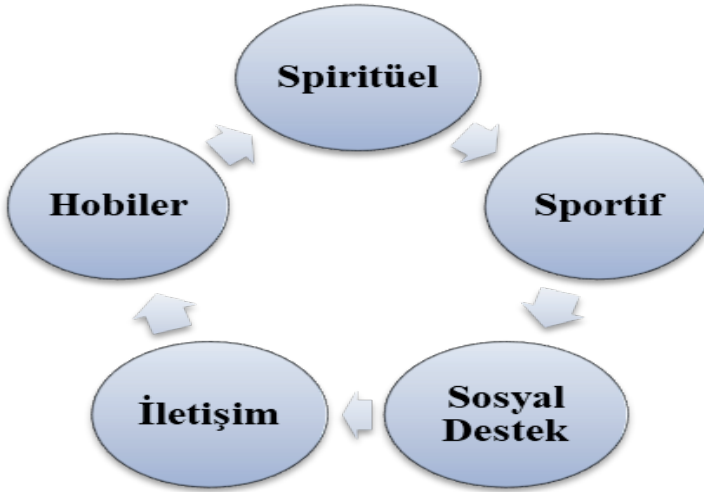
Tablo 2. Bireylerin pandemi döneminde sosyal destek ve stres yaşama durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=562)

Özellikler	n	%
Kiminle beraber yaşadığı		
Aile	467	83,1
Arkadaş	22	3,9
Yalnız	73	13,0
Pandemi sürecinde COVID-19 tanısı alan yakınının varlığı		
Var	106	18,9
Yok	456	81,1
COVID-19 tanısı alan yakınının yakınlık derecesi		
Arkadaş	47	44,3
Akraba	59	55,7
Pandemi sürecinde stres yaşama düzeyi		
Çok düşük	26	4,6
Düşük	85	15,1
Orta	260	46,3
Yüksek	150	26,7
Çok yüksek	41	7,3
Stresle baş etmede herhangi bir yöntem kullanma durumu		
Kullanan	109	19,4
Kullanmayan	453	80,6

Pandemi döneminde bireylerin sosyal destek ve stres yaşama durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı değerlendirildiğinde, bireylerin %83,1'inin

ailesi ile birlikte yaşadığı, %81,1'inin COVID-19 tanısı alan yakınının olmaması ve %55,7'sinin COVID-19 tanısı alan yakınının yakınlık derecesi akraba olarak saptanmıştır. Pandemi sürecinde bireylerin %46,3'ü orta düzeyde stres yaşadığı ve %80,6'sının stresle baş etmede herhangi bir yöntem kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırmada bireylerin pandemi sürecinde stresle baş etmede kullandıkları yöntemler spiritüel, sportif, iletişim, sosyal destek ve hobiler olmak üzere 5 temada sınıflandırılmıştır (Şekil 1). Spiritüel yöntemler yoga, meditasyon, ibadet, tevekkül etmek, Kuran okumak, pozitif düşünmek, dikkati başka yöne çekmek, dua etmek ve olumlu düşüncelere odaklanmayı içermektedir. Sportif yöntemler egzersiz, yürüyüş, gevşeme ve nefes egzersizini kapsamaktadır. İletişime ilişkin yöntemler sosyal medyada vakit geçirmek, yakınlarla görüntülü konuşmak, mümkün olduğu kadar basın ve yayın organlarından uzak durmak, süreçle ilgili doğru bilgilere ulaşmak ve olumsuz haberlerden uzak durmaktır. Sosyal desteğe ilişkin yöntemler aile ile vakit geçirmek, arkadaş ile zaman geçirmek ve evcil hayvanlarla vakit geçirmek olarak belirlenmiştir. Hobilere ilişkin yöntemler kitap okumak, müzik dinlemek, film ve dizi izlemek, oyun oynamak, el işi yapmak, dil öğrenmek, resim yapmak, sanatla ilgili araştırmalar yapmak, piyano çalmak ve müzik ile uğraşmaktır.



Şekil 1. Pandemi sürecinde stresle baş etmede kullanılan yöntemler

<i>Tablo 3. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ve ASÖ puanları</i>		
Özellikler	ÇBASDÖ Toplam Puan Medyan (Min-Max)	ASÖ Toplam Puan Medyan (Min-Max)
Cinsiyet		
Kadın	24(12-84)	25(7-48)
Erkek	23(12-81)	24(4-38)
	U=31880,000; p=0,786	U=27492,000; p=0,022
Eğitim Durumu		
İlköğretim	26,5(12-66)	25(8-39)
Lise	21,5(12-73)	25(7-45)
Üniversite	24,5(12-84)	25(4-48)
Lisansüstü	20(12-83)	24(10-39)
	KW=5,767; p=0,124	KW=1,459; p=0,692
Medeni Durum		
Evli	19(12-76)	24(4-39)
Bekar	29(12-84)	26(7-48)
	U=53801,000; p<0,001	U=48531,500; p<0,001
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Olan	20(12-76)	24(4-39)
Olmayan	28(12-84)	25(7-48)
	U=49621,000; p<0,001	U=46670,500; p<0,001
Çalışma Durumu		
Çalışan	22(12-83)	24(4-44)
Çalışmayan	26,5(12-84)	26(7-48)
	U=43053,000; p=0,006	U=45501,000; p<0,001
Gelir Durumu		
Düşük	33,5(12-84)	26(7-48)
Orta	23(12-84)	25(4-45)
Yüksek	19,5(12-83)	23(17-37)
	KW=9,550; p=0,008	KW=5,535; p=0,063
Aile Tipi		
Çekirdek aile	24(12-84)	25(4-48)
Geniş aile	21(12-74)	25(11-34)
Parçalanmış aile	36(12-84)	25(7-38)
	KW=10,473; p=0,005	KW=3,136; p=0,208
Yaşanılan Yer		
İl	22(12-84)	24(4-46)
İlçe	24(12-79)	26(7-45)
Köy	38(12-84)	26(20-48)
	KW=8,517; p=0,014	KW=4,276; p=0,118

Araştırmaya katılan bekar, gelir durumu düşük, parçalanmış aile türüne sahip ve köyde yaşayan bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$). Çocuk sahibi olan ve çalışan bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmada kadın ve bekar bireylerde stres düzeyi daha yüksek saptanırken, Çocuk sahibi olan ve çalışan bireylerde stres düzeyi daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda ve bekar bireylerde algılanan stres düzeyi evli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuk sahibi olan ve çalışan bireylerde algılanan stres düzeyi daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3).

Araştırmada bireylerin pandemi döneminde sosyal destek ve stres yaşama durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde, yalnız yaşayan bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi ailesi ve arkadaşı ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Yüksek stres yaşama düzeyine sahip bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksek, çok yüksek stres yaşama düzeyine sahip bireylerde ise algılanan stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması $29,33\pm 17,67$ olup bireylerin algıladıkları sosyal destek düşük düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin özel insan alt boyutu toplam puan ortalaması $10,04\pm 7,55$, aile alt boyutu toplam puan ortalaması $8,93\pm 6,70$ ve arkadaş alt boyutu toplam puan ortalaması $10,35\pm 6,44$ olarak belirlenmiştir. Algılanan Stres Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması $24,90\pm 5,84$ olup araştırmaya katılan bireylerin algıladıkları stres orta düzeyde saptanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça algılanan stres düzeyi artmaktadır.

Tartışma

Bu araştırmada bireylerin algıladıkları sosyal destek düşük düzeyde bulunmuştur. Özmete ve Pak'ın yaptığı bir araştırmada algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir (Özmete ve Pak, 2020). COVID-19 sürecinde üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmada algılanan sosyal destek yüksek düzeyde saptanmıştır (Lechner ve ark, 2020). Bu araştırmada algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olması, pandemide sosyal yaşama yönelik alınan tedbirlerin bireylerin sosyal ilişkilerinde fiziksel uzaklaşmaya ve sınırlı sosyal temasa neden olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin algıladıkları stres orta düzeyde saptanmıştır. Liu ve arkadaşlarının 18 yaş ve üzeri bireylerle yaptığı bir araştırmada pandemi öncesine göre bireylerin algıladığı streste artış bulunmuştur (Liu ve ark, 2020). Pandemide anksiyete, endişe ve algılanan stresi inceleyen bir araştırmada kadınlar, gençler, öğrenciler ve endişelerini dile getiren bireylerin stres düzeyi daha yüksek saptanmıştır (Limcaoco ve ark, 2020). Araştırmada bireylerde algılanan stresin orta düzeyde bulunması pandeminin neden oldu-

ğu fiziksel hareket ve sosyal aktivitelerde sınırlılık, korku ve endişe duyma, ani ve radikal yaşam tarzı değişikliklerinin bireylerde yeni stres faktörleri oluşturmaya bağlı olabilir.

Bireylerin algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça algılanan stres düzeyi artmaktadır. Pandemi döneminde sosyal desteğin algılanan strese etkisini inceleyen bir araştırmada algılanan stres ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arkadaş alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Özer ve ark, 2021). Yeni koronavirüs pandemisinde hamile kadınlarla yapılan bir araştırmada algılanan sosyal destek ile stres arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırmada algılanan sosyal desteğin artmasıyla stres düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (Alan ve ark, 2020). Araştırmaya katılan bireylerde sosyal destek düzeyi ile stres düzeyi arasındaki ilişki, sosyal desteğin bireyleri stres ve stresörlerin olumsuz etkilerine karşı koruyucu bir faktör olmasından kaynaklanabilir.

Bekar bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi ve stres düzeyi evli bireylere göre daha yüksek belirlenmiştir. COVID-19 sürecinde bireylerle yapılan bir araştırmada evli olanlarda algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Özmete ve pak, 2020). Pandemi sürecinde yapılan bir araştırmada bekar bireylerde algılanan stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Göksu ve Kumcağız, 2020). Bekar bireylerde algılanan sosyal desteğin daha yüksek olmasında bekar bireylerin aile, arkadaş ve akraba çevresi ile daha fazla iletişim kurabilmesi düşünülebilir. Bekar bireylerde algılanan stres düzeyinin daha yüksek olması pandemi sürecinde sosyal yaşama ilişkin alınan tedbirler, yaşam tarzı değişiklikleri ve endişeden kaynaklanabilir.

Kadınlarda algılanan stres düzeyi daha yüksek belirlenmiştir. Pandemi sürecinde bireylerde algılanan stres ve kaygı düzeylerinin incelendiği bir araştırmada kadınların stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Göksu ve Kumcağız, 2020). Kadınlarda stresin daha fazla görülmesi ataerkil toplum yapısına bağlı olarak pandemi sürecinde kadınlara yüklenen bakım verici rolü ve iş yükü kaynaklı olabilir.

Araştırmada çocuk sahibi olma, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi ve yaşanan yer özelliklerinin algılanan sosyal destek düzeyini etkilediği bulunmuştur. Bu sonuca bireylerin sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinin sosyal destek algısını etkilemesi neden olabilir. Bireylerin algılanan stres düzeylerini medeni durum, çocuk sahibi olma ve gelir durumu özelliklerinin etkilediği saptanmıştır. Pandemi kapsamında sosyal ve çalışma hayatına yönelik alınan tedbirlerin bireylerde strese neden olabileceği düşünülebilir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada bireylerin algıladıkları sosyal destek düşük düzeyde, stres ise orta düzeyde saptanmıştır. Algılanan sosyal destek ile stres arasında ilişki bulunmuştur ve algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça algılanan stres düzeyi artmaktadır. Algılanan sosyal destek düzeyi evli, çocuk sahibi olan, çalışan, gelir durumu yüksek olan, geniş aileye sahip olan, ilde yaşayan, ailesi ile birlikte yaşayan ve çok düşük düzeyde stres yaşayan bireylerde daha düşük olarak belirlenmiştir. Algılanan stres düzeyi kadınlarda, bekar, çocuk sahibi olmayan ve çalışmayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda COVID-19 pandemi döneminde yaşanan stres düzeyini azaltmak için özellikle halk sağlığı hemşireleri tarafından multidisipliner bir yaklaşım ile sosyal destek mekanizmalarını artırıcı faaliyetler planlanmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmelidir. Halk sağlığı hemşireleri bu faaliyetleri öncelikle en çok gereksimini olan bireyleri tespit ederek uygulamalıdır. Ayrıca halk sağlığı hemşirelerinin stresle başetme konusunda birey, aile ve topluma eğitim vermesi önerilebilir.

Kaynakça

- Alan S, Vurgee BA, Çevik A, Gozuyesil E, Surucu SG. The Effects of COVID-19 Pandemic on Pregnant Women: Perceived Stress, Social Support and Sleep Quality. *Yonago Acta Medica*. 2020. <https://doi.org/10.33160/yam.2020.11.016>.
- Bayar BD, Can SY, Erten M, Ekmen M, 2020. Determination of Depression and Stress Levels of University Students in the Covid-19 Pandemic Process. *JOPEHS* 2020; 2(1):12-25.
- Chao, R. C. L. (2012). Managing perceived stress among college students: The roles of social support and dysfunctional coping. *Journal of College Counseling*, 15(1), 5-21.
- Çivitci A, 2015. The Moderating Role of Positive and Negative Affect on the Relationship between Perceived Social Support and Stress in College Students. *Educational Sciences: Theory & Practice* . 15(3); 565-573.
- Eagle, D.E., Hybels, C.F., Proeschold-Bell, R.J., 2019. Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *J. Soc. Pers. Relationsh.* 36 (7), 2055–2073. <https://doi.org/10.1177/0265407518776134>.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *SPPE*. 2000; 35: 228-233.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2001; 12: 17-25.
- Eskin, Mehmet, Harlak, Hacer, Demirkıran, Fatma, Dereboy, Çiğdem, “Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi”, *New Symposium Journal*, 2013;51(3):132-140.
- Göksu Ö, Kumcağız H. Perceived Stress Level and Anxiety Levels in Individuals in Covid-19 Outbreak. *Turkish Studies*. 2020;15(4):463-480.
- Grey I, Arora T, Thomas J, Saneh A, Tohme P, Abi-Habib R, 2020. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*; 293. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>.
- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, 2021. How to Protect Yourself & Others. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>. Erişim Tarihi: 20.04.2021.
- Lechner WV, Laurene KR, Patel S, Anderson M, Grega C, Kenne DR. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive Behaviours*. 2020;110:1-4.
- Limcaoco RSG, Mateos EM, Fernández JM, Roncero C. Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic, March 2020. Preliminary results. *medRxiv*. 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.03.20043992>
- Liu S, Lithopoulos A, Zhang CQ, Garcia-Barrera MA, Rhodes RE. Personality and per-

- ceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and Individual Differences*. 2021;168:1-4.
- Matvienko-Sikar K, Pope J, Cremin A, Carr H, Leitaos S, Olander EK, Meaney S, 2020. Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress-reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. *Women and Birth*; 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.010>.
- Özer Ö, Özkan O, Budak F, Özmen S. Does social support affect perceived stress? A research during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal Of Human Behavior In The Social Environment*. 2021;31:134-144.
- Özmete E, Pak M, 2020. The Relationship between Anxiety Levels and Perceived Social Support during the Pandemic of COVID-19 in Turkey. *Social Work in Public Health*; 35(7):603-616.
- Robinson S, Weiss JA, 2020. Examining the relationship between social support and stress for parents of individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*; 74. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101557>.
- Sağlık Bakanlığı, 2021. COVID-19 bilgilendirme platformu. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/>. Erişim tarihi:09.04.2021.
- WHO, 2020. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report –71. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200331-sitrep-71-covid-19.pdf?sfvrsn=4360e92b_4. Erişim Tarihi: 22.04.2021.
- WHO, 2021a. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Erişim Tarihi: 08.06.2020.
- WHO, 2021b. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Erişim Tarihi: 22.04.2021.
- Ye Z, Yang X, Zeng C, Wang Y, Shen Z, Li X, Lin D. Resilience, Social Support, and Coping as Mediators between COVID-19-related Stressful Experiences and Acute Stress Disorder among College Students in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2020; 12(4):1074-1094.
- Zhou X, Yao B. 2020. Social support and acute stress symptoms (ASSs) during the COVID-19 outbreak: deciphering the roles of psychological needs and sense of control. *European Journal of Psychotraumatology*. 11, <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1779494>
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988, 52: 30-41.



YAŞLILIKTA RUH SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

“ ”

Sevgi ÇAĞALTAY KAYAOĞLU¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sinop Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, sckayaoglu@sinop.edu.tr, 0000-0002-8779-4127

Giriş

Yirmi birinci yüzyıl, demografik bir devrime tanıklık etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2030 yılına kadar dünyadaki her altı kişiden birinin 60 yaş ve üzerinde olacağı öngörülmektedir. Bu demografik dönüşüm, yalnızca gelişmiş ülkelerin değil, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin de temel sağlık ve sosyal politika gündemini şekillendirmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri, Türkiye'nin genç bir nüfus yapısına sahip olma özelliğini yitirerek “yaşlı nüfuslu” ülkeler kategorisine doğru hızla ilerlediğini göstermektedir. Ülkemizde yaşlı nüfus hızla artmakta ve bu durum sosyal hizmetler ve sağlık sistemleri üzerinde büyük bir baskı oluşturmaktadır (Santini et al., 2020). Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların yönetiminin ötesinde, genellikle göz ardı edilen ancak yaşam kalitesini derinden etkileyen bir alanı, yaşlılık dönemi ruh sağlığını, öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkarmaktadır. Yaşlılıkta ortaya çıkan ruhsal sorunlar, bireyin işlevselliğinde azalma, sosyal rollerinde kayıp ve bağımsızlığının yitirilmesi gibi ciddi sonuçlara yol açarak hem birey hem de bakım verenler için önemli bir yük oluşturmaktadır (Pai & Vella, 2022; Wilkialis et al., 2021).

Yaşlılıkta ruhsal sorunlar ve fiziksel hastalıklar arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin, depresyon ve kaygı bozuklukları, fiziksel hastalıkların varlığı ile sıkı bir şekilde ilişkilidir (Jayaweera et al., 2015; Wilkialis et al., 2021). Ruhsal sorunlar genellikle yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görülmekte ve bu durum, tedavi ve destek arayışını engelleyebilmektedir (Cris-telo et al., 2019). Oysa ruhsal sağlığın korunması, sağlıklı yaşlanmanın temel bir bileşeni olarak dikkat çekmektedir (Jayakody et al., 2022).

Yaşlılık Tanımı ve Türleri

Yaşlılık, çeşitli biçimlerde tanımlanabilir; bunlar arasında kronolojik yaşlılık, biyolojik yaşlılık, psikolojik yaşlılık, sosyal yaşlılık ve fonksiyonel yaşlılık yer almaktadır (Hom et al., 2017). Bu tanımlar, yaşlı bireylerin ruh sağlığını etkileyen çeşitli faktörlerin anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır.

- **Kronolojik Yaşlılık:** Kronolojik yaşlılık, bireyin doğum tarihinden itibaren geçen yılların toplamını ifade eder. Bu yaklaşım, genellikle yaşlılık tanımında en yaygın kullanılan ölçüttür ve düzenli olarak belirlenen yaş düzeylerine dayanmaktadır. Örneğin, 65 yaş ve üstü bireyler genellikle yaşlı olarak kabul edilmektedir. Bu bakış açısı, yaş ilerledikçe sağlık, sosyal destek ve bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek için basit bir kriter olarak işlev görmektedir (Harrison et al., 2012).

- **Biyolojik Yaşlılık:** Biyolojik yaşlılık, fizyolojik değişimlerin ve vücut organları ile sistemlerindeki yaşlanma sürecinin değerlendirilmesiyle ilgilidir. Bu tür yaşlılık, bireyin genel sağlık durumu, organ fonksiyonları ve meta-

bolik işlevleri gibi unsurları içermektedir. Örneğin, yaşlılıkta sıklıkla gözlemlenen kas kaybı (sarkopeni) ve kemik yoğunluğundaki azalma, biyolojik yaşlılık göstergeleri arasında yer alır (Herold et al., 2024; LaCroix et al., 2017). Bu durum, yaştan ilerlemesiyle beraber artan sağlık sorunlarını ve işlevsellik kaybını artırabilir.

- Psikolojik Yaşlılık: Psikolojik yaşlılık, bireyin zihinsel ve duygusal sağlığı ile ilgilidir. Yaşlılıkta depresyon, kaygı ve bilişsel beceri azalması gibi psikolojik durumlar önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, yaşlı bireylerde yaşanan bilişsel işlev kaybı, ruhsal durumlarını ve genel yaşam kalitelerini doğrudan etkileyebilir (Callahan et al., 2021; Depp et al., 2011). Psikolojik yaşlılık aynı zamanda bireyin yaşam memnuniyeti ve sosyal bağlılığı gibi unsurları da kapsamaktadır (Seong et al., 2021).

- Sosyal Yaşlılık: Sosyal yaşlılık, bireyin sosyal çevresi, destek ağları ve toplumsal ilişkileri ile bağlantılıdır. Yaşlı bireylerin sosyal destek ağlarının sağlıklı olması, fiziksel ve psikolojik sağlıklarının korunmasında büyük önem taşımaktadır. Örneğin, sosyal izolasyon yaşayan yaşlı bireyler, duygusal ve psikolojik sorunlar açısından daha yüksek risk altındadır (Mendoza-Núñez et al., 2017; Yang & Stone, 2024). Sosyal bağlılık, yaşlı bireylerin ruh sağlıklarında olumlu etkiler yaratmaktadır.

- Fonksiyonel Yaşlılık: Fonksiyonel yaşlılık, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ne ölçüde gerçekleştirebildiklerini tanımlamaktadır. Bu tür, bireylerin bağımsızlık düzeylerini, fiziksel yeteneklerini ve genel işlevselliklerini kapsamaktadır. Örneğin, yürüyüş, banyo yapma veya alışveriş gibi aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği, yaşlı bireylerin fonksiyonel durumlarını belirlemektedir (LaCroix et al., 2017; Cleave et al., 2010). Bunun yanı sıra, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam tarzının, yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasitelerini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Herold et al., 2024).

Bu farklı yaşlılık türleri, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen karmaşık etkileşimler açısından oldukça önemli ve kapsamlı bir anlayış sunmaktadır.

Yaşlanma Kuramları: Yaşlanma süreci, bireylerin sosyal rollerini, psikolojik uyum mekanizmalarını ve yaşam doyumunu kapsamlı bir şekilde anlamayı sağlayan çeşitli kuramsal çerçeveler ışığında ele alınmaktadır. Bu çerçevelerden içgörü elde edilmesi, özellikle Rowe ve Kahn'ın 1997'de geliştirdiği "başarılı yaşlanma" modeli gibi yaklaşımlarla birleştğinde kritik bir öneme sahiptir (Karamivand, 2022). Aktif kuramlar, geri çekilme kuramı (disengagement theory) ve süreklilik kuramı (continuity theory), yaşlı bireylerin ruh sağlığını destekleyen sosyal katılım, bilişsel işlevsellik ve fiziksel sağlık gibi bileşenlere vurgu yapmaktadır (Kahana et al., 2003; Karamivand, 2022).

- **Aktif Kuramlar:** Aktif kuramlar, yaşlı bireylerin yaşamlarında aktif ve katılımcı roller üstlenmelerinin önemini vurgular. Bu çerçevede, yaşlı bireylerin sosyal etkileşimde bulunmaları, ruh sağlıkları üzerinde olumlu etkilere yol açar. Yapılan çalışmalarda, yaşlı kadınların grup logoterapi uygulamalarına katılarak yaşam doyumlarının ve psikososyal iyi hallerinin arttığı bulunmuştur (Saffarinia & Dortaj, 2018). Sosyal katılım, mental sağlığı desteklemek ve diğer ruhsal problemleri azaltmak için önemli bir etkidir.

- **Geri Çekilme Kuramı:** Geri çekilme kuramı, bireylerin yaşlılık döneminde sosyal etkileşimlerini azalttıkları ve bu durumun ruhsal sağlıklarını nasıl etkileyebileceğini ele alır. Araştırmalar, yaşlı bireylerin sosyal bağlantılarını kaybetmelerinin, duygusal iyilik hâllerini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (Wrosch et al., 2004). Özellikle, geriye çekilmenin sürdürülebilir olmasında yeni ve anlamlı sosyal aktiviteler edinmenin önemi vurgulanmaktadır. Bu noktada, geri çekilmeye direnen bireylerin ruhsal sağlıklarının daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

- **Süreklilik Kuramı:** Süreklilik kuramı, yaşlı bireylerin yaşamlarında önceki deneyimlerini ve alışkanlıklarını korumalarının, genel yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yarattığını belirtmektedir. Bu yaklaşım, bireylerin geçmişteki kimliklerini ve sosyal yapılarını muhafaza ederek tatmin bulmalarına olanak tanır (Wrosch et al., 2000). Araştırmalar, bireylerin yaşamlarında süreklilik sağladıklarında ruhsal sağlıklarının da olumlu etkilendiğini göstermektedir.

- **Başarılı Yaşlanma Kavramı:** Rowe ve Kahn tarafından tanımlanan başarılı yaşlanma modeli, yaşlılık döneminde bireylerin fiziksel sağlık, sosyal katılım ve bilişsel işlevsellik gibi bileşenleri nasıl dengede tutabileceklerini açıklar (Karamivand, 2022). Bu modelde, yaşlı bireylerin sağlıklarını iyileştirme ve ruhsal sağlıklarını koruma yöntemleri, sosyal ve psikolojik açıdan önemli birer kaynak teşkil etmektedir. Örneğin, yaşlı bireyler, geçmişteki sosyal yapılarını koruyarak yaşamsal rollerini sürdürebiliyorlarsa, daha yüksek yaşam doyumu düzeylerine ulaşabiliyorlar (Kahana et al., 2003; Karamivand, 2022).

Yaşlılık Döneminde Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Yaşlılık dönemi, bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik durumlarının bir araya geldiği karmaşık bir süreçtir. Bu dönemde ruh sağlığını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Aşağıda, bu faktörler alt başlıklar halinde açıklanmıştır.

- **Biyolojik Faktörler:** Biyolojik faktörler, yaşlılık döneminde ruh sağlığının önemli belirleyicilerindendir. Nörotransmitterlerdeki değişiklikler, yaşlanma ile birlikte beyin hacminde yaşanan azalmalar ve kronik hastalıklar, yaşlı bireylerin ruhsal durumunu olumsuz etkileyebilir. Özellikle, nörotransmitter sistemlerinde meydana gelen bozulmalar depresyon ve kaygı gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir (Kang et al., 2017). Ayrıca,

yaşlı bireylerin sıkça deneyimledikleri polifarmasi, yani birden fazla ilacın kullanılması, bu sağlık sorunlarını daha da kötüleştirebilir. Polifarmasi, özellikle yaşlı popülasyonda yan etki ve etkileşim riskini artırarak ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (Kang et al., 2017).

- Psikolojik Faktörler: Yaşlılık döneminde ruh sağlığını etkileyen psikolojik faktörler arasında kayıplar, benlik saygısının azalması ve gelecekle ilgili kaygılar ön plana çıkmaktadır. Kayıp deneyimleri, yaşlı bireylerde depresyon ve kaygı düzeylerini artırarak ruhsal bozukluklara zemin hazırlayabilir (Obuobi-Donkor et al., 2021). Özellikle eş, aile üyeleri ya da arkadaşların kaybı, yaşlı bireylerin ruh sağlığını tehdit eden önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, yaşlılıkla birlikte ölüm düşüncesi, bireylerde yoğun kaygılara ve depresif semptomlara yol açabilir (Beekman et al., 2000). Araştırmalar, bu durumların başta kadınlar olmak üzere yaşlılar arasında yaygın olduğunu ve psikolojik destek ihtiyacını artırdığını göstermektedir (Parlapani et al., 2021).

- Sosyal Faktörler: Sosyal faktörler, yaşlılık döneminde ruh sağlığını derinden etkileyen bir diğer önemli öge olarak dikkat çekmektedir. Yalnızlık ve sosyal izolasyon, yaşlı bireylerin ruhsal sağlık sorunlarını artıran temel unsurlar arasında yer alır. Yapılan bir araştırma, sosyal destek eksikliğinin yaşlı bireyler üzerindeki psikolojik etkilerini vurgulamaktadır (Sams et al., 2021). Ekonomik zorluklar ve emeklilik durumu, bu sosyal izolasyonu derinleştiren diğer önemli faktörlerdir. Ayrıca, yaş ayrımcılığı, yaşlı bireylerin toplumsal hayattan dışlanmasına neden olarak ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir (Chen et al., 2022). Sosyal destek kaynaklarının yetersizliği, yaşlı bireylerin psikolojik yükümlülüklerini artırmakta ve depresyon ile anksiyete riskini yükseltmektedir (Siddhpuria et al., 2022).

- Çevresel ve Kültürel Faktörler: Çevresel ve kültürel faktörler de yaşlı bireylerin ruh sağlığını etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Aile yapısı, bakım ortamı ve kültürel algılar, yaşlı bireylerin ruh sağlıkları üzerinde belirleyici bir etki yaratmaktadır (Arpacioğlu et al., 2021). Örneğin, aile desteği ve uygun bir yaşam ortamı, yaşlı bireylerin ruh sağlığını korumak için kritik öneme sahiptir. Aynı zamanda, kültürel inançlar ve sosyal normlar, yaşlı bireylerin ruh sağlığına yaklaşımlarını şekillendirebilir. Kültürel olarak yaşlılığın nasıl algılandığı, bu bireylerin kendilerine olan değerlerini ve ruhsal sağlıklarını etkileyebilmektedir (Maggi et al., 2021).

Yaşlılık dönemi, çeşitli biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkisi altında şekillenen karmaşık bir süreçtir. Bu faktörlerin her biri, yaşlı bireylerin ruh sağlığını derinlemesine etkileyebilir. Biyolojik değişimlerin, psikolojik kayıpların, sosyal destek eksikliklerinin ve çevresel etmenlerin dikkate alınması, ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, yaşlı bireylere yönelik kapsamlı destek ve müdahale

stratejilerinin geliştirilmesi yaşlılığın getirdiği zorluklarla başa çıkmak için gereklidir.

Yaşlılık Döneminde Temel Ruh Sağlığı Sorunları: Yaşlılık dönemi, yaşlı bireylerin ruh sağlığını etkileyen birçok önemli sorun ile karşılaştığı bir süreçtir.

- **Bağımsız Davranabilme Yetisini Yitirme:** Yaşlılık, fizyolojik değişikliklerle birlikte gelir ve bireylerin bağımsızlıklarını kaybetmesi sık karşılaşılan bir durumdur. Bu durum, yaşlıların günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirmelerini zorlaştırarak büyük bir psikolojik stres kaynağı oluşturabilir. Araştırmalar, fiziksel yetersizliklerin yaşlı bireylerde sosyal etkileşimlerini azalttığını ve bunun sonucunda yalnızlık, depresyon ve intihar gibi ruh sağlığı sorunlarının arttığını göstermektedir (Wang et al., 2022; Draper, 2014). Örneğin, bir yaşlının yürümekte zorluk çekmesi, sosyal etkinliklere katılımını engelleyebilir ve bunun sonucunda yalnızlık hissi yaşayabilir.

- **Hastalıkların Etkileşimi:** Yaşlı bireylerin sıkça yaşadığı kronik hastalıklar, ruh sağlığını doğrudan etkileyebilir. Depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıklar, yaşlı bireylerde fiziksel sağlık sorunları ile sıkı bir ilişki içerisinde. Bunlar arasında hipertansiyon ve kronik ağrı gibi durumlar bulunmaktadır (Kang et al., 2017; Susanto., 2024). Örneğin, bir yaşlının kronik bel ağrısı çekmesi, ruhsal durumunu olumsuz etkileyebilir ve bunun sonucunda sosyal etkileşimlerini azaltmasına neden olabilir.

- **Yaşlının İhmal ve İstismarı:** Yaşlı bireyler, toplumsal hayatta maruz kaldıkları ihmal veya istismardan dolayı ruhsal sorunlar yaşayabilirler. Bu durum genellikle aile üyeleri veya bakıcılardan kaynaklanmaktadır. Araştırmalar, yaşlı bireylerin ihmal edilmesinin yalnızlık ve depresyon seviyelerini artırdığını ortaya koymaktadır (Bravalhieri et al., 2022; Sadatnia et al., 2023; Ljiljana et al., 2023). Örneğin, yalnız yaşayan bir yaşlı, aile üyeleri tarafından düzenli olarak ziyaret edilmemesi durumunda derin bir yalnızlık hissi yaşayabilir.

- **Emeklilik:** Emeklilik, birçok birey için kimlik kaybı ve sosyal bağların zayıflamasıyla sonuçlanabilir. Emeklilik süreci, iş hayatındaki sosyal ilişkilerin sona ermesine ve sosyal destek sistemlerinin azalmasına neden olabilir (Cornwell & Waite, 2009; Santini et al., 2020). Örneğin, yıllarca iş hayatında aktif olan birey emekli olduktan sonra sosyal çevresini kaybedebilir ve bu durum ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilir.

- **Yalnızlık:** Yalnızlık, yaşlıların karşılaştığı en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biridir. Sosyal bağlantıların azalması, yalnızlık hissini ciddi anlamda artırabilir ve bu durum depresyona yol açabilir (Liu et al., 2014; Dziedzic et al., 2021). Özellikle COVID-19 pandemisi sırasında sosyal izolasyon, yaşlı bireyler arasında yalnızlığı artırmış ve bunun sonucunda mental sağlık so-

runları çoğalmıştır (Sahimi et al., 2023; Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Örneğin, bir yaşlının sosyal etkinliklere katılamaması, yalnızlık hissini artırarak depresyona girmesine sebep olabilir.

- Yas ve Ölüm: Yaşlılık döneminde, sevdiklerini kaybetme durumu sık yaşanmaktadır. Bu kayıplar, yas süreci yaşanmasına neden olarak ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir (Shear et al., 2013). Araştırmalar, yaşlı bireylerin kayıplarını aşamadıklarında depresyon ve anksiyete geliştirme olasılıklarının arttığını göstermektedir (Zakizadeh et al., 2023). Örneğin, eşini kaybeden bir yaşlı, bu durumu kabullenmekte zorluk çekebilir ve derin bir yas yaşayarak ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilenebilir.

- Bakım Veren Olma Yükü: Yaşlı bireyler, bazen sağlık sorunları olan aile üyeleri veya eşleriyle ilgilenmek durumunda kalabilirler. Bu bakım verme süreci, onların ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen ek bir yük oluşturabilir. Araştırmalar, bakım veren yaşlıların depresyon ve anksiyete oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Sahimi et al., 2023; Rothman & Sher, 2021). Örneğin, yaşlı bir birey, hasta bir eşle ilgilenirken kendisine yeterince zaman ayıramaz ve bu durum ruhsal sağlığını tehdit edebilir.

Yaşlılarda Ruh Sağlığını Koruyan ve Geliştiren Girişimler: Yaşlı bireylerin ruh sağlığını korumak ve geliştirmek, önemli bir toplumsal sorumluluktur. Bu bağlamda, yaşlıların ruh sağlığını desteklemek için çeşitli stratejiler, programlar ve girişimler geliştirilmiştir.

- Sosyal Destek ve Sosyal Bağlantılar: Sosyal destek, yaşlılarda ruh sağlığını artırmada kritik bir rol oynar. Araştırmalar, sosyal etkileşimlerin yalnızlık hislerini azalttığını ve mental sağlık üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Wang et al., 2018; , Gao et al., 2020). Özellikle yaşlılar arasında oluşturulan sosyal destek grupları, depresyonu ve yalnızlık hissini azaltma konusunda etkili olmuştur (Kotwal et al., 2021). Ayrıca, sosyal aktiviteler, yaşlı bireylerin kendilerini topluma bağlı hissetmelerine katkıda bulunarak ruhsal iyilik hallerini artırabilmektedir (Dickens et al., 2011).

- Fiziksel Aktivite ve Sağlık: Fiziksel aktivitenin ruh sağlığı üzerindeki faydaları iyi belgelenmiştir. Yapılan çalışmalar, düzenli fiziksel aktivitenin yaşlılarda depresyon ve anksiyete seviyelerini düşürdüğünü göstermektedir (Ruiz-Comellas et al., 2021; , Shvedko et al., 2018). Özellikle grup halinde yapılan egzersizlerin, sosyal bağlantıları güçlendirerek duygusal iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yarattığı vurgulanmaktadır (Komatsu et al., 2017). Sürekli fiziksel aktivite, hem fiziksel hem de mental sağlığı destekleyici bir unsur olarak kabul edilmektedir (Calogiuri & Chroni, 2014).

- Toplumsal Girişimler ve Programlar: Toplum temelli girişimler, yaşlı bireyler için grup aktiviteleri ve eğitim programları içermekte ve katılımcıların kendilerini daha iyi hissetmelerine olanak tanımaktadır (Restrepo-Escu-

dero et al., 2024). Bu tür programlar, katılımcılara bilişsel davranışçı teknikler gibi ruh sağlığı stratejilerini öğrenme fırsatı sunarak proaktif bir şekilde iyilik hallerini yönetmelerine yardımcı olmaktadır (Horgan et al., 2024). Ayrıca, yaşlıların ihtiyaçları doğrultusunda tasarlanmış toplum merkezli müdahalelerin, ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir (Golder et al., 2025).

- Dijital Mental Sağlık Müdahaleleri: Teknolojik gelişmeler, yaşlı bireylerin ruh sağlığına erişimini artırdığı gibi, ilgi göstermeleri konusunda da önemli bir etkiye sahiptir. Dijital mental sağlık müdahaleleri aracılığıyla yaşlılar, sosyal destek ve bilgiye ulaşma konusunda desteklenmekte ve bu, ruh sağlıkları üzerinde olumlu etkilere yol açmaktadır (Borghouts et al., 2022; , Borghouts et al., 2021). Özellikle doğrudan sosyal etkileşim içermeyen ancak grup hâlinde yapılan dijital aktiviteler, sosyal bağlantıları güçlendirerek yalnızlık ve depresyon seviyelerini azaltmaktadır (Rodríguez-Romero et al., 2020).

- Psiko-eğitim Programları: Yaşlılar için tasarlanmış psiko-eğitim programları, katılımcılara ruh sağlığı sorunlarını anlama ve yönetme becerileri kazandırmaktadır. Bilgilendirme seansları ve grup tartışmaları ile desteklenen bu programlar, yaşlıların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve mental sağlıkları üzerinde olumlu değişiklikler yapmalarına yardımcı olmaktadır (Restrepo-Escudero et al., 2024). Ayrıca, bu tür programların katılımcıların günlük yaşamlarında uygulayabilecekleri pratik beceriler sunması, sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunmaktadır (Ting et al., 2025).

Yaşlı bireylerin ruh sağlığını koruma ve geliştirme girişimleri, çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Sosyal destek, fiziksel aktivite, toplum temelli programlar ve dijital müdahaleler gibi stratejilerin birleşimi, yaşlıların yaşam kalitesini artırmakta ve mental sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır.

Halk Sağlığı Hemşireliği Girişimleri: Erken Tanı ve Tarama Faaliyetleri

Erken Tanı ve Tarama Faaliyetleri: Halk sağlığı hemşirelerinin uyguladığı Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS) ve Mini Mental Durum Testi (MMSE) gibi araçlar, yaşlı bireylerde ruhsal sorunların erken aşamalarda tespit edilmesini sağlamaktadır (McGovern et al., 2008; Esmayel et al., 2013). Bu tür tarama faaliyetleri, yaşlıların ruhsal sağlık durumunu izlemede kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle, bu testlerin evde bakım hizmetleri ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde yaygınlaştırılması, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırarak daha fazla bireyin yararlandırılmasına olanak tanır (Bektaş & Kalav, 2017).

Ev Ziyaretleri ve Psikososyal İzlem: Yaşlı bireylerin destek sistemlerinin yetersiz olduğu durumlarda, düzenli ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi, yalnızlık hissinin azaltılması ve sağlık sorunlarının daha erken fark edilmesini sağlamaktadır. Araştırmalar, evde ziyaretlerin yalnız yaşayan yaşlılar için olumlu bir etki yarattığını ve bu ziyaretler aracılığıyla sağlık durumlarının izlenmesine olanak tanıdığını göstermektedir (Bılsın & Başbakkal, 2017; Çatak et al., 2012). Bu nedenle, halk sağlığı hemşireleri, bu tür ziyaretleri sistematik hale getirerek yaşlıların sosyal izolasyonunu azaltabilir ve sağlık durumlarını yakından takip edebilir.

Sağlık Eğitimi ve Aile Katılımı: Halk sağlığı hemşireleri, yaşlı bireylerin ve onların bakım veren yakınlarının sağlık eğitimi konusunda bilgilendirilmesi amacıyla çeşitli eğitim programları düzenlemelidir. Özellikle, ilaç kullanımı, uyku hijyeni ve baş etme stratejileri üzerine verilen eğitimler, yaşlıların sağlık arasındaki etkileşimi artırarak ruhsal dayanıklılıklarını geliştirir (Hafez et al., 2020; Barba et al., 2022). Bunun yanı sıra, aile üyelerinin katılımı, hemşirelerin ruhsal sorunların yönetimindeki etkisini artırmaktadır (Özkan & Kavalcı, 2016).

Toplum Temelli Müdahaleler: Yaşlı bireylerin sosyal yaşama entegrasyonunu artırmak adına yerel yönetimlerle iş birliği içinde düzenlenen sosyal etkinlikler ve gönüllülük programları, halk sağlığı hemşirelerinin kolaylaştırıcı rol üstlenmelerini gerektirir (Saguem et al., 2017; Hafez et al., 2020). Bu etkinlikler, yaşlı bireylerin sosyal ağlarını genişleterek ruhsal sağlıklarını da olumlu yönde etkileyebilir (Fisher & Copenhaver, 2006). Böylece, toplum temelli müdahaleler aracılığıyla ruhsal sorunların önlenmesine katkıda bulunulabilir.

Risk Gruplarının Belirlenmesi: Yaşlı bireylerin ruhsal sorunlar açısından risk gruplarının belirlenmesi, halk sağlığı hemşireleri için kritik bir önceliktir. İleri yaş, yalnız yaşama durumu, kronik hastalık öyküsü ve düşük sosyoekonomik düzey gibi faktörler, ruhsal sorunların gelişimi açısından önemli göstergelerdir (Esmayel et al., 2013; Anan et al., 2021). Bu bireylerin izlem altına alınması, insan sağlığı açısından kritik bir koruyucu önlem niteliğindedir.

Halk sağlığı hemşireleri, yaşlı bireylerde ruhsal sorunların önlenmesi ve erken tanınmasında, kullanılabilecek stratejileri geliştirmede öncülük etmektedir (Lee et al., 2008; Barba et al., 2022). Toplum temelli koruyucu ruh sağlığı stratejilerinin uygulanması ve yaşlı dostu sağlık politikalarının geliştirilmesi, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmada ve ruhsal sağlıklarını korumada önemli bir rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

- Anan, H., Mohamed, M., & Elhameed, S. (2021). Assessment of psychological health status in geriatric patients with obstructive sleep apnea. *Mansoura Nursing Journal*, 8(3), 287–299. <https://doi.org/10.21608/mnj.2021.213212>
- Arpacioğlu, S., Yalçın, M., Türkmenoğlu, F., Üñbol, B., & Çakıroğlu, O. (2021). Mental health and factors related to life satisfaction in nursing home and community-dwelling older adults during COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychogeriatrics*, 21(6), 881–891. <https://doi.org/10.1111/psyg.12762>
- Atchley, R. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Aylaz, R., Pekince, H., Işık, K., Aktürk, Ü., & Yıldırım, H. (2020). The correlation of depression with neglect and abuse in individuals over 65 years of age. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 424–430. <https://doi.org/10.1111/ppc.12451>
- Barba, K., Gautam, R., & Knotts, P. (2022). Late life depression education: Impact on acute care nurses' knowledge, attitude, and screening practices. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(12), 43–51. <https://doi.org/10.3928/00989134-20221108-01>
- Beekman, A., Beurs, E., Balkom, A., Deeg, D., Dyck, R., & Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>
- Bılsın, E., & Başbakkal, Z. (2017). Investigation of the effect of level of family needs coverage that nursing care given to family with disabled children. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 10–19. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.295638> DergiPark
- Borghouts, J., Eikey, E., Leon, C., Schueller, S., Schneider, M., Stadnick, N., ... & Sorokin, D. (2022). Understanding the role of support in digital mental health programs with older adults: Users' perspective and mixed methods study. *JMIR Formative Research*, 6(12), e43192. <https://doi.org/10.2196/43192>
- Borghouts, J., Eikey, E., Mark, G., Leon, C., Schueller, S., Schneider, M., ... & Sorokin, D. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), e24387. <https://doi.org/10.2196/24387>
- Bravallhier, A., Rodrigues, N., Batiston, A., Pegorare, A., & Christofolletti, G. (2022). Impact of social isolation on the physical and mental health of older adults: A follow-up study at the apex of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 51(3), 279–284. <https://doi.org/10.1159/000525661>
- Callahan, B., Shammi, P., Taylor, R., Ramakrishnan, N., & Black, S. (2021). Longitudinal cognitive performance of older adults with ADHD presenting to a cognitive neurology clinic: A case series of change up to 21 years. *Frontiers in Aging*

Neuroscience, 13, 726374. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.726374>

- Calogiuri, G., & Chroni, S. (2014). The impact of the natural environment on the promotion of active living: An integrative systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 873. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-873>
- Chen, H., Cao, Y., Lu, Y., Zheng, X., Kong, B., Hua, D., ... & Zhou, Q. (2022). Factors associated with mental health outcomes among caregivers of older adults in long-term care facilities during COVID-19 post-epidemic era in Shandong, China. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1011775. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1011775>
- Cleave, J., Egleston, B., & McCorkle, R. (2010). Factors affecting recovery of functional status in older adults after cancer surgery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 34–43. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03210.x>
- Cornwell, E., & Waite, L. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- Cristelo, D., Ferreira, M., Castro, J., Teles, A., Campos, M., & Abelha, F. (2019). Quality of recovery in elderly patients with postoperative delirium. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 13(4), 285–289. https://doi.org/10.4103/sja.sja_747_18
- Depp, C., Harmell, A., & Vahia, I. (2012). Successful cognitive aging. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 10, 35–50. https://doi.org/10.1007/7854_2011_158 PubMed
- Dickens, A., Richards, S., Greaves, C., & Campbell, J. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Draper, B. (2014). Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*, 79(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.04.003>
- Dziedzic, B., Idzik, A., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., Kryczka, T., Fidecki, W., ... & Wysockiński, M. (2021). Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 21(1), 1992. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12029-4>
- Esmayel, E., Eldarawy, M., Hassan, M., Mahmoud, A., & Mohamed, S. (2013). Mental health problems and sociodemographic correlates in elderly medical inpatients in a university hospital in Egypt. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 923710. <https://doi.org/10.1155/2013/923710>
- Eslami, R., Khajeh, M., Khosravi, A., Mirhosseini, S., & Ebrahimi, H. (2022). Prevalence and related factors of social isolation in older Iranian adults: A community-based study. *Family Medicine & Primary Care Review*, 24(4), 311–316. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2022.120852>
- Fidler, A., Chaudhari, P., Sims, V., Payne-Murphy, J., Fischer, J., & Cottler, L. (2023). Insomnia among community members in Florida: Associations with demographics, health conditions, and social support. *Journal of Clinical and Translational*

onal Science, 7(1), e536. <https://doi.org/10.1017/cts.2023.536>

- Fisher, K., & Copenhaver, V. (2006). Assessing the mental health of rural older adults in public housing facilities: A comparison of screening tools. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(9), 26–33. <https://doi.org/10.3928/00989134-20060901-06>
- Gao, J., Hu, H., & Yao, L. (2020). The role of social engagement in the association of self-reported hearing loss and health-related quality of life. *BMC Geriatrics*, 20(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01581-0>
- Golder, J., Lagerberg, E., Flanagan, W., Blouin, J., Horn, C., Avanzato, S., ... & Stoner, A. (2025). Factors influencing mental health outcomes amongst senescent county residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), 451. <https://doi.org/10.3390/ijerph22030451>
- Hafez, S., Taha, E., Fattah, N., Mohsen, H., Sayed, E., & Ibrahim, N. (2020). Effect of nursing interventions on health practices and perceptions regarding colorectal cancer among community-dwelling older adults in Alexandria, Egypt. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 7(1), 175–190. <https://doi.org/10.21608/pssjn.2020.27900.1018>
- Harrison, T., Weintraub, S., Mesulam, M., & Rogalski, E. (2012). Superior memory and higher cortical volumes in unusually successful cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(6), 1081–1085. <https://doi.org/10.1017/S1355617712000847>
- Herold, F., Theobald, P., Gronwald, T., Kaushal, N., Zou, L., Bruin, E., ... & Müller, N. (2024). The best of two worlds to promote healthy cognitive aging: Definition and classification approach of hybrid physical training interventions. *JMIR Aging*, 7, e56433. <https://doi.org/10.2196/56433>
- Hom, M., Hames, J., Bodell, L., Buchman-Schmitt, J., Chu, C., Rogers, M., ... & Joiner, T. (2017). Investigating insomnia as a cross-sectional and longitudinal predictor of loneliness: Findings from six samples. *Psychiatry Research*, 253, 116–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.046>
- Horgan, S., Prorok, J., Ellis, K., Mullaly, L., Cassidy, K., Seitz, D., ... & Checkland, C. (2024). Optimizing older adult mental health in support of healthy ageing: A pluralistic framework to inform transformative change across community and healthcare domains. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 664. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060664>
- Javed, A. (2022). Mental health of older adults: An agenda for action. *Consortium Psychiatricum*, 3(1), 6–7. <https://doi.org/10.17816/cp156>
- Jayaweera, H., Hickie, I., Duffy, S., Hermens, D., Mowszowski, L., Diamond, K., ... & Naismith, S. (2015). Mild cognitive impairment subtypes in older people with depressive symptoms. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28(3), 174–183. <https://doi.org/10.1177/0891988715573535>
- Jayakody, D., Wishart, J., Stegeman, I., Eikelboom, R., Moyle, T., Yiannos, J., ... & Almeida, O. (2022). Is there an association between untreated hearing loss and

- psychosocial outcomes? *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 868673. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.868673>
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155–180. <https://doi.org/10.1007/s12126-003-1022-8>
- Kang, H., Bae, K., Kim, S., Shin, H., Shin, I., Yoon, J., ... & Kim, J. (2017). Impact of anxiety and depression on physical health condition and disability in an elderly Korean population. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 240. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.240>
- Karamivand, V. (2022). Successful aging and its effective factors. *Ageing Science and Mental Health Studies*, 6(4). <https://doi.org/10.31038/asmhs.2022644>
- Kim, K., Yoon, B., Sea, Y., Park, S., Jung, H., Jung, Y., ... & Kang, H. (2024). The impact of the COVID-19 pandemic on suicidal ideation and depression in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(10), e6150. <https://doi.org/10.1002/gps.6150>
- Komatsu, H., Yagasaki, K., Saito, Y., & Oguma, Y. (2017). Regular group exercise contributes to balanced health in older adults in Japan: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0584-3>
- Kotwal, A., Fuller, S., Myers, J., Hill, D., Tha, S., Smith, A., ... & Perissinotto, C. (2021). A peer intervention reduces loneliness and improves social well-being in low-income older adults: A mixed-methods study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(12), 3365–3376. <https://doi.org/10.1111/jgs.17450>
- LaCroix, A., Hubbard, R., Gray, S., Anderson, M., Crane, P., Sonnen, J., ... & Larson, E. (2017). Trajectories of physical function prior to death and brain neuropathology in a community-based cohort: The ACT study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0637-7>
- Lee, G., Kee-Lyong, L., Yang, S., & Jun, W. (2008). Quality of life and the associated factors in dementia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 273–280. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2008.17.3.273>
- Liu, L., Zheng-gang, G., & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750–758. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Maggi, G., Baldassarre, I., Barbaro, A., Cavallo, N., Cropano, M., Nappo, R., ... & Santangelo, G. (2021). Mental health status of Italian elderly subjects during and after quarantine for the COVID-19 pandemic: A cross-sectional and longitudinal study. *Psychogeriatrics*, 21(4), 540–551. <https://doi.org/10.1111/psyg.12703>
- Majnarić Trtica, L., Volarić, M., Kurevija, T., Mihaljević, S., Krivdić Dupan, Z., & Wittlinger, T. (2023). Psycho-social and health predictors of loneliness in older primary care patients and mediating mechanisms linking comorbidities and loneliness. *BMC Geriatrics*, 23(1), 801. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04436-6> PubMed

- McGovern, R., Lee, M., Johnson, J., & Morton, B. (2008). ElderLynk: A community outreach model for the integrated treatment of mental health problems in the rural elderly. *Ageing International*, 32(1), 43–53. <https://doi.org/10.1007/s12126-008-9004-5>
- Mendoza-Núñez, V., González-Mantilla, F., Correa-Muñoz, E., & Retana-Ugalde, R. (2017). Relationship between social support networks and physical functioning in older community-dwelling Mexicans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 993. <https://doi.org/10.3390/ijerph14090993>
- Moreno, H., & Cornejo, N. (2025). Satisfaction with continuity of care from the perspective of older adults who are primary care users and its association with depressive symptoms in Santiago, Chile. *Frontiers in Medicine*, 12, 1615842. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1615842>
- Obuobi-Donkor, G., Nkire, N., & Agyapong, V. (2021). Prevalence of major depressive disorder and correlates of thoughts of death, suicidal behaviour, and death by suicide in the geriatric population—A general review of literature. *Behavioral Sciences*, 11(11), 142. <https://doi.org/10.3390/bs11110142>
- Özkan, S., & Kavalcı, C. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Derman Tıbbi Yayıncılık*. <https://doi.org/10.4328/derman.4140>
- Pai, N., & Vella, S. (2022). The physical and mental health consequences of social isolation and loneliness in the context of COVID-19. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(5), 305–310. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000806>
- Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V., Kaprinis, S., Nouskas, I., & Diakogiannis, I. (2021). A review on the COVID-19-related psychological impact on older adults: Vulnerable or not? *Ageing Clinical and Experimental Research*, 33(6), 1729–1743. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01873-4>
- Pitrou, I., Berbiche, D., & Vasiliadis, H. (2020). Mental health and satisfaction with primary care services in older adults: A study from the patient perspective on four dimensions of care. *Family Practice*, 37(4), 459–464. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa019>
- Restrepo-Escudero, L., Jaimes, M. A., Arango, I., Santos, S., Ramírez, V., Uribe, D., Muñoz, J., & González Ballesteros, L. M. (2024). *Community-based interventions to address depression in older adults: A systematic scoping review* [Preprint]. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.10.21.24315895> OUCI+1
- Rodríguez-Romero, R., Herranz, C., Kostov, B., Badía, J., & Sisó-Almirall, A. (2020). Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 366–374. <https://doi.org/10.1111/scs.12852>
- Rothman, S., & Sher, L. (2021). Suicide prevention in the COVID-19 era. *Preventive Medicine*, 152, 106547. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106547>
- Ruiz-Comellas, A., Valmaña, G., Mendioroz, J., Roura-Poch, P., Carrera, A., Pujol, I., ... & Vidal-Alaball, J. (2021). Physical activity, emotional state and socialization in the elderly: Study protocol for a clinical multicentre randomized trial.

Journal of International Medical Research, 49(6), 03000605211016735. <https://doi.org/10.1177/03000605211016735>

- Sadatnia, M., Jalali, A., Tapak, L., & Shamsaei, F. (2023). The relationship between mental health and loneliness in the elderly during the COVID-19 pandemic. *Journal of Ageing and Longevity*, 3(3), 433–441. <https://doi.org/10.3390/jal3030017>
- Saffarinia, M., & Dortaj, A. (2018). Effect of group logotherapy on life expectancy and mental and social wellbeing of the female elderly residents of nursing homes in Dubai. *Salmand*, 12(4), 482–493. <https://doi.org/10.21859/sija.12.4.482>
- Saguem, B., Saoussen, B., & Béchir, B. (2017). A comparative study of elder mistreatment between community-dwelling elders and those residing in long-term care facilities. *European Psychiatry*, 41(S1), S664. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1127>
- Sahimi, H., Midin, M., Lim, J., Anwar, M., Samad, F., & Kamal, N. (2023). An elderly patient with depression and a suicide attempt during the COVID-19 pandemic: A case report. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1151482. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1151482>
- Sams, N., Fisher, D., Mata-Greve, F., Johnson, M., Pullmann, M., Raue, P., ... & Areán, P. (2021). Understanding psychological distress and protective factors amongst older adults during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(9), 881–894. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.03.005>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D., ... & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>
- Seong, M., Shin, E., & Sok, S. (2021). Successful aging perception in middle-aged Korean men: A Q methodology approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3095. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063095>
- Shear, M., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 406. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0406-z>
- Shvedko, A., Whittaker, A., Thompson, J., & Greig, C. (2018). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychology of Sport and Exercise*, 34, 128–137. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.10.003>

- Siddhpuria, S., Webber, C., Mahar, A., Hallet, J., Rochon, P., & Reppas-Rindlisbacher, C. (2022). Predictors of persistent depressive and anxiety symptoms among older adults during the COVID-19 pandemic in Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(2), 553–560. <https://doi.org/10.1111/jgs.18087>
- Susanto, D. (2024). Association of loneliness, social isolation and health problems in the elderly. *Jurnal Psikiatri Surabaya*, 13(S1), 40–45. <https://doi.org/10.20473/jps.v13is1.62654>
- Ting, R., Zahari, H., Ang, C., Chan, J., Tan, M., & Su, T. (2025). Development and validation of a digital community-based mental health protocol (RELATE-ME) in Malaysia. *Health Promotion International*, 40(2), daae169. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae169>
- Tometich, D., Welniak, T., Gudenkauf, L., Maconi, M., Fulton, H., Tyson, D., ... & Jim, H. (2024). “I couldn’t connect the wires in my brain.” Young adult cancer survivors’ experience with cognitive functioning. *Psycho-Oncology*, 33(3), e6309. <https://doi.org/10.1002/pon.6309>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Wang, P., Gao, P., & Yu, Z. (2022). The role of social exclusion in the formation of suicidal ideation among the elderly in rural pension institutions. *Frontiers in Psychology*, 13, 1019898. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1019898>
- Wilkialis, L., Rodrigues, N. B., Danielle, S., Siegel, A., Majeed, A., Lui, L. M., ... & McIntyre, R. S. (2021). Social isolation, loneliness and generalized anxiety: Implications and associations during the COVID-19 quarantine. *Brain Sciences*, 11(12), 1620. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121620>
- Wrosch, C., Heckhausen, J., & Lachman, M. (2000). Primary and secondary control strategies for managing health and financial stress across adulthood. *Psychology and Aging*, 15(3), 387–399. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.3.387>
- Wrosch, C., Schulz, R., & Heckhausen, J. (2004). Health stresses and depressive symptomatology in the elderly. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 17–20. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.01301005.x>
- Yang, J., & Stone, L. (2024). Exploring the role of the built environment on the functional ability and social participation in community-dwelling older adults. *Acta Medica Philippina*, 58(20). <https://doi.org/10.47895/amp.v58i20.8512>
- Zakizadeh, R., Bahreini, M., Farhadi, A., & Bagherzadeh, R. (2023). Assessing the mediating role of depression in the relationship between feeling of loneliness and social functioning in the elderly. *Salmand*, 17(4), 580–595. <https://doi.org/10.32598/sija.2022.3339.1>



HEMŞİRELİK TEORİLERİNİN EĞİTİMDE KULLANIMI

“ ”

Burcu DAYSAL GÜLER¹

¹ Öğr.Gör.Dr.,Hitit Üniversitesi Alaca Avni Çelik MYO, Çorum, Türkiye ORCID: 0000-0003-1787-9536

Giriş

Teori, fenomeni tanımlamak, açıklamak, tahmin etmek ve kontrol etmek amacıyla kavramlar arasında spesifik ilişkiler kurarak olayların sistematik bir görünümünü yansıtan bir dizi kavram, tanım ve önermedir. Hemşirelik teorisi, hemşirelik araştırma ve uygulamasının belirli ve seçici yönlerini çerçeveleyen, anlam veren ve açıklamaya yardımcı olan tutarlı, yaratıcı ve odaklanmış hemşirelik fenomenlerinin tümdengelim yoluyla türetilmiş bir kolajdır. Hemşirelik teorileri, hemşireliğin özünü oluşturmakta ve hemşireliğin sağlık hizmetindeki yerini açıklayan kavramlar ve tasarımlar sağlamaktadır (Smith ve Parker, 2015).

Hemşirelik kendi alanı ve sınırları olması gereken, bilimsel bilgi birikimi ve profesyonel uygulamaların bütünleşmesiyle gelişen bir disiplindir. Bu sınırlar hemşirelik alanında benzersiz bir bilgi ve kavramlar grubu oluşturularak koyulabilir. Bu nedenle hemşirelik teorileri, hemşirelikte profesyonelliğin sağlanmasında, tıp ve hemşirelik arasında bir sınır yaratmada önemli bir rol oynamaktadır (Ahmad, 2010).

Hemşirelik disiplininin kuramsal temeli, hemşirelik teorileri aracılığıyla yapılandırılmakta ve hem uygulama hem de eğitim alanını yönlendirmektedir (Alligood & Marriner-Tomey, 2018). Günümüzde hemşirelik eğitiminde teorilerin kullanımı; öğrencilerin kavramsal düşünme becerilerini güçlendirmek, bakım süreçlerini anlamlandırmak ve mesleki kimlik gelişimini desteklemek açısından kritik öneme sahiptir (McEwen & Wills, 2019). Kuramlar hemşirelere en doğru ve en iyi olanı uygulamak konusunda bilgi verir ve yol gösterir (Erdoğan, Nahçıvan ve Esin, 2017; Koç ve ark., 2017). Hemşirelik teorileri hemşirelik eğitiminin temelini ve hemşirelik müfredatının düzenlenmesine yönelik çerçeveyi sağlar. Aynı zamanda hemşirelik teorileri (Parker ve Smith, 2010);

- Hemşirelik teorisi hemşirelere bir kimlik duygusu sağlayarak hastaların, yöneticilerin ve diğer sağlık profesyonellerinin, hemşirelerin sağlık hizmetine sağladığı benzersiz katkıyı tanımasına ve anlamasına yardımcı olur.

- Hemşireliğin tanımını yaparak hemşirelerin sağlık alanındaki amaçlarını ve rollerini anlamalarına yardımcı olur.

- Teoriler hemşirelik müdahalelerinin mantığını anlamak için hizmet eder ve hemşirelere hemşirelik bakımı durumlarında uygun davranmak ve müdahale etmek için gerekli bilgi tabanını verir.

- Hemşirelik teorileri hemşirelik uygulamasının temellerini oluşturur, daha fazla bilgi edinmeye yardımcı olur ve hemşireliğin gelecekte hangi yönde gelişmesi gerektiğini gösterir.

- Hemşirelik teorileri hemşireleri varsayımlar üzerine düşünmeye ve

hemşirelikteki değerleri sorgulamaya hazırlar, böylece hemşireliği daha açık bir şekilde tanımlar ve bilgi tabanını artırır.

· Birçok durumda, hemşirelik teorileri bilgi gelişimine rehberlik eder ve her biri diğerlerini etkileyen eğitim, araştırma ve uygulama alanlarını yönlendirir.

Hemşirelik Eğitiminin Tarihçesi

Hemşirelik teorileri geliştirilmeden önce, hemşirelik görev odaklı bir meslek olarak kabul edilmekteydi (Smith ve Parker, 2015). Geçmişte hemşirelik eğitimi ve uygulaması, teknik beceri performansı ve aseptik teknik ilkeleri gibi birkaç temel ilkenin uygulanmasına odaklanmaktaydı. Hemşireliğin temellerinin atıldığı zamanlardan bugünlere kadar olan zaman içerisinde hemşirelik eğitiminde büyük aşamalar kaydedilmiştir (McEwen ve Wills, 2014).

Hemşirelik okulları Batı'da 20. yüzyılın başında kurulmuştur. Ancak Nightingale'in hemşirelik mesleği üzerindeki etkisi hastanelere dayalı eğitim okullarında öğrenci hemşirelere öncelikle doktorlar tarafından hemşirelik öğretildiği için azalmıştır. Hemşirelik "tıbbi model" den güçlü bir şekilde etkilenmiş ve bir süre sonra bir meslek olarak kendi kimliğini kaybetmiştir (Smith ve Parker, 2015). 1948 tarihli bir raporda, o yıllardaki mevcut hemşirelik eğitimi modelinin mesleğin sorunları için merkezi olduğunu ve çoğu hastane programında bulunan çıraklık sisteminin aksine üniversitelerde hemşirelik eğitimi sağlamak için çaba gösterilmesi gereği belirtmiştir. (McEwen ve Wills, 2014). Sonraki süreçte hemşirelik eğitimi, öğrencilere daha yüksek dereceli hemşireler tarafından eğitim veren yükseköğrenim kurumlarına geçmiştir. 1936'da 66 kolej ve üniversitede lisans programları bulunmaktaydı. Lisansüstü programlar 1940'larda başlamış ve 50'lerden 1970'lere kadar önemli ölçüde büyümüştür (Smith ve Parker, 2015).

Teori geliştirmeye yönelik yaklaşımlar; doğrudan hemşirelik uygulama gözlemleri, mevcut teorilerden ve diğer literatür kaynaklarından elde edilen bilgileri, hemşirelik, sağlık ve insan deneyiminin doğası hakkındaki felsefi perspektiflerden elde edilen kavrayışları birleştirmiştir. İlk teoriler, hemşirelik ve sağlığın işlevsel bir görünümü ile karakterize edilmiştir. Hemşireliğin ne olduğunu tanımlamaya, hemşireliğin hizmet ettiği sosyal amaçları tarif etmeye, hemşirelerin bu amaçları gerçekleştirmek için nasıl işlev gördüğünü açıklamaya ve hastalık ve sağlığı etkileyen parametreleri ve değişkenleri belirlemeye çalışmışlardır (McEwen ve Wills, 2014).

1960'ların başlarında, temel bilimlerde doktora derecesi almak amacıyla hemşireleri eğitmek için federal olarak finanse edilen programlar açılmıştır. Bu programlar ile hemşireler eğitim, sosyoloji, fizyoloji ve psikoloji alanlarında doktora eğitimi almıştır. Bu mezunlar bu disiplinlerin etkilerini fakülte düzeyinde olan hemşirelik okullarına da yansıtarak hemşireliği farklı açı-

lardan etkilemişlerdir (Smith ve Parker, 2015). Bu yıllarda, birçok hemşirelik teorisini hemşirelik ve bazı gelişmiş kavramsal modeller hakkındaki inançlarını ve fikirlerini yayınlamaya başlamıştır. Faye Abdellah, Ida Jean Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach, Myra Levine, Imogene King, Henderson, ve Rogers hemşireliğin kavramlarını ayrıntılı olarak açıklamış, hemşirelik görüşlerini geliştirmiş ve yayınlamıştır. Hemşirelik ve hemşirelik modellerine ilişkin açıklamaları, kişisel, mesleki ve eğitimsel deneyimlerinden gelişmiş ve ideal hemşirelik uygulaması algıları oluşmaya başlamıştır. 1960'ların sonunda ve 1970'lerin başında çeşitli hemşirelik teorisi konferansları düzenlenmiştir. 1972'de Ulusal Hemşirelik Birliği, hemşirelik eğitim programları için müfredatın kavramsal çerçevelere dayandırılması gerektiğini ortaya koymuştur (McEwen ve Wills, 2014).

1970'lerde hemşirelik teorisi gelişimi, meslek için bir öncelik haline gelmiş ve hemşirelik disiplini kurulmaya başlanmıştır. 1970'lerde hemşirelik liderleri arasında hemşireliğin ortak unsurları konusunda bir fikir birliği oluşmuştur. Bunlar hemşireliğin doğası (roller / eylemler / girişimler), bireysel bakım alıcısı (hasta), hemşire-hasta etkileşimi (çevre) ve sağlık durumudur. Hemşireler, hemşirelik için tek bir kavramsal model veya hemşire, hasta, çevre ve sağlık arasındaki ilişkileri tanımlamak için çeşitli modeller olup olmadığını tartışmıştır. Martha Rogers, Callista Roy, Dorothea Orem, Betty Newman ve Josephine Paterson ve Loraine Zderad geliştirdikleri teorilerini yayınlamışlar ve lisansüstü öğrenciler bu teorileri öğrenmeye ve araştırmaya başlamışlardır. Bu süre zarfında Ulusal Hemşirelik Birliği, akreditasyon için standart olarak teori temelli bir müfredat gereğini belirtmiştir. Bu nedenle hemşirelik okullarının eğitim müfredatları için kavramsal bir çerçeve seçilmesi, geliştirilmesi ve uygulanması beklenmiştir. Bu, hemşirelikte teorik düşüncenin ilerlemesini sağlamıştır (Smith ve Parker, 2015).

1970'lerin sonu ve 1980'lerin başında teoriler hemşireliğin rolünü “hemşirelerin ne yaptığı”ndan “hemşireliğin ne olduğu”na taşımıştır. Bu zamanlarda hemşirelikte yüksek lisans programları hızla artmış olsa da, doktora programları daha yavaş artmıştır. Lisansüstü hemşirelik eğitimindeki bu artış, hemşire akademisyenlerin hemşirelik literatüründeki fikirleri, bakış açılarını ve araştırma yöntemlerini tartışmasına olanak tanımıştır. Sonuç olarak hemşireler fikirleri, düşünceleri ve hemşireliğin uygulandığı geleneksel temelli sorgulamaya başlamıştır (McEwen ve Wills, 2014).

Hemşirelik Teorilerinin Eğitimde Kullanımı

Hemşirelik teorileri, eğitim programlarının temel yapı taşlarını oluşturur ve öğrencilerin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmelerine rehberlik eder (Smith & Parker, 2015). Teorik temelli müfredat, hem sınıf hem de klinik ortamda öğrenme sürecinin tutarlı ve yapılandırılmış olmasını sağlamaktadır. Teoriler, klinik karar verme süreçlerini destekler. Örneğin Orem'in Öz-Ba-

kım Eksikliği Kuramı, bakım planlarının hastanın öz bakım kapasitesine göre oluşturulmasını sağlar; Roy Adaptasyon Modeli ise bireyin çevresel uyarılara verdiği yanıtların analizine dayalı bir yaklaşım sunar (Orem, 2001; Roy, 2009). Bu sayede öğrenciler, klinik uygulamalarda bilimsel ve sistematik kararlar almayı öğrenmektedir.

Ayrıca kuramların eğitimde kullanımı, öğrencilerin mesleki kimlik ve rol gelişimini güçlendirir. Hemşireliğin yalnızca teknik bir uygulama değil, etik ve insancıl yönleri olan bir disiplin olduğunu vurgulayan teoriler, profesyonel bilinç ve sorumluluk bilincini artırmaktadır (Chinn & Kramer, 2015). Teori temelli yaklaşım aynı zamanda eleştirel ve yansıtıcı düşünmeyi de desteklemektedir; öğrencilerin bakım uygulamalarının değerlendirilmesine, alternatif yöntemlerin tartışılmasına ve kuramsal perspektifle klinik durumların analiz edilmesine olanak sağlar (Fawcett, 2005).

Hemşireliğe özgü kavramların oluşturulması, hemşirelik alanında daha fazla bilgi üretilmesi ve hemşirelerin sağlık alanındaki rollerini ve amaçlarını kavrayabilmeleri açısından hemşirelik teorilerinin kullanılması oldukça önemlidir (Parker ve Smith, 2010). Var olan birçok teori, hemşireliğe çerçeve oluşturmak, hasta bakımı için çeşitli stratejiler ve yaklaşımlar sağlamak amacıyla bilimsel kanıtlar elde edilerek geliştirilmiştir (Ahmad, 2010).

Teoriler hemşirelere, belirli bir prosedürün neden belirli bir şekilde gerçekleştirildiğini anlamalarında ve öğrencilerin belirli bir durumla karşılaş-tıklarında uygun bir şekilde tepki vermelerine yardımcı olmaktadır. Hemşireler, eğitim aracılığıyla hemşirelik rollerinin üstlenmelerinde ihtiyaç duydukları teorik temel ile uygulamalarını gerçekleştirebilmektedirler (Parker ve Smith, 2010).

Hemşirelik teorilerinden, uygulamanın temelini ve eğitimin dayandığı bir çerçeve oluşturması beklenmektedir. Teoriler hemşirelik eğitimde, öğrenci hemşirelerin eğitim sürecini ve hemşirelik kavramlarını anlamalarına olanak sağlamaktadır. Bu da hemşireleri uygulamaya hazırlamaktadır (Parker ve Smith, 2010).

Geçmişte hemşirelik teorileri, sadece hemşirelik eğitim programlarının planlanmasında kavramsal çerçeveyi oluşturmak amacıyla kullanılan bir rehber olarak görülmesine karşın, günümüzde hemşireliğin uygulama, araştırma, yönetim ve eğitim alanlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Hemşirelik eğitiminde kuramsal çerçeve hemşirelik eğitim-öğretiminin değerlendirildiği yöntemler ile sunulan materyalleri de etkilemekte ve hemşirelik öğrencilerinin mesleki felsefelerini ve değerlerini tanımlarında katkı sağlamaktadır (McEwen ve Wills, 2014; Koç ve ark., 2017).

Hemşirelik eğitiminde kavramsal çerçeve oluşturmada en fazla yararlanılan hemşirelik teorisyenleri Orem, Roy, Watson, Neuman, Banner'dır.

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı, Erickson'un Psikososyal Gelişim Kuramı ve Selye'nin Adaptasyon Teorisi hemşirelik dışında en fazla kullanılan teorilerdir. Birçok üniversite de eğitiminde tek bir hemşirelik kuramı ya da modelini kullanmak yerine birçok teoriyi birleştirerek bir eğitim programı hazırlayıp kullanmaktadır. Genellikle, hemşirelik müfredatının oluşturulmasında yaşam evreleri, vücut sistemleri ve hemşirelik süreci gibi temalar ortak kullanılmaktadır (Koç ve ark., 2017).

Hemşirelik eğitim programları oluşturulurken genellikle birkaç önemli hemşirelik teorisi ile birlikte hemşireliğin ana kavramlarını tanımlama ve kavramları organize ederek bir çerçeve oluşturma ile başlanmaktadır. Oluşturulan bu çerçeve etrafında program hedefleri, derslerin hedefleri, ders tanımları ve klinik performans kriterleri de dahil edilerek hemşirelik adaylarına hemşirelik mesleği kazandırılmaktadır (Parker ve Smith, 2010).

Hemşirelik eğitiminde kavramsal model veya genellikle adlandırıldığı gibi kavramsal çerçeve, müfredat içeriği ve öğretme-öğrenme faaliyetleri için genel bir taslak sağlamaktadır. Bir kavramsal model hemşirelik eğitimi ile ilişkin belirli bir görüşü ve yaklaşımı temsil eder. Hemşirelik eğitime rehberlik etmek için kavramsal bir model kullanıldığında, hemşirelik meta-paradigmalarından insan öğrenci olur ve çevre eğitim ortamı haline gelir. Sağlık öğrencinin sağlıkla ilgili durumunu, hemşirelik ise eğitim hedeflerini, sonuçlarını ve süreçlerini ifade eder (Fawcett, 2006).

Her kavramsal model, hemşirelik faaliyetleri için kuralları veya kılavuz ilkeleri öngören farklı bir profesyonel hemşirelik perspektifidir. Her bir kavramsal hemşirelik modelinin doğasında bulunan ilkeler; hemşirelik uygulamaları, hemşirelik araştırmaları, hemşirelik eğitim ve yönetimi için geniş yönergeler sağlamaktadır. Hemşirelik uygulamalarının hemşirelik araştırmalarının sonuçlarına dayandırılması; hemşireliğin hemşirelik eğitimi yoluyla öğrenilmesi ve hemşireliğin hemşirelik yönetimi yoluyla organize edilmesinde bir takım prensipler belirlenmiştir (Fawcett, 2006).

Hemşirelik eğitiminin içeriği, eğitim süreçleri ve her kavramsal modelin yapısında bulunan beş ilke belirlenmiştir (Fawcett, 2006);

& İlk ilke, müfredatın ayırt edici odağını ve hemşirelik eğitimi ile yerine getirilmesi gereken amaçları tanımlamaktadır.

& İkinci ilke, sunulacak içeriğin genel niteliğini ve sırasını tanımlar.

& Üçüncü ilke hemşirelik eğitiminin gerçekleştiği ortamı tanımlar.

& Dördüncü ilke, öğrencilerin özelliklerini tanımlar.

& Beşinci ilke, kullanılacak öğretme-öğrenme stratejilerini tanımlar.

Müfredatın inşası için kavramsal bir model kullanıldığında, eğitim ve öğretme-öğrenme süreci ile ilgili teorilerin yanı sıra hemşirelik ve diğer di-

siplinlerden gelen temel teorik içerikle bağlantılı olmalıdır. Ek olarak, sınıf içeriği, uygulama deneyimleri ve öğrenci ödevleri şeklinde uygun ampirik göstergeler tanımlanmalıdır (Fawcett, 2006).

Hemşirelik öğrencilerine hemşirelik teorilerinin yetersiz kullanılarak verildiği eğitim programları, öğrencilerin felsefik düşünme yeteneklerinin gelişmemesine ve buna bağlı olarak genellikle soyut bir yapıya sahip olan teorileri yeterince anlayamamalarına sebep olmakta ve bu yol ile hemşireliğe zarar vermektedir. Ek olarak klinisyen hemşireler ve araştırmacı hemşireler arasında kopukluğun olmasına da zemin hazırlamaktadır. Bu gibi sebeplerle hemşirelik teorilerinin hemşirelik eğitimi açısından önemi hayati olmaktadır (Aydın ve Kabukcuoğlu, 2020).

Hemşirelikte teorilerin kullanımı son zamanlarda hemşireliğin eğitim ve araştırma alanına büyük bir ivme kazanmış olsa da özellikle temel hemşirelik eğitiminde beklenen düzeyde değildir. Türkiye’de teori tabanlı eğitim çoğunlukla hemşirelik doktora programlarında sürdürülmektedir (Ekim ve ark., 2012). Bu nedenle hemşirelikte teori kullanımını uygulamadan ziyade araştırmalarda görülmektedir. Araştırmalarda ise bu kullanım düşük düzeydedir (Aydınlı ve Biçer, 2019).

Hemşirelik eğitiminde teorilerin kullanılması hemşireler arasında ortak dil ve uygulama birliğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir (Fawcett, 2005; Parker, 2010). Bunun gerçekleşmesi için hemşirelik lisans eğitiminin kuram temeline dayandırılarak verilmesi ve lisansüstü eğitimde kuram temelli araştırma ve uygulamaların devamlılığının sağlanarak öğrencilerin kuramları ve kuram temelli araştırma yöntemlerini içselleştirmesi gerekmektedir. Bu içselleştirmenin doktora eğitiminde kuramların kültüre ve örnekleme uygunluğunu test etme ve yeni kuramların oluşturulmasında adımlar atma; hemşirelikte bilimsel bilginin ve hemşirelik mesleğinin geliştirilmesine katkı sağlaması amaçlanmaktadır (Meleis, 2007; Aydınlı ve Biçer, 2019; Aydın ve Kabukcuoğlu, 2020).

Hemşirelikte teori temelli eğitimin öneminin öğrencilere kavratılması oldukça önemlidir. Bu, hemşirelik eğitimin lisans eğitiminden itibaren program müfredatının teori temeline dayandırılması, teori temelli bilgi ve uygulamalara yer verilmesi ve teori temelli araştırmaların desteklenmesi ile gerçekleşebilmektedir (Meleis, 2007). Bu yaklaşım ile yetişen öğrenciler bilimsel yöntem kullanarak araştırmalar yapabilecek ve bu da gelecekte hemşirelerin deneyimlere dayalı kararlardan ziyade kanıta dayalı karar verme bilincine sahip olmalarını sağlayacaktır. Kendi bilgisini üreten hemşireler, bilginin bilimsel değeri ve kullanımı konusunda da daha dikkatli hareket edecektir (Aydınlı ve Biçer, 2019). İngiltere, Hollanda, Kanada, Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkeler de hemşirelik uygulamaları ile birlikte hemşirelik eğitiminin de kanıta dayalı olarak geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Şenyuva, 2016).

Hemşirelerin klinik uygulamalarda kanıtları kullanma, değerlendirme be-

cerilerinin geliştirilebilmesi için kanıta dayalı hemşirelik konusunun Kanıta Dayalı Uygulamalar/Kanıt Temelli Hemşirelik dersi adı altında lisans ve lisansüstü eğitim programlarının ders içeriklerine dâhil edilmesi önemlidir (Küçükkaya, 2010). Kanıta dayalı uygulamaların hemşirelikte daha yaygın kullanılması için kanıta dayalı uygulama süreçlerinin hemşirelik eğitime, mesleki uygulamalara ve akademik çalışmalara entegre edilmesi gerekmektedir (Çopur ve ark., 2015).

Hemşirelik eğitimi ile hemşirelik mesleğinin profesyonel olarak gelişebilmesi için lisans ve lisansüstü eğitimin teori temelli olması gerekmektedir. Hemşirelik lisans eğitiminde teoriler iyi bir şekilde kavranarak içselleştirmeli, yüksek lisans eğitiminde kuram temelli araştırmalar yapılmalı ve doktora eğitiminde kuramlar araştırma yoluyla denemeli ve yeni kuramların gelişimine katkı sağlanmalıdır (Aydın ve Kabukcuoğlu, 2020). Eğitimde hemşirelik kuramlarının en iyi şekilde içselleştirilerek kullanılması ve uygulanması lisansüstü eğitim özellikle doktora eğitimi ile gerçekleşmektedir (Fawcett, 2006).

Lisansüstü eğitimde tez aşamasında kuram temelli çalışma yapmak, öğrenciyi mesleki açıdan daha fazla geliştirmesinin yanında bireysel olarak da hemşireliği daha fazla anlayıp benimsemesini sağlamaktadır. Kuram temelli ile çalışan öğrencilerin sentez ve analiz etme becerileri de gelişmektedir. Özellikle doktora tezinde kuram temelli çalışan öğrencilerin gelecekte hemşire eğitimi veren kurumlarda akademisyen olmaları yeni yetişen hemşirelerin iyi bir şekilde yetişmelerine ve daha donanımlı olmalarına yardım edecektir (Alligood, 2014).

Bir çalışmada Türkiye’de 2000-2019 yılları arasında lisansüstü hemşirelik eğitiminde kuram/modele dayalı olarak yapılmış 171 lisansüstü tezin olduğu belirtilmiştir (Aydın ve Kabukcuoğlu, 2020). Tezlerde: Doroty E. Johnson’ın Davranışsal Sistem Modeli, Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, Roy Uyum Modeli, Orem’in Özbakım Eksikliği Kuramı, Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli, Watson’ın İnsan Bakım Modeli, Meleis’in Geçiş Teorisi, Leininger’in Kültürel Bakımda Farklılıklar Modeli, Kolcaba’nın Konfor Kuramı, Neuman’ın Sistemler Modeli, Piaget’nin Bilişsel Gelişim Kuramı, Transteoretik Model, Precede Modeli, Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli ve Sağlık İnanç Modelinin kullanıldığı görülmüştür (Aydın ve Kabukcuoğlu, 2020).

Kuram ve modellere dayalı tez çalışmalarının öğrenciler açısından hem çeşitli güçlükler hem de kolaylaştırıcı unsurlar içerdiği literatürde belirtilmektedir. Bu durumu inceleyen nitel bir araştırmada, kuram temelli tez yürüten 10 doktora öğrencisi ile 5 tez danışmanının görüşleri değerlendirilmiştir. Katılımcılar, kurama dayalı çalışma tercihlerini; güncel akademik yönelimlerin bu doğrultuda olması, mesleki bilgi birikimine katkı sağlaması, araştırma yöntemini geliştirmesi ve hem hemşirelik eğitiminin hem de öğ-

rencilerin akademik gelişiminin desteklenmesi ile açıklamıştır. Öğrenciler kuram temelli çalışmalarda karşılaştıkları güçlükleri; modelin kavramsal yapısını anlamada yaşanan zorlanmalar, modelin gerekliliğine ilişkin şüpheler ve ilgili literatürün sınırlı olması şeklinde ifade etmiştir. Buna karşılık, önceki araştırmacılar tarafından alınan akademik destek, aynı kuram üzerinde çalışan doktora öğrencileriyle bilgi paylaşımı ve danışmanların etkili yönlendirmeleri çalışmayı kolaylaştırıcı faktörler olarak belirtilmiştir (Mete & İşbir, 2005).

Hemşirelik Müfredatında Teorilerin Kullanım Biçimleri

Ders İçeriklerinde Teori Entegrasyonu; Temel hemşirelik derslerinde teorik modellerin kullanılması, öğrencilerin öğrenilen konuları kuramsal bir perspektif üzerinden anlamalarını sağlar (McEwen & Wills, 2019). Böylece kuramsal bilgi ile klinik uygulama arasında bağlantı kurulmuş olur.

Klinik Uygulamalar için Rehberlik; Klinik stajlarda teorilerin bir bakım planı oluşturma aracı olarak kullanılması, öğrenmeyi somutlaştırır. Öğrencilerin değerlendirme ve müdahale süreçlerini kuramsal ilkelerle ilişkilendirmesi, klinik karar verme becerisini güçlendirir (Alligood, 2022).

Simülasyon ve Senaryo Temelli Eğitim; Simülasyon laboratuvarlarında geliştirilen senaryoların hemşirelik teorilerine dayandırılması, öğrencilerin gerçek klinik durumlara daha bütüncül yaklaşmasını sağlar. Kuram temelli senaryolar, özellikle kritik bakım alanlarında öğrenmeyi destekleyen etkili yöntemlerdendir (Jeffries, 2016).

Araştırma ve Bilimsel Gelişim İçin Zemin Hazırlama; Teoriler, araştırma sürecinde kavramsal çerçevenin oluşturulması ve bulguların yorumlanması açısından önemli bir rehberlik sunar. Bu nedenle lisansüstü eğitimde teorilerin kullanımı, bilimsel üretkenliği artıran bir unsur olarak kabul edilmektedir (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

Hemşirelik Teorilerinin Eğitimde Kullanımına Yönelik Güçlükler

Kuramsal bilgi bazı öğrenciler tarafından soyut bulunabilmekte ve klinik uygulama ile ilişkilendirmede güçlük yaşanabilmektedir. Ayrıca teori öğretiminin standardize edilmemiş olması, öğretim elemanlarının farklı yaklaşımlar kullanmasına yol açmakta ve bu durum öğrenme sürecini zorlaştırabilmektedir (Smith & Parker, 2015). Teori temelli değerlendirme araçlarının sınırlı olması da kuramların eğitimde etkili biçimde kullanılmasını engelleyen bir başka faktördür.

Sonuç

Hemşirelik teorileri, eğitim programlarının bilimsel temelini oluşturan ve öğrencilerin klinik karar verme, eleştirel düşünme ve profesyonel kimlik gelişimini destekleyen önemli yapılardır (McEwen & Wills, 2019; Smith & Parker, 2015). Teori temelli eğitim, hemşirelik uygulamalarının bütüncül, sis-

tematik ve kanıta dayalı biçimde yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Alligood & Marriner-Tomey, 2018). Bu nedenle hemşirelik eğitim kurumlarının müfredatlarında teorilere daha fazla yer vererek teori-uygulama entegrasyonunu güçlendirmesi büyük önem taşımaktadır (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013). Hemşirelik mesleğinin tam olarak anlaşılabilmesi, sınırlarının çizilmesi, mesleki bilginin üretilmesi ve mesleğin geliştirilebilmesi için lisans ve lisansüstü eğitimde hemşirelik kuram ve modellerine dayalı eğitim verilmesi ve araştırma yapılması sağlanmalıdır (Aydın ve Kabukcuoğlu, 2020).

KAYNAKLAR

1. Ahmad, S. A. (2010) Theories and models of nursing practice. College of Nursing; University of Baghdad.
2. Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.
3. Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2018). *Nursing theory: Utilization and application* (6th ed.). Mosby Elsevier.
4. Alligood, M.R. (2014). Areas for Further Development of Theory Based Nursing Practice. "Alligood MR, Tomey AM (eds), Nursing Theory; Utilization & Application. America, Elsevier, 414-424
5. Aydın, R., & Kabukcuoğlu, K. (2020). Hemşirelik araştırmalarında kuram kullanımının önemi ve süreci. Journal of Human Sciences, 17(1), 389-403.
6. Aydın A, Biçer S. Hemşirelik eğitiminde güncel yaklaşımlar. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2019 ; 28 (1), 38-42.
7. Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (9th ed.). Elsevier.
8. Çopur EÖ, Kuru N, Seyman ÇC. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2015; 1: 51-55.
9. Ekim A, Manav G, Ocağcı AF. (2012). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: bir gözden geçirme, DEUHYO ED. 5:157-161.
10. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin N. Hemşirelikte araştırma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
11. Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). F. A. Davis.
12. Fawcett, J. (2006). Contemporary Nursing Knowledge. Philadelphia: F. A. Davis Company.
13. Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). F. A. Davis.
14. Jeffries, P. R. (2016). *The NLN Jeffries simulation theory*. National League for Nursing.
15. Koç, Z., Kiziltepe, K. S., Cinarlı, T., Sener, A. (2017). Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 14(1), 62-72.
16. Küçükaya PG. Kanıta dayalı psikiyatri hemşireliği. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1:128-132.
17. McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Wolters Kluwer; 2014. p. 412-29.
18. McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5th ed.). Wolters Kluwer.

19. Meleis, A. I. Theory: Metaphors, symbols, definitions. In *Theoretical nursing: Development & progress*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007: pp 45-48.
20. Mete, S., Gökçe, & İşbir, G. (2005). Using a Nursing Theory or a Model in Nursing Phd Dissertations: A Qualitative Study from Turkey. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2): 62-72.
21. Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
22. Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
23. Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.
24. Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.). F. A. Davis.
25. Şenyuva E. Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2016; 24: 59-65.



ÇOCUKLARDA DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI VE EBEVEYN DİJİTAL OYUN REHBERLİK STRATEJİLERİ

“ ”

İrem Nur AVARA¹

Filiz ÖZKAN²

¹ Uzman Hemşire Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ORCID: 0009-0008-9592-5335

² DOÇ. DR. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-7286-3548

Dijital Yaşam ve Teknoloji

Teknoloji, Türk Dil Kurumu'na göre 'insanın maddi çevresini denetlemek ve değiştirmek amacıyla geliştirdiği araç gereçlerle bunlara ilişkin bilgilerin tümü' olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2016). Genel tarihi bakımından uzun geçmişi bulunmayan teknolojik cihazlar günümüzde hayatımızın temel taşı konumundadır. Sadece yetişkinlerin değil çocuklarında hayatlarında teknoloji ve dijital araç-gereçler vazgeçilmez öğeler haline gelmiştir (Brito ve ark., 2017). Prensky bu yakın ilişkiyi vurgulamak ve ayrıntılı şekilde açıklamak adına 'Dijital Yerliler' kavramını öne sürmüştür (Prensky, 2001). Bu kavrama göre dijital yerliler, dijital dünyanın içine doğmuş, yaşamlarını tamamen dijital araç ve gereçler üzerine kurmuştur. Onların kendilerini ifade etme dili bilgisayar, telefon gibi teknolojik araçlar, internet ve dijital oyunlardır. Özellikle dijital yerliler ile birlikte geleneksel oyunların yerini almaya başlayan dijital oyunlar evrensel kültür ve değerlerde kökten değişime neden olmuştur (Sapsağlam, 2018).

Dünyada ve Ülkemizde Dijital Oyun

Oyun tek başına veya birden fazla kişiyle rekabet etmek ve hoş zaman geçirmek amacıyla belli kurallar çerçevesinde meydana getirilen planlı aktivitelerdir. Oyun kavramına tarihi anlamda ilk kez Antik Mısır ve Pers uygarlığında rastlanmaktadır (Bruns, 2015). Tarihi kazılar sırasında gün yüzüne çıkarılan hiyeroglifler ve kalıntılardan ulaşılan bilgilerle günümüz oyunlarının daha basit versiyonlarının oynandığı düşünülmektedir (Canlı ve Demirarslan, 2020). Genel tarihi bakımından çoğunlukla geleneksel oyunların tercih edildiği 1800'lü yıllarda birçok teknoloji ve oyun şirketinin temelleri atılmıştır. Özellikle Amerika ve Japonya merkezli bu şirketler oyun sektörünün öncüsü olmadan önce elektronik cihazlar ve onların sistemleri ile ilgilenmişlerdir (Sezen ve Sezen, 2011). Daha öncesinde bazı girişimlerde bulunan küçük şirketlerden bağımsız olarak 1994 yılında günümüzde Sony adını alan markanın PlayStation (PS) adını verdiği oyun konsolunu piyasaya sürmesiyle birlikte oyun kültüründe dünya çapında bir devrim yaşanmıştır (Wolf, 2007; Karahisar, 2013). Bu devrimin akabinde birçok farklı firma binlerce ürün ve yazılım geliştirerek bu sektöre katkı sağlamıştır. Yapay zeka tabanlı basit komutların yer aldığı oyunlar 1969 yılında kurulan, günümüzde 'Internet' adını alan 'Advanced Research Projects Agency Network' ile birlikte yeni bir devrim daha yaşanmış, artık dijital oyun havuzuna dünyanın tüm noktalarından erişim sağlanmasına neden olmuştur (Sezen ve Sezen, 2011). Özellikle 1986 yılında internetin ticari amaçla kullanıma açılmasıyla birlikte 1990'lı yıllarda oldukça yaygın bir kültür haline gelmiştir. Dijital oyun konusunda halen dünya devi olan Amerika ve Japonya merkezli şirketler 2000'li çalışmalarına hız vererek yeni oyun türlerini hızla piyasaya sürmüş, dijital oyun kültürünü yaygınlaştırmıştır. Genel tarihi bakımından dünyada nispeten köklü bir tarihe sahip olan dijital oyunlar, ülkemizde henüz son yıllarda yaygın hale gel-

miştir (Dijital Oyunlar Raporu, 2019). Ülkemizde dijital oyun kategorisinde değerlendirilen ilk oyun ‘Keloğlan’ın’ 1989 yılında piyasaya sürülmesinin hemen akabinde 1992 yılında ‘Hançer’, 1994 yılında da ‘İstanbul Efsaneleri: Lale Savaşçıları’ dijital oyun piyasasında yerini almıştır (Sarpkaya, 2020). Yaklaşık otuz küsur yıldır hayatımızda olan dijital oyunlar tüm dünyada olduğu gibi 2000’li yıllarda bizim ülkemizde de oldukça popüler hale gelmiştir (Sarpkaya, 2021). Özellikle sosyal ağların yaygınlaşması ve internet kullanımının artması ile birlikte tüm dünyada popüler olan oyunların ülkemizde de ilgi görmesine neden olmuştur. Dijital oyunlar son dönüm noktasını Covid-19 pandemisi ile yaşamıştır. Pandemi döneminde getirilen kısıtlamaların sonucu olarak evde geçirilen sürenin uzaması insanların dijital oyunlara yöneliminin artmasına neden olmuştur. Bu noktada yapılan çalışmaları ele aldığımızda pandemi öncesi ve pandemi sürecinde dijital oyun oynama süreleri araştırılmış, pandemi sürecinde dijital oyunlara harcanan zamanın anlamlı düzeyde artış gösterdiği tespit edilmiştir (Aktaş ve Bostancı, 2021; Marsden, Darke, Hall ve ark., 2020; King ve Billieux, 2020).

Çocuklar ve Dijital Oyunlar

Günümüzde tüm insanlar temel yaşam gereksinimlerini karşılamak amacıyla teknolojiye bağımlı konumdadır. Teknoloji, son yıllarda oldukça hızlı ilerlemesinin yanı sıra insan hayatının da vazgeçilmez öğesi haline gelmiştir. Yetişkinler için kontrolü daha kolay olan teknolojik cihazların özellikle çocuklar için kontrolü her geçen gün zorlaşmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması (2024) verilerine göre çocukların internet kullanım oranının %91,3 olduğu, çocukların interneti %72.7 oranında oyun oynamak ve oyun indirmek amacıyla kullandığı tespit edilmiştir (TÜİK, 2024). Bu veriler ve literatür bilgisi günümüzde artık geleneksel oyun oynama alışkanlıklarının yerini dijital oyunlara bıraktığını ortaya koymaktadır (Elkind, 2012).

Oyun çocukların büyüme ve gelişme döneminde tartışmasız kritik öneme sahip en önemli aktivitelerden birisidir. Genellikle çocuğun kendini ve duygularını ifade etmesi (Li ve ark., 2007), fiziksel gelişimine destek sağlaması (Stodden ve ark., 2008), sosyal rolleri ve içerisinde yaşadığı kültürü tanıması (Kautiainen ve ark., 2005) gibi pek çok pozitif etkilere sahiptir. Günümüz 21. Yüzyıl teknoloji çağında yaşanan hızlı ilerlemeler çocukların oyun kültürü üzerinde de son derece etkili olmuştur. Çocukların oyun oynamak amacıyla kullandıkları araç ve gereçlerde ciddi bir dönüşüm yaşanmıştır. Özellikle aile ve sosyal hayat çevresinde yer alan bireylerin davranışlarını taklit ederek farkındalık kazanan okul öncesi dönem çocukları yaşayan teknolojik dönüşümleri de yine bu sayede öğrenmektedir (Sapsağlam ve Ömeroğlu, 2015). Bu noktada değişen oyun alışkanlıklarının incelendiği bir araştırmada çocukların dijital oyunları ebeveynlerinin telefonlarından, bilgisayar ve tabletlerinden oynamayı tercih ettikleri ifade edilmiştir (Biricik

ve Atik, 2021). Çocukların yaş olarak ayrı ayrı incelendiği bir araştırmada üç yaşından altı yaşına doğru çocukların yaşları büyüdükçe elektronik aletler aracılığıyla oynan oyunlara erişiminin arttığı ifade edilmiştir (Sapsağlam, 2018). Çocukların gelişim dönemleri de göz önüne alınarak üç yaş grubunda çoğunlukla boyama, evcilik oyunu, jenga, kule yapma veya top yuvarlama gibi oyunlar tercih edilirken ilerleyen yaşlarda bu oyunlar dikkatlerini çekmemektedir. Dijital araçların görsel ve işitsel tasarımlarının yüksek olması, oyun kurma veya yönetme gibi beceriler gerektirmemesi çoğunlukla çocukların dijital araçlara yönelmesine neden olmaktadır. Ayrıca ebeveynlerin dijital araçlarla geçirdiği süre ve çocuklarına yönelik uyguladıkları stratejiler de bu konu üzerinde belirleyici olmaktadır. Ayrıca günümüzde ‘dijital yerliler’ olarak adlandırılan çocuklarımız internet aracılığıyla dijital oyunlarda soyut kahramanlar ile fiziksel dünyadan çok uzakta oyunlar oynamaları sebebiyle normal gelişim özelliklerinin gerisinde kalabilmektedir (Mustafaoğlu ve ark., 2018). Bu nedenle gelişim düzeylerinin ayrı ayrı ele alınarak olumlu ve olumsuz yönlerinin belirlenmesi, olumsuz yönlerin azaltılması amacıyla çeşitli stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

Dijital Oyunların Çocukların Gelişimleri Üzerindeki Etkileri

Yenidoğan döneminden itibaren çocuklar yaş gruplarına göre çeşitli gelişim özellikleri kazanırlar. Yaşamın ilk aylarında kendini ve etrafını fark etme süreciyle başlayan bu gelişim okul öncesi dönemde artık temel yaşam becerilerini kazanma, neden-sonuç ilişkisi kurarak dünyayı anlama ve anlamlandırma süreciyle devam eder (Haktanır, 2007). Fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel alanda kazanılan farklı beceriler ile basitten karmaşığa doğru bir gelişim sağlanır (Arıtürk, 2002). Bu dönemde çocuklara verilen uyaranların zenginliği gelişim düzeylerinin temel belirleyici faktörlerinden birisidir (Trawick-Swith, 2013; Yörükoğlu, 1992; Oğuzkan ve Oral, 1987). Çocukların açık alanlarda zaman geçirmesi, doğal araç-gereçler ile temas kurması, güneş ışığı gibi birçok faktör çocuklar için uyaran olmakta, beyindeki sinaps sayısının artış göstermesine katkı sağlamaktadır (Arıtürk, 2002). Fakat geleneksel oyundan uzaklaşan çocukların dijital oyunlara yönelmeleri nedeniyle uyaranların niteliği de değişim göstermektedir. Bu değişim ile birlikte çocukların dokunsal temas kurduğu araçlar tabletlere, güneş ışığı ise dijital araçların ışıklarına dönüşmüştür (Matthews ve ark., 2008). Dijital oyunların, çocukların hayatında yer alması gelişim düzeylerini olumlu veya olumsuz farklı şekilde etkileyebileceğine dair literatürde farklı çalışmalar yer almaktadır. Okul öncesi çocukların teknolojik cihaz kullanımlarını inceleyen çalışmalarda; çocukların ekran maruziyet süresindeki artışın öz düzenleme becerilerini düşürdüğü, çocukların arkadaşlık kurmada problem yaşama, dikkat dağınıklığı, cümle kurmada zorlanma, kendi başına oyun kurmada zorluk yaşama gibi önemli öz düzenleme becerilerinde sorun yaşadıkları; teknolojik cihaz kullanım sıklığı sınırlı olan çocukların düzenleme becerilerinin daha

yüksek, dikkat ve engelleyici kontrol becerilerinin de daha iyi olduğu bulunmuştur (Koyuncuoğlu ve Akaroğlu, 2022; Arslan, 2021). Farklı bir çalışmada ise digital oyunların el-göz koordinasyonunu geliştirebileceği, karar verme ve çözüm üretme sürecini destekleyebileceği ifade edilmektedir (Matthews ve ark., 2008).

I-Duygusal Gelişim

Çocukların doğal öğrenme alanı oyunlardır. Oyun sayesinde çocuk ebeveynleri ve dünya ile iletişim kurmaktadır. Yaşamın ilk aylarında temel gereksinimleri ifade etmek amacıyla kullanılan oyunlar 3-6 yaş dönem çocuklarda daha karmaşık hale dönüşür (Sönmez, 2000). Oyun artık onlar için çevresindeki bireyler ile iletişim sağlama amacından daha çok duygularını paylaşma ve kendini ifade etme alanı haline dönüşmüştür. Çocuklar oynamayı tercih ettikleri oyuncaklar, oyuncakları için belirledikleri roller, oyun kurma yöntemleri, oyun sırasındaki seslendirmeleri ile duygusal olarak hissettiklerini yansıtmaktadırlar. Ancak değişen oyun alışkanlıkları ile dijital oyunlarda çocuklardan oyuncaklarına anlam yüklemeleri, oyun kurması veya oyunu yönetmesi beklenmemektedir. Bu sayede çocuklar sadece kazanmak veya kaybetmek duygularına odaklanırken diğer duygularını baskılamaktadırlar. Ayrıca dijital oyunlar aracılığı ile hem olumlu hem de olumsuz bazı duygular geliştirmektedir. Ebeveynlerin, çocuklarının teknolojik cihaz kullanımlarının duygusal gelişimleri üzerindeki görüşlerinin incelendiği bir çalışmada; paylaşma, yardımlaşma ve dayanışma gibi olumlu duygularının yanı sıra agresiflik, korku, kıskançlık ve kaygı gibi olumsuz duyguların da geliştiği tespit edilmiştir (Bulut, 2018) Literatüre baktığımızda yapılan araştırmalarda dijital oyun oynamanın duygusal rahatlamaya katkısı olabileceği, karar verme ve strateji geliştirme yeteneğini destekleyebileceği ve öğrenmeyi kolaylaştırabileceği ifade edilmektedir (Bulut, 2018; Kim ve Smith, 2017; Prot, Anderson, Gentile ve ark., 2014). Ancak farklı bir çalışmada dijital oyunların depresyon ve anksiyete, şiddet eğilimi davranışı ve yalnızlık duygusu gibi problemlere de neden olabildiği ifade edilmektedir (Mustafaoğlu ve ark., 2018; Ülken ve Kılıç, 2018). Ayrıca özellikle şiddet içerikli oyunlar ile gerçek hayattaki şiddet eğilimi arasında ilişki olduğu, toplumsal sorunlara ve iletişim yetersizliklerine neden olduğu saptanmıştır (Kutner ve Olson, 2008).

Dijital oyunların çocukları etkileyebileceği alanlar düşünüldüğünde; oyunların niteliği, çocuk için uygunluğu ve oynama süresi gibi birçok özelliği duygusal gelişim üzerinde etkili olmaktadır. Okul öncesi dönem çocuklarda teknolojik cihazlar ile geçirilen sürenin artış göstermesi sonucu farklı duygusal bozukluklara yol açtığı bildirilmektedir (Li ve ark., 2020).

Olumlu ve olumsuz tüm yönlerini göz önüne aldığımızda çalışma sonuçlarına göre özellikle duygusal gelişim yönünden dijital oyunların destekleyici etkisinin pek yüksek olmadığını ifade etmek yanlış olmayacaktır.

II-Fiziksel Gelişim

Çocukların yaşamlarındaki ilk yılları fiziki gelişim açısından oldukça önemlidir. Bu süreçte çocukların kilo kazanımı ve boy uzaması gibi fiziksel gelişimlerinin yanı sıra kemik-kas gelişimi, göz ve kulak gibi duyuşal organların gelişimi, bağışıklık sistemi ve sinir sistemi gelişimi de oldukça hızlı ilerlemektedir. Özellikle dış dünyada geleneksel oyun oynayan çocukların oldukça zengin uyaranlara maruz kalmaları fiziksel gelişimleri üzerinde olumlu etki göstermektedir. Dış alanda koşarak hareket etmeleri büyük ve küçük kas gruplarının gelişimine katkıda bulunmaktadır (Stodden ve ark., 2008; Arıtürk, 2002). Amerikan Pediatri Akademisinin (APA) ifadelerine göre dış dünyada oyun oynamak D vitamini düzeyini önemli ölçüde etkilemekte, bağışıklık sisteminin gelişmesine katkı sağlamaktadır (Erbay ve Saltalı, 2012). Ayrıca zengin uyaran çevresinin bulunması nöral bağlantı sıklığının artışına neden olarak duyuşal deneyim sağlamaktadır (Arıtürk, 2002). Bu çerçevede dijital oyunların fiziksel gelişim üzerindeki etkilerini incelediğimizde çalışmalar çoğunlukla negatif etkileşimleri vurgulamaktadır. Bulut yaptığı çalışmada ebeveynlerin, dijital oyunların çocuklarının kas gelişimini olumsuz etkilediğini ve hareketsizliğe neden olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (Bulut, 2018). Decelis ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise obez çocukların fiziksel aktivite düzeylerinin olması gerekenin 3'de 1'i kadar olduğu ve 2 saatten daha uzun süre teknolojik cihaz ile zaman geçirdiğini saptamışlardır (Decelis ve ark., 2014). Hareketsizliğe bağlı olarak fiziksel aktivite düzeyinde azalma ve obezite riskinin artışı da diğer olumsuz sonuçlar arasında yer almaktadır (Muslu ve Gökçay, 2019). Diğer yandan pasif ve tekrarlayıcı davranışlara neden olan dijital oyunlar hayal gücünün gelişmesini engellemekte, dil ve konuşma problemlerinin yaşanmasına da neden olmaktadır (Mustafaoğlu ve ark., 2018). Dijital oyun oynama sürecinde çocuğun iletişim kurma gereksinimi duymaması ve yabancı dillerde oyun oynama eğilimi göstermeleri bu süreçteki diğer gelişim engelleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir diğer yandan dijital oyun oynayan çocukların uyku kalitesinde ve sirkadyen ritimde bozulmalar yaşandığını gösteren kanıtlar giderek artış göstermektedir. Özellikle mavi ışıkların melatonin salınımı engellemesi çocuklarda uykuya geçişi zorlaştırmakta, uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Levenson ve ark., 2016; Hysing ve ark., 2015).

III-Sosyal Gelişim

Çocuk doğal öğrenme alanı olan oyunlar sayesinde gelişim gösterir. Özellikle temel bakım vericilerinden uzaklaşarak toplumsal hayatta bir birey olarak var olduğu ilk alan akranları ile oynadığı oyunlardır (Durualp, 2009; Aytekin, 2001). Yaş dönem özellikleri bakımından okul öncesi dönem çocukları soyut toplumsal kuralları oyunlar aracılığı ile somut hale dönüştürür, toplumun kendinden beklediği davranışları anlamlandırır. Akranları ile oynadığı oyunlar aracılığıyla oyun kurallarına bağlı kalmak, oyun sürecini

yönetmek, arkadaşlarının hakkına saygı göstermek ve kendi hakkını savunmak gibi olumlu davranışlar kazanarak sosyal gelişim gösterir (Koçyiğit ve ark, 2007). Ayrıca toplumsal roller oyuncaklar üzerinden anlamlandırılarak somutlaştırılır. Ancak zaman içerisinde meydana gelen toplumsal değişimler nedeniyle oyunların içerikleri ve oyunda yer alan materyaller de değişim göstermiştir. Yüz yüze etkileşimin giderek azaldığı bir toplumda artık çocuklar da dış dünyada oyun oynama alışkanlıklarını kaybetmeye başlamışlardır. UNESCO Somut Olmayan Kültürel Mirasın Korunması Sözleşmesi'nde geleneksel çocuk oyunlarının korunması gereken kültürel bir miras olduğunu ifade etmiştir. Çocukların kültürlerini tanımaları, sosyal uyum ve gelişim göstermeleri açısından geleneksel oyun mirası oldukça değerlidir. Henüz seçimlerini bilinçli yapma olgunluğuna sahip olmayan çocukların dış mekamlarda oyun oynamaya teşvik edilmesi sosyal gelişim için şarttır (Erbay ve Saltalı, 2012). Güvenlik önemleri olarak dış dünyada çocuğun kendi imkanları ile oyun oynaması için uygun alanlar belirlemek, zaman ayırmak ve ebeveyn gözetiminde yaşlıları ile yakınlaşmasını teşvik etmek sosyal gelişim düzeyinde çocuğu destekleyecektir. Ancak bu imkanı olmayan çocuklar için de özellikle toplumsal kuralları ve sosyal normları konu edinen dijital oyunlar ile yine ebeveyn gözetiminde uygun sürelerde etkileşim sağlamak da sosyal gelişim açısından destekleyici bir başka strateji olacaktır (Güven ve ark., 2025)

IV-Bilişsel Gelişim

Oyun ve bilişsel gelişim arasındaki sıkı ilişki yıllardır bilinmektedir. Biliş terimi zihinsel süreçleri içerisine alan karmaşık bir kavramdır. Algılama, hatırlama, problem çözme ve akıl yürütme gibi süreçleri içerisine alan bilişsel gelişim ilk olarak 1965 yılında Piaget tarafından ortaya konmuştur. Piaget'e göre bilişsel yaşamda oyun mevcut yaşamda yer alan kişi, olay ve nesneleri içerisine alır, özümler ve sınıflandırır (Nicolopoulou, 2004). Bu yaklaşıma dayanarak 3-6 yaş grubu çocukların bilişsel gelişim gösterebilmeleri adına oyun oynamanın zorunlu bir eylem olduğunu ifade etmek mümkündür. Ancak bu noktada oyunların niteliği büyük önem kazanmaktadır. Dış mekamlarda oyun oynayan çocukların diğer tüm gelişim basamakları gibi bilişsel gelişiminin de olumlu ilerlemeler kaydettiği bilinmektedir (Pilavcı, 2014). Dış mekan özellikle çocuklara sunduğu zengin uyaranlar nedeniyle çocuğun içinde yer aldığını dünyayı tanımasına fırsat sunarken aynı zamanda hayal gücünü ve problem çözme yeteneğini geliştirmesine de zemin hazırlar (Demir Öztürk, 2019).

Bilişsel gelişim multi-fonksiyonel bir süreçtir. Bu süreçte çocukların değişen oyun alışkanlıklarının birçok sonucu ortaya çıkmaktadır. Özellikle ekran süresi ve dil gelişimi arasındaki ilişkiyi araştıran pek çok çalışmanın sonucunda ekran süresi yüksek olan çocukların dil gelişimlerinin geride olduğu, anlama becerisinin ve kelime haznesinin düşük olduğu ifade edilmektedir (Eren Tutar ve Karaçul, 2024; Massaroni ve ark., 2024; Keskindemir-

ci, 2020; Oberle ve ark., 2020). Ayrıca yüksek ekran maruziyetinin bir diğer yandan beyinde bilişsel becerilerin gelişim gösterdiği beyaz madde yollarında olumsuz etkilere (Eren Tutar ve Karçul, 2024) ve gelişim tarama testlerinde performans düşüklüğe neden olduğu tespit edilmiştir (Hutton ve ark., 2020). Ülkemizde dil gelişimi gecikmiş 187 çocuk ile yürütülen bir çalışmada katılımcıları %81.8'inde yüksek ekran maruziyeti olduğu vurgulanmıştır (Keskindemirci, 2020). Dijital çağda yaşadığımızı düşünecek olursak dijital oyunları yalnızca olumsuz yönleri ile ele almak tarafsız bir değerlendirme olmayacaktır. Literatürde yer alan bazı çalışmalar bazı teknolojik araçların ve dijital oyunların bilişsel gelişime katkı sağlayacağını da vurgulamaktadır. Özellikle dil, okuryazarlık becerileri ve okula hazır bulunuşluk düzeyini yükseltebileceği ifade edilmektedir (Madigan ve ark., 2019; Bulut, 2018; Kim ve ark., 2017; Neumann, 2016).

Dijital Oyun Bağımlılığı

Bağımlılık kavramının madde dışı bağımlılıklar kategorisinde sınıflandırılan teknoloji bağımlılığını, YEŞİLAY (2025); teknoloji ve internetin bilinçli olmayan, kontrolsüz bir şekilde kullanımına bağlı ortaya çıkan bağımlılık türü olarak tanımlamaktadır. Teknoloji ve internetin bilinçsiz şekilde aşırı kullanımı zaman içerisinde alt boyutlarında yer alan dijital oyun bağımlılığına dönüşmektedir (Griffiths, 2005). Lemmens ve arkadaşları dijital oyun bağımlılığını, kişinin günlük yaşantısında karşılaması gereken temel ihtiyaçlarını aksatarak davranışlarını kontrol edememesi olarak tanımlamaktadır (Lemmens ve ark., 2009). Bağımlılık tanımındaki ortaklaşma yine dijital oyun bağımlılığında da vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılında yayınladığı ICD-11 kılavuzunda zihinsel bir bozukluk olarak dijital oyun bağımlılığını (Gaming Disorder-GD) kabul etmiş, çevrimiçi veya çevrimdışı olarak sürekli ve tekrarlayıcı oyun davranışı olarak tanımlamıştır.

Bu kapsamda dijital oyun bağımlılığının özelliklerini incelediğimizde;

- Dijital oyun kişinin hayatında öncelikli yer edinmektedir.
- Kişi fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak olumsuz sonuçlar fark etmesine rağmen dijital oyun oynamaktan vazgeçememektedir.
- Kişi dijital oyun oynama davranışı üzerinde kontrolünü kaybetmiştir.

Dijital oyun bağımlılığı tanısı, yukarıda belirtilen özelliklerin en az 12 ay boyunca belirgin şekilde görülmesi sonucu konulmaktadır.

Günümüzde son derece hızlı ilerleyen teknolojik gelişmelerin sonucu olarak geçmişte bağımlılık kategorisinde bulunmayan dijital oyun bağımlılığı çağımızın en önemli halk sağlığı sorunlarından birisi haline gelmiştir (Ataman Yengin, 2019; Güvendi ve ark., 2019; Altun ve Atasoy, 2018; Aral ve Doğan Keski, 2017). Genel anlamda oyun bağımlılığı pek çok faktör ile ilişki-

lendirilmiştir. Cinsiyet, anne ve babanın eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi, çocuğa ait teknolojik cihaz ve internet erişimi bulunma durumu, ebeveyn denetimi gibi faktörler oyun bağımlılığı üzerinde etkili olmaktadır. Literatür erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha yüksek düzeyde oyun bağımlısı olduğunu, genel olarak aksiyon ve macera türünde şiddet içerikli oyunları tercih ettiklerini ifade etmektedir (Keskin ve Aral, 2021; Korkmaz ve Korkmaz, 2019; Göldağ, 2018). Aile içerisinde anne ve babanın eğitim düzeyinin yükselmesi, yoğun iş temposu ve uzun çalışma saatleri nedeniyle ebeveyn denetimi uygulanmasının zorlaşması, ebeveynlerin de iş nedeniyle teknolojik cihazlar ile iç içe yaşamaları çocukların oyun bağımlılığı eğilimlerinin artış göstermesine neden olmaktadır (Göldağ, 2018). Ailenin gelir düzeyinin artış göstermesi ile çocukların oyun bağımlılığı arasında pozitif ilişki olduğu da tespit edilmiştir (Göldağ, 2018; Ekinci, 2017; Tansel, 2012). Özellikle kendisine ait teknolojik cihazı ve internet erişimi bulunan çocukların bağımlılık eğilimlerinin cihaz ve erişim imkanı bulunmayan çocuklara göre önemli ölçüde artış gösterdiği de vurgulanmaktadır (Bilgin, 2015; Göldağ, 2018). Tüm insanlığı etkileyen dijital oyun bağımlılığı konusunda çocuklar yetişkinlerden daha fazla risk altındadır. Dijital oyun bağımlılığı konusunda süreç yönetimi aslında çocuklardan daha çok ebeveynlerin denetimindedir. Çocukların teknolojik cihazlara ulaşımı, kullanma süresi ve içerikleri sürekli bakım vericileri tarafından takip edilmelidir. Yapılan bir araştırmada dijital oyun oynama süresinde kısıtlama uygulamayan ailelerin çocuklarının saldırganlık ve oyun bağımlılığı puanlarının kısıtlama uygulayan ailelerin çocuklarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Güvendi ve ark., 2019).

Ebeveynlerin Dijital Oyun Rehberlik Stratejileri

Dijital Ebeveyn

Teknoloji çağında anne ve baba olmak bireylere yeni sorumluluklar getirmektedir. Geçmiş yıllarda geleneksel oyun oynamayı tercih eden çocuklar için ebeveynlerinin fiziksel güvenlik önlemleri alması yeterli olurken günümüzde bu önlemlerin yanı sıra çocukları dijital dünyanın risklerinden koruyabilmek için dijital okur-yazarlık, dijital farkındalık gibi özelliklere sahip olmaları beklenmektedir (Keleşoğlu ve Karduz, 2020; Manap, 2020). Dijital ebeveynlik kavramından ilk kez 2009 yılında Rode tarafından kullanılmıştır (Rode, 2009). Günümüzde ise dijital ebeveynlik kavramı literatürde sıklıkla kullanılmaktadır. Dijital ebeveyn Yurdakul ve arkadaşlarının ifadesine göre; sadece fiziksel dünyada değil dijital dünyada da çocuklarını koruyabilen, dijital araç ve gereçleri amacına uygun şekilde ve sürede kullanması amacıyla çocuğa rehberlik eden, dijital ortamın beraberinde getirdiği olanakları ve riskleri fark edebilen bireylerdir (Yurdakul ve ark., 2013). 2010 Yılında yapılan Avrupa Çevrimiçi Çocuklar Araştırma Projesi Türkiye sonuçlarına göre çocukların %78'inin dijital araç ve gereçlerin kullanımını konusunda ebeveynlerinden daha fazla bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir (EU Kids Online-II

Türkiye, 2010). Çocukların 21. Yüzyılda tamamen teknolojiden uzak tutulması imkansızdır. Onları bu gelişmelerden uzak tutmak yerine uygun stratejiler benimseyerek yönlendirmek ebeveynlerin en temel sorumluluklarından birisidir (Goodwin, 2021; Sayar ve Benli, 2020; Yurdakul ve ark., 2013).

Ebeveyn Rehberlik Stratejileri

Ebeveynlerin hayatlarında hiç bilmedikleri cihazları çocuklar farklı amaçlar için rahatlıkla kullanabilmektedir. Henüz öz denetim mekanizması yeterince gelişmemiş okul öncesi dönem çocukları da bu teknolojik cihazlar ile iç içe büyümekte, gelişim süreçlerine zarar verebilecek içeriklerle karşı karşıya kalmaktadır (Palmer, 2017). Henüz anne karnında teknoloji ile tanışan dijital yerli çocuklar için bu konuda rehberlik sağlamak ebeveynleri açısından oldukça zordur (Keleşoğlu ve ark., 2019). Bu sebeple yaş dönem özellikleri göz önüne alınarak çocuklara yönelik özel stratejiler planlanmalıdır. Dijital dünyanın renkli ve büyüleyici tasarımı çocuklar için çok ciddi riskler taşımaktadır. Sanal dünyada çocukların uğradıkları dezavantajlı durumların önüne geçebilmek için en kritik nokta ebeveynlerin uyguladıkları rehberlik stratejileridir (Yıldırım, 2019; Yurdakul ve ark., 2013).

Ebeveyn rehberlik stratejileri dört başlık altında incelenebilir. Bunlar; aktif ebeveyn rehberlik stratejisi, teknik ebeveyn rehberlik stratejisi, dijitalle yönlendiren rehberlik stratejisi, serbest yönlendiren rehberlik stratejisidir (Manap ve Durmuş, 2020).

Aktif Ebeveyn Rehberlik Stratejisi

Aktif ebeveyn rehberlik stratejisini benimseyen anne ve babalar, çocukların dijital cihazla temas sağladığı tüm süreç boyunca çocuk ile etkileşim içerisinde (Manap ve Durmuş, 2020). Oynadığı oyun veya oyundaki karakter hakkında çocuğa sorular yöneltir, neler yaptığını sorgular ve gerekli gördüğü durumlarda içerik veya zaman konusunda kısıtlama yaparak çocuğa rehberlik sağlar (Utuş, 2022; Budak, 2017).

Bu stratejiyi benimseyen ebeveynler içerisinde yaşadığı teknoloji çağını göz önüne alarak çocuğu dijital cihazlardan uzakta tutmayı değil dijital okuryazarlığı yüksek, bilinçli çocuklar yetiştirmeyi hedeflemektedir (Gökçen, 2023). Çocuğun birincil bakım vericisi tarafından sürekli takip edilmesi dijital ortamlarda çocuğun gelişim sürecine zarar verebilecek içeriklere maruz kalmasını engellemekte, bilişsel gelişimine katkı sağlayacak şekilde çocuğun öğrenme sürecini desteklemektedir.

Teknik Ebeveyn Rehberlik Stratejisi

Teknik ebeveyn rehberlik stratejisini benimseyen ebeveynler, çocuğun dijital araç ile etkileşimi sırasında dijital cihazların teknik özellikleri hakkında çocuğa rehberlik sağlamaktadır (Kaya ve Bayraktar, 2021). Dijital cihazın

nasıl açılıp kapanacağını, dijital araç içerisindeki yer alan uygulamaların nasıl kullanılacağını veya cihaz ile ilgili teknik bir sorunla karşılaştığında nasıl çözüm sağlayabileceğini çocuğa öğretmektedirler. Çocuğun teknik bilgisini artırmaya yönelik olan bu rehberlik stratejisinde ebeveynler dijital araçların dezavantajlı ve riskli durumları ile baş etme yeteneğine sahip çocuklar yetiştirmeyi hedeflemektedir (Utuş, 2022). Çocuğun dijital araç ile etkileşimi esnasında uygulamalar üzerinde geçerli çocuk kilidini açmayı öğrenmesi veya çeşitli oyunlarda reklam engeli uygulaması gibi bazı bilgiler onların teknik özelliklere karşı bilinçlendirilmesi ile mümkündür (Utuş, 2022).

Dijitale Yönlendiren Rehberlik Stratejisi

Dijitale yönlendiren ebeveyn rehberlik stratejisini benimseyen anne ve babalar dijital cihazları istedikleri amaca ulaşabilmek amacıyla bir araç olarak kullanmaktadırlar. Teknolojik cihaz ile zaman geçirdiğinde ağlamayan, yemek yiyen ve kendilerinden herhangi bir talebi bulunmayan çocuklar yetiştirmeyi hedeflemektedirler. Özellikle sosyal ortamlarda veya yoğun dönemlerde kendi tabirlerine göre akıllı çocuklar olması için çocuklarının dijital bakıcıları olarak cihazlardan destek almaktadırlar (Budak ve Işıkoğlu, 2022). Çocukların yaş gruplarına veya gelişim dönemlerine uygun içerikler ile temas sağlayıp sağlamadığını kontrol etmedikleri gibi cihaz ile etkileşim sağladığı süreç için de herhangi bir kısıtlama uygulamamaktadırlar. Aileleri tarafından dijital cihazlara yönlendirilen çocuklar cihazlarda karşılaştıkları sorunlar ile nasıl baş edeceğini veya uygunsuz bir içerik ile karşılaştığında neler yapması gerektiğini bilmemektedir. Dijital araçlar üzerinden uğradıkları siber zorbalıklar sonucunda gelişim dönem özelliklerini gösterememekte, bilişsel ve psikolojik gelişimleri olumsuz etkilenebilmektedir (Utuş, 2022).

Serbest Ebeveyn Rehberlik Stratejisi

Serbest ebeveyn rehberlik stratejisini benimseyen ebeveynler çocuklarına herhangi bir kısıtlama yapmadan istedikleri sürede, oynamak istedikleri dijital oyun için cihaz kullanımına izin vermektedirler. Ebeveynler içerik, teknik özellikler veya baş etme mekanizmaları üzerinde herhangi bir rehberlik sağlamadıkları gibi çocuğun karşılaşabileceği riskleri de göz önünde bulundurmamaktadırlar (Manap ve Durmuş, 2020).

Çocukların dijital oyunlar üzerinde bağımsız bir şekilde teknoloji özgürlüklerini kazanmaları için fırsat sunmaktadırlar. Çocukların dijital dünyada karşılaştığı sorunlar karşısında neler yapması gerektiğine dair hiçbir eğitim sağlamayan aileler bu durumun çocukların gelişim düzeyi üzerindeki negatif sonuçları da gözlemlemedikleri için oyun bağımlısı çocuklar yetiştirebilmektedirler (Utuş, 2022)

KAYNAKLAR

- Aktaş, B., & Bostancı, N. (2021). Covid-19 pandemisinde üniversite öğrencilerindeki oyun bağımlılığı düzeyleri ve pandeminin dijital oyun oynama durumlarına etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2), 129–138.
- Altun, M., & Atasoy, M. (2018). Investigation of digital game addiction of children between 9–11 age groups: Kırşehir sample. *International Journal of Eurasia Social Sciences*, 9(33), 1740–1757.
- Aral, N., & Doğan Keski, A. (2017). Ebeveyn bakış açısıyla 0–6 yaş döneminde teknolojik alet kullanımının incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5(2), 317–348.
- Arıtürk, S. (2022). 3–6 yaş çocuklarının sosyal-duygusal gelişiminde dış mekânda oyun fırsatlarının önemine ilişkin ebeveyn görüşleri (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Arslan, Ö., Çavunt, F., Çoban, A., Dinç, E., Erkoç, A. K., & Yavuz, E. A. (2021). Okul öncesi dönem çocuklarının öz düzenleme becerilerinin incelenmesi. *International Primary Education Research Journal*, 5(2), 180–199. Ataman-Yengin D. Dijital oyun bağımlılığı. In: Karadağ GH, ed. *Dijital Hastalıklar*. İstanbul: Der Yayınları; 2019:117-135.
- Bilgin, H. C. (2015). Ortaokul öğrencilerinin bilgisayar oyun bağımlılık düzeyleri ile iletişim becerileri arasındaki ilişki (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Biricik, Z., & Atik, A. (2021). Gelenekselden dijitale değişen oyun kavramı ve çocuklarda oluşan dijital oyun kültürü. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 445–469.
- Brito, R., Francisco, R., Dias, P., & Chaudron, S. (2017). Family dynamics in digital homes: The role played by parental mediation in young children's digital practices around 14 European countries. *Contemporary Family Therapy*, 39, 271–280.
- Bruns, B. (2015). *Oyun kitabı* (T. Tunç Bilgin, Çev.). İstanbul: Kuzey Yayınları.
- Budak, K. S., & Işıkoğlu, N. (2022). Development of children's digital play addiction tendency and parental mediation scales. *Journal of the Faculty of Education Sciences*, 55(3). Budak O. Dijital çocuk oyunlarına çocuk gelişimi ve okul öncesi öğretmenlerinin ve annelerin bakış açısı. *Ulus Eğitim Bilim Derg.* 2017;4(13):158-172.
- Bulut, A. (2018). Okul öncesi öğrencilerinin teknoloji kullanımına ilişkin alışkanlıklarının gelişim özellikleri üzerindeki etkileri. *Eğitimde Yeni Yaklaşımlar Dergisi*, 1(1), 52–69.
- Canlı, S. K., & Demirarslan, D. (2020). Çocuk oyun alanlarının tarihi gelişimi. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, 3(6), 60–75.
- Decelis, A., Jago, R., & Fox, K. R. (2014). Physical activity, screen time and obesity status in a nationally representative sample of Maltese youth with international

comparisons. BMC Public Health, 14(1), 664.

Durualp, E. (2009). Altı yaşındaki çocukların sosyal becerilerine oyun temelli sosyal beceri eğitiminin etkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ekinci, N. E., Yalçın, İ., Özer, Ö., & Kara, T. (2017). An investigation of the digital game addiction between high school students. Journal of Human Sciences, 14(4), 4989–4994. Elkind D. *Oyunun Gücü*. Ankara: İmge Kitabevi; 2012.

Eren Tutar, P., & Karaçul, F. E. (2024). Erken çocuklukta ekran maruziyetinin dil gelişimine yansması. Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi, 15(3), 2427–2442.

Erbay, F., & Saltalı, N. (2012). Altı yaş çocuklarının günlük yaşantılarında oyunun yeri ve annelerin oyun algısı. Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 13(2), 249–264.

EU Kids Online II Türkiye. (t.y.). Avrupa çevrimiçi çocuklar araştırma projesi Türkiye sonuçları. 18 Nisan 2025 tarihinde <http://eukidsonline.metu.edu.tr>

Goodwin, K. (2021). Dijital dünyada çocuk büyütme: Teknolojiyi doğru kullanmanın yolları (4. bs.). İstanbul: Aganta Yayınları.

Gökçen, A. (2023). Çocukların ekran kullanım özellikleri, dijital oyun bağımlılık eğilimleri, sosyal yetkinlik ve davranış durumları ve ebeveyn rehberlik stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Denizli. Göldağ B. Lise öğrencilerinin dijital oyun bağımlılık düzeylerinin demografik özelliklerine göre incelenmesi. *Van YYÜ Eğitim Fak Dergisi*. 2018;15(1):1287-1315.

Griffiths, M. D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance Use, 10(4), 191–197.

Güven, G., Azkeskin, K. E., Yumugan, S., ve ark. (2025). Ebeveyn perspektifiyle geleneksel oyun ve oyuncakların çocukların kültürel kimlik ve sosyal beceri gelişimine katkıları. Mentis, 1(1), 60–77.

Güvenli Oyna. (2019). Dijital oyunlar raporu 2019. 11 Mart 2025 tarihinde <https://www.guvenlioyna.org.tr/rapor-detay/15/dijital-oyunlar-raporu-2019> adresinden erişildi.

Güvendi, B., Demir, G. T., & Keskin, B. (2019). Ortaokul öğrencilerinde dijital oyun bağımlılığı ve saldırganlık. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 11(18), 1194–1217.

Haktanır, G. (2007). Okul öncesi eğitimde giriş. Ankara: Anı Yayıncılık. Hutton JS, Dudley J, Horowitz-Kraus T, et al. Associations between screen-based media use and brain white matter integrity in preschool-aged children. *JAMA Pediatr*. 2020;174(1).

Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., et al. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence. BMJ Open, 5, e006748.

Kautiainen, S., Koivusilta, L., Lintonen, T., et al. (2005). Use of ICT and prevalence of overweight and obesity among adolescents. International Journal of Obesity, 29(8), 925.

- Kaya, İ., & Bayraktar, D. M. (2021). Türkiye’de yapılan dijital ebeveynlik araştırmalarına yönelik bir içerik analizi çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(2), 1046–1082.
- Keleşoğlu, F., & Karduz, F. F. A. (2020). Online journal of technology addiction and cyberbullying. *Online Journal of Technology Addiction and Cyberbullying*, 7(2), 70–102.
- Keskin, A. D., & Aral, N. (2021). Oyun bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi*, 22(3), 327–339. Keskindemirci G. Dil gelişimi gecikmiş olan çocuklarda ekran maruziyeti: ön çalışma sonuçları. *İstanbul Tıp Fak Derg.* 2020;82(4):29–30.
- Kim, Y., & Smith, D. (2017). Pedagogical and technological augmentation of mobile learning for young children. *Interactive Learning Environments*, 25(1), 4–16.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 184–186.
- Korkmaz, Ö., & Korkmaz, Ö. (2019). Middle school students’ game addictive levels, game habits and preferences. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(3), 798–812.
- Koyuncuoğlu, D., & Akaroğlu, G. (2022). 4–6 yaş çocukların ekran kullanım alışkanlıkları ile öz düzenleme becerileri arasındaki ilişki. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 13(3), 2599–2620.
- Kutner, L., & Olson, C. (2008). *Grand theft childhood*. New York: Simon and Schuster.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77–95.
- Levenson, J. C., Shensa, A., Sidani, J. E., et al. (2016). Social media use and sleep disturbance among young adults. *Preventive Medicine*, 85, 36–41.
- Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W., & Yan, Y. (2020). Screen use and health indicators: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–20.
- Madigan, S., Browne, D., Racine, N., Mori, C., & Tough, S. (2019). Association between screen time and children’s performance. *JAMA Pediatrics*, 173(3), 244–250.
- Manap, A., & Durmuş, E. (2020). Development of digital parental awareness scale. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(2), 978–993.
- Marsden, J., Darke, S., Hall, W., et al. (2020). Mitigating COVID-19 impact on addictive disorders. *Addiction*, 115(6), 1007–1010.
- Massaroni, V., et al. (2024). Dil ve teknoloji arasındaki ilişki. *Beyin Bilimi*, 14(1), 27.
- Matthews, C. E., Chen, K. Y., Freedson, P. S., et al. (2008). Sedentary behaviors in the US. *American Journal of Epidemiology*, 167(7), 875–881.

- Mustafaoğlu, R., Zirek, E., Yasacı, Z., & Özdiñler, A. R. (2018). Dijital teknoloji kullanımının olumsuz etkileri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5(2), 1–21.
- Muslu, M., & Gökçay, G. F. (2019). Teknoloji bağımlısı çocuklarda obezite riskleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 72–79.
- Neumann, M. M. (2016). Touch screen tablets and emergent literacy. *Computers & Education*, 97, 61–68.
- Oberle, E., Ji, X. R., Kerai, S., Guhn, M., Schonert-Reichl, K. A., & Gadermann, A. M. (2020). Screen time and extracurricular activities as risk and protective factors for mental health in adolescence: A population-level study. *Preventive Medicine*, 141, 106291. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106291>
- Oğuzkan, Ş., & Oral, G. (1987). *Okulöncesi eğitimi* (2. bs.). İstanbul: Milli Eğitim Basımevi.
- Palmer, S. (2017). *Zehirlenen çocukluk* (6. bs.). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Pilavcı, G. (2014). “Oyun” kavramı ve mimari tasarım (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, İstanbul.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon*, 9(5).
- Prot, S., Anderson, C. A., Gentile, D. A., et al. (2014). Video game effects. In *Media and the well-being of children and adolescents* (ss. 109–128).
- Rode, J. A. (2009). Digital parenting: Designing children’s safety. In *Proceedings of the 23rd British HCI Group Annual Conference*.
- Sapsağlam, Ö. (2018). Okul öncesi dönem çocuklarının değişen oyun tercihleri. *Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(1), 1122–1135.
- Sapsağlam, Ö., & Ömeroğlu, E. (2015). Değerler eğitimi. *International Journal of Eurasia Social Sciences*, 6(21), 244–264.
- Sarpkaya, S. (2020). Dijital oyun ve mitoloji. *Mitoloji Araştırmaları II* içinde (ss. 185–201). Çanakkale: Paradigma Akademi.
- Sarpkaya, S. (2021). Dijital oyun/video oyunu folkloru. *Uluslararası Halkbilimi Araştırmaları Dergisi*, 4(6), 155–172.
- Sayar, K., & Benli, S. (2020). *Dijital çocuk* (5. bs.). İstanbul: Kapı Yayınları.
- Sezen, T. İ., & Sezen, D. (2011). Dijital oyun tarihinin dönüm noktaları. *Dijital Oyunlar*, 2, 249–286.
- Sönmez, V. (2000). *Öğretmenlik mesleğine giriş*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Stodden, D. F., Goodway, J. D., Langendorfer, S. J., et al. (2008). Motor skill competence. *Quest*, 60(2), 290–306.
- Tansel, A., & Bircan-Bodur, F. (2012). Wage inequality in Turkey. *Review of Development Economics*, 16(1), 107–121.
- Türk Dil Kurumu. (t.y.). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. 1 Mart 2025 tarihinde <https://>

sozluk.gov.tr adresinden erişildi.

- Trawick-Smith, J. (2013). *Erken çocukluk döneminde gelişim*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Utuş, T. (2022). *Dijital oyun rehberlik stratejileri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Ülken, F. B., & Kılınç, F. (2018). Çevrimiçi riskler ve aracılık. *İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 7(1), 124–145.
- Wolf, M. J. (Ed.). (2007). *The video game explosion*. New York: Bloomsbury Publishing USA.
- Yeşilay. (t.y.). *Bağımlılık*. 12 Mart 2025 tarihinde <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik> adresinden erişildi.
- Yıldırım, Y. (2019). *Dijital yerlileri tehdit eden teknoloji bağımlılığı*. Ankara: Nobel Kitap Evi.
- Yörükoğlu, A. (1992). *Çocuk ruh sağlığı*. İstanbul: Özgür Kitapevi.
- Yurdakul, İ. K., Dönmez, O., Yaman, F., & Odabaşı, H. F. (2013). Digital parenting and changing roles. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(4), 883–896.



KIRILGAN GRUPLAR VE DİJİTALLEŞME

“ ”

Eylül Gülnur Erdoğan¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi Bilecik Şey Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-4770-385X>
E-mail: eylulgulnurerdogan@gmail.com

GİRİŞ

İletişimin gelişimiyle birlikte etkileşimin artması, toplumsal alanda dönüşüm ve değişimin hızlanmasına neden olmaktadır. Bilimsel bilgi alanındaki ilerlemeler, teknolojik gelişmelerin üst düzeye ulaşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum, bireyler arası ilişkilerde de köklü değişimlere yol açmıştır (Şentürk, 2008). Bununla birlikte, ilişkilerin bireyselleşmesi ve bireycilik ekseninde gelişmesi, dijitalleşmenin sosyal yapılar üzerindeki etkilerini daha da derinleştirmiştir. Artan internet ve sosyal medya kullanımı, bireyler için yeni olanaklar sunarken aynı zamanda dijital bağımlılık gibi modern sorunları da gündeme getirmiştir (Yıldırım, 2021). Teknolojik imkanların gelişmesine paralel olarak zaman ve mekân sınırlılıklarının büyük ölçüde aşılması, iletişim biçimlerinde köklü değişimlere yol açmıştır (Güleç, 2018).

Farklılaşan yeni iletişim biçimleri, sunduğu avantajlarla birlikte çeşitli dezavantajları da beraberinde getirmektedir. İnternet ortamında gerçekleşen iletişim, geleneksel kuralların ötesine geçerek daha samimi bir yapıya bürünebilmekte, bireyler ise sosyal çevrelerini çeşitli sosyal medya uygulamaları aracılığıyla takip edebilmektedir. Ancak bu durum, zaman zaman bilgi kirliliğine yol açarken, gelişen dijital uygulamalar bireyin hem takip eden hem de takip edilen konumunda bulunmasına neden olarak mahremiyetle ilgili çeşitli sorunları da beraberinde getirmektedir (Karahasanovic ve ark., 2009; Caviglione & Coccoli, 2011; Kırık, 2014). Bu bağlamda, sosyal medyanın doğası gereği gizlilik paradoksu barındırdığı söylenebilir. Bu paradoks, mahremiyetin kamusallaşmasına, yani kamusal alan ile özel alan arasındaki sınırın giderek belirsizleşmesine neden olmaktadır (Öztekin & Öztekin, 2010; Rudman & Steenkamp, 2012).

Postmodern dönemde birey, görünürlüğünü varoluşunun bir göstergesi olarak kabul etmekte ve bu doğrultuda görünür olma ile var olma arasında güçlü bir bağ kurmaktadır. Bir anlamda gönüllü teşhir olarak da nitelendirilebilecek bu olgu, kişisel meselelerin kamusal sorunlar gibi sunulmasına yol açmaktadır (Bostancı, 2022). Günümüzde bireylerin birbirlerinin sosyal medya hesaplarını takip etmesi ve gözlemlemesi sonucunda, kimin nerede, ne zaman, kimlerle ne yaptığı kolaylıkla erişilebilir hale gelmiştir. Bu bağlamda bireyler, gözlemlenerek farklılıklarını ve özgünlüklerini sergileme çabası içerisine girmektedir (Niedzviecki, 2010). Bu süreç, zamanla azınlığın çoğunluğu denetlenmesinden ziyade herkesin herkesi gözetleyebildiği bir ortamın oluşmasına zemin hazırlamıştır. Değişen mahremiyet algısıyla birlikte birey, asimetrik gözetimin farkına varsa bile çoğu zaman bu durumu önemsememektedir. Sonuç olarak, post modern dönemde gözetim, bireyin zorlanmasından ziyade görünür olmanın sağladığı haz nedeniyle ön plana çıkmaktadır. Bu durumun arkasındaki temel motivasyon, gündemden uzak kalma korkusu olabileceği gibi, yalnızlık ve kaygı temelli bir gereksinim de olabilmektedir (Lyon, 2006; Geçer, 2022).

Günümüzde teknoloji, bireyleri özgürleştirmekten ziyade giderek daha fazla bağımlı hale getirmekte ve mahremiyetin sınırlarını yeniden şekillendirmektedir. Akıllı cihazlar, robot teknolojileri, otomatik sistemler ve hatta navigasyona kaydedilen adresler bile özel alanın ihlali açısından en temel örnekler arasında yer almaktadır (Okmeydan, 2017; Geçer, 2022). Bu bağlamda, COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık ve mahremiyet ilişkisi yeni bir boyut kazanmış; HES Kodu uygulamaları, aşı kartları gibi dijital sistemler, bireylerin sağlık bilgilerinin gözetim mekanizmaları aracılığıyla nasıl takip edilebileceğini gözler önüne sermiştir (Geçer, 2022). Benzer şekilde, yeni nesil dijital teknolojiler olarak adlandırılan; artırılmış gerçeklik, karma gerçeklik ve sanal gerçeklik gibi gelişmeler, güvenlik ve mahremiyet bağlamında yeni tartışmalara yol açmaktadır (Brigham, 2017).

Dijitalleşme ve Mahremiyetin Dönüşümü

Mahremiyet kavramı, içinde bulunduğu bağlama göre farklı şekillerde tanımlanabilmektedir (Lukács, 2016). Genel anlamda mahremiyet, “gizlilik” veya “kişisel gizlilik” olarak ifade edilebilir. Bu kavram, bireyin kişisel bilgilerinin paylaşımını kontrol etme ve başkaları tarafından (birey, kurum vb.) gözetlenip gözetlenmemeye durumunu belirleme yetisi olarak ele alınmaktadır. Bu doğrultuda bireyin kendi sınırlarını çizebilmesi ve çevresiyle olan etkileşimini yönetebilmesi, mahremiyetin temel unsurlarından biridir (Düzgüner, 2022). Yazılı ve görsel medya, internet ve sosyal medya gibi araçlar, mahremiyet anlayışının dönüşümünde kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, “görünür olma”, “gözetim” ve “kendini sergileme” gibi kavramların anlamını yeniden şekillendirmiştir (Korkmaz, 2013).

Günümüz teknoloji şirketlerinin iş modeli, kullanıcıların kişisel verilerini toplayarak ticari amaçlarla kullanmaya dayanmaktadır. Tüketicileri daha fazla veri paylaşmaya teşvik eden bu strateji, kişiselleştirilmiş reklam ve tekliflerin oluşturulmasını sağlayarak dijital şirketlerin temel gelir kaynağını oluşturmaktadır (Steyer, 2014). Sosyal medya platformlarının yaygınlaşmasıyla birlikte bireyler, farkında olmadan kişisel, özel ve mahrem bilgilerini dijital ortama taşımaktadır. Bu veriler, büyük veri tabanlarında saklanarak çeşitli amaçlarla işlenmektedir. Kullanıcılar genellikle bu bilgileri bilinçli olarak paylaşmasalar da platformlar, sundukları hizmetler karşılığında bu verileri talep etmekte ve adeta bir “ikincil ürün” olarak kullanmaktadır. Sonuç olarak, bireylerin verileri farkında olmadan paylaşması, dijital mahremiyet açısından ciddi riskler oluşturmaktadır (Soria-Comas & Domingo-Ferrer, 2016).

Dijitalleşmenin beraberinde getirdiği en önemli sorunlardan biri de siber zorbalıktır. Siber zorbalık, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla bir kişi veya grubun diğerlerine yönelik düşmanlık, tehdit, sindirme ve taciz amaçlı

iletileri kasıtlı ve sistematik bir şekilde göndermesi olarak tanımlanmaktadır (Baştürk, 2020). Dijital platformların giderek çeşitlenen iletişim olanakları, bu tür zorbalıkların farklı mecralarda yayılmasına neden olmaktadır. Özellikle mahremiyet ve etik ilkeleri göz ardı eden bireyler, dijital ortamda sözel ve duygusal şiddet uygulayarak başkalarına zarar verebilmektedir. (Güran Yiğitbaşı & Çelik, 2023). Bununla birlikte mahremiyet ihlallerine yol açabilecek unsurlardan biri de Metaverse'dir. Yeni nesil internetin gelişen paradigması olarak ortaya çıkan bu platform, bireylerin oyun oynaması, çalışması ve sosyalleşmesi için hiper uzay-zamansal bir ortak alan oluşturmayı hedeflemektedir. Genişletilmiş gerçeklik ve yapay zekâ teknolojileriyle bilim kurgu dünyasından gerçeğe dönüşen bu sistem, aynı zamanda güvenlik ve mahremiyet risklerini de beraberinde getirmektedir (Di Pietro & Cresci, 2021; Wang ve ark., 2023).

Kırılgan Gruplar İçin Mahremiyet Riskleri

Toplumsal yaşamda bireyler, sosyal, ekonomik, psikolojik, politik, kültürel, etnik ve dini gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanan sorunlar yaşayabilir. Bu sorunlar, bireylerin belirli hak ve hizmetlere erişimini kısıtlayarak onları dezavantajlı konuma itebilir. Dezavantajlı gruplar, toplumdan topluma farklılık gösterebilse de genel olarak yaşlılar, kadınlar, gençler, engelliler, çocuklar, azınlıklar ve tek ebeveynli aileler gibi gruplar bu kategoriye dahil edilmektedir (Arpat & Berten, 2019). Tüketim toplumunun dinamikleri ve teknolojinin sunduğu imkânlar, bireylerin yaşam tarzlarını şekillendirmekte ve yeni sosyo-kültürel alışkanlıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu dönüşüm, mahremiyetin sınırlarını esnetmekte ve bireylerin tüketim alışkanlıklarını kamusal alanda sergileme eğilimini artırmaktadır. Nitekim kullanılan cep telefonu modeli, tercih edilen tatil destinasyonları gibi unsurlar, yalnızca bireysel tercihler değil, aynı zamanda toplumsal statünün bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, teknolojinin yalnızca bir iletişim ve bilgi paylaşım aracı olmanın ötesinde, meta fetişizmi ve gösterişçi tüketimi teşvik eden bir mekanizmaya dönüşmesine neden olabilmektedir (Özkantar, 2019). Bu tehditler, özellikle dezavantajlı gruplar açısından mahremiyet ihlalleri, veri güvenliği ve dijital hakların korunması konusunda ciddi riskler oluşturmaktadır. Kişisel verilerin kontrolsüz bir şekilde işlenmesi, bu grupların hassas bilgilerinin ifşa olmasına, ayrımcılığa maruz kalmasına ve dijital ortamda hak kayıpları yaşamasına neden olabilmektedir.

Son yıllarda dijital sistemlerin kullanımı giderek yaygınlaşmış ve farklı yaş grupları arasında çeşitli şekillerde benimsenmiştir. Yaşlılar her ne kadar gençlere kıyasla teknolojiyi kullanma noktasında daha çekimser olsalar da gün geçtikçe daha aktif bir şekilde internette yer almaktadır. Yaşlı bireylerin internet kullanım oranları da yıllar içinde önemli ölçüde artmıştır. TÜİK verilerine göre 2004 yılında 55-64 yaş arası internet kullanım oranı %1.6, 65-74 yaş arası internet kullanım oranı %0.4 iken, 2022 yılı itibarıyla bu oranlar

sırasıyla %64.2 ve %36.6'ya yükselmiştir (TÜİK, 2022). Ancak, TÜİK'in 2024 yılı verilerinde yaş gruplarına özel bir ayrım bulunmamaktadır. Genel olarak, 16-74 yaş grubundaki bireylerin internet kullanım oranının %88,8 olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2024). Genç yetişkinler arasında akıllı telefonlar, bilgisayarlar ve akıllı saatler gibi cihazların kullanımı daha yaygınken, yaşlı bireyler için teknolojik çözümler, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla daha işlevsel bir rol üstlenmektedir. Bu bağlamda, yaşlı bireyler arasında dijital sağlık teknolojilerinin kullanımı giderek önem kazanmaktadır. Sıklıkla tercih edilen dijital sağlık sistemleri arasında tele-sağlık uygulamaları, robotik sağlık çözümleri, giyilebilir teknolojiler, akıllı ev sağlık sistemleri ve sanal gerçeklik tabanlı sağlık uygulamaları yer almaktadır. Bu teknolojik sistemler, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma, hasta takibini optimize etme ve yaşlı bireylerin bağımsız yaşamlarını destekleme gibi birçok avantaj sunsa da aynı zamanda çeşitli etik sorunlara da yol açabilmektedir. Özellikle, bu sistemlerin yaygınlaşmasıyla birlikte bireylerin sürekli izlenmesi, denetim altında tutulması ve karar alma süreçlerinde daha pasif bir konuma itilmesi gibi faktörler, mahremiyetin ihlali ve bireysel otonominin azalması gibi etik sorunları gündeme getirmektedir. Bununla birlikte, bu dijital sağlık sistemleri sayesinde yaşlı bireylerin izlenmesi, bakımı ve tedavi süreçleri uzaktan yürütülebilmekte, bu da sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği açısından yeni olanaklar sunmaktadır (Özdemir, 2024).

Özellikle Facebook, Instagram ve TikTok gibi dijital platformlar, bireylerin mahremiyet algısını ve toplumsal etkileşim biçimlerini köklü bir şekilde değiştirmiştir. Bireyler, sosyal medyada varlıklarını takipçi ve beğeni sayılarıyla kanıtlama çabasına girmekte, mahrem anlarını kamuoyuna sunarak dijital teşhir kültürüne katkıda bulunmaktadır (Barkuş & Koç, 2019). Özellikle "Instagram anneleri" tarafından çocukların reklam gelirleri elde etme amacıyla kullanılması, çocuk mahremiyetinin ciddi anlamda ihlal edilmesine yol açmaktadır (Choi & Lewallen, 2018; Parsa & Akmeşe, 2019).

Aşırı sosyal medya kullanımı, zamanla sosyal medya ve internet bağımlılığına yol açarak bireyleri siber saldırı, siber zorbalık ve taciz gibi olumsuz durumlara maruz bırakabilmektedir (Widyanto & Griffiths, 2006; Vandebosch & Van Cleemput, 2009; Sengupta & Chaudhuri, 2011; Notar ve ark., 2013; Lopez-Fernandez, 2018). Özellikle "beğeni bağımlılığı", gençler için ciddi bir sorun haline gelmiştir. Beğeni sayılarının herkes tarafından görülmesi, gençlerin akran onayına daha fazla bağımlı hale gelmesine neden olmakta, özgüvenlerini artırmak ya da zedelemek suretiyle psikolojik dalgalanmalara yol açmaktadır. Bu süreç, sanal ve gerçek kimlik arasındaki farkın açılmasına ve zamanla kişilik bozukluklarına dönüşmesine neden olabilmektedir (Schmidt, 2020).

Siber zorbalık, özellikle çocukların ve gençlerin sosyal ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyerek ciddi psikolojik travmalara yol açabilmektedir.

Geleneksel akran zorbalığına kıyasla daha yıkıcı bir etkiye sahip olan siber zorbalık, mağdurların her an ve her yerde erişilebilir olması nedeniyle kaçışı neredeyse imkânsız hale getirmektedir. Ayrıca, dijital ortamın hızlı yayılım gücü sayesinde siber zorbalık çok daha geniş kitlelere ulaşabilmekte ve mağdur üzerindeki baskıyı artırmaktadır. Özellikle ergenlik döneminde, cinsel içerikli yorumlar, paylaşımlar, görseller ve fotoğraflar akranlar tarafından zorbalık amacıyla kullanılmakta ve dijital mahremiyetin en fazla ihlal edildiği durumlar arasında yer almaktadır (Güran Yiğitbaşı & Çelik, 2023).

Çocukların ve gençlerin internet aracılığıyla cinsel içerikli sitelere kolay erişimi, mahremiyet algılarının değişmesine ve erken yaşta cinsel kimlik gelişimlerine olumsuz etki etmesine neden olabilmektedir (Rothman & Adhia, 2015). Bunun yanı sıra, sosyal medya üzerinden çocuklara yönelik uygunsuz içerik talepleri, cinsel istismar vakalarına ve psikolojik travmalara yol açabilmektedir (Altıntaş, 2022). Gençler arasındaki “sexting” (cinsel içerikli mesajlaşma), rızaya dayalı gibi görünse de utandırma, taciz ve istismar gibi ciddi sonuçlara yol açarak mağdurların ciddi sosyal ve psikolojik baskılarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (Zhang, 2010; Machimbarrena ve ark., 2018; Setty, 2019).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dijitalleşme süreci, bireylere çeşitli avantajlar sunarken, mahremiyet ihlalleri ve veri güvenliği açısından önemli riskleri de beraberinde getirmektedir. Özellikle dezavantajlı gruplar, bu risklerden daha fazla etkilenmekte ve dijital ortamda ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Kişisel verilerin kontrolsüz bir şekilde işlenmesi, bireylerin mahremiyetine zarar vermekte ve hukuki düzenlemelerin yetersizliği bu süreci daha da riskli hale getirmektedir. Bu çerçevede bireylerin dijital mahremiyet konusunda bilinçlenmesini sağlamak amacıyla dijital okuryazarlık eğitim programları oluşturulması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ayrıca çocukların ve gençlerin dijital ortamda karşılaşabileceği riskler konusunda ebeveynlerin ve eğitimcilerin farkındalıklarının artırılması dijital haklarını koruma bilinciyle hareket etmesi ve bireylerin veri güvenliğini koruyacak yazılımları kullanmalarının teşvik edilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda kişisel verilerin korunması ve siber zorbalıkla mücadele için yasal düzenlemeler ile veri güvenliği konusundaki önlemleri arttırılmalıdır. Dijitalleşme sürecinde güvenli ve etik bir kullanım anlayışı geliştirmek, bireylerin haklarını koruyarak daha sağlıklı bir dijital toplum inşa edilmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Altıntaş, M. E. (2022). Ailede mahremiyet eğitimi. In H. Ş. Albayrak (Ed.), *Tüm yönleriyle mahremiyet* (pp. 405-431). Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- Arpat, B., & Berten, B. (2019). Dezavantajlı grupların iş sağlığı ve güvenliği. In Y. K. Yasım (Ed.), *İşgücü piyasasında dezavantajlı gruplar* (pp. 215-241). TAEM.
- Barkuş, F., & Koç, M. (2019). Dijital mahremiyet kavramı ve ilgili çalışmalar üzerine bir derleme. *Bilim Eğitim Sanat ve Teknoloji Dergisi*, 3(1), 35-44.
- Baştürk, E. (2020). *Çevrim içi riskler ve siber zorbalık*. İstanbul: Elma Yayınevi.
- Bostancı, M. (2022). İnternet ve sosyal medyanın ifşa kültürü. In H. Ş. Albayrak (Ed.), *Tüm yönleriyle mahremiyet* (pp. 353-364). Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- Brigham T. J. (2017). Reality Check: Basics of Augmented, Virtual, and Mixed Reality. *Medical reference services quarterly*, 36(2), 171-178. <https://doi.org/10.1080/02763869.2017.1293987>
- Caviglione, L., & Coccoli, M. (2011). Privacy problems with Web 2.0. *Computer Fraud & Security*, 2011(10), 16-19. [https://doi.org/10.1016/S1361-3723\(11\)70104-X](https://doi.org/10.1016/S1361-3723(11)70104-X)
- Choi, G. Y., & Lewallen, J. (2017). "Say Instagram, Kids!": Examining Sharenting and Children's Digital Representations on Instagram. *Howard Journal of Communications*, 29(2), 144-164. <https://doi.org/10.1080/10646175.2017.1327380>
- Di Pietro, R., & Cresci, S. (2021). Metaverse: Security and privacy. Retrieved from https://crlab.net/wpcontent/uploads/2021/12/Metaverse_Security_and_Privacy_Issues.pdf
- Düzgüner, S. (2022). Mahremiyetin tanımı, sınıflandırılması ve boyutları. In H. Ş. Albayrak (Ed.), *Tüm yönleriyle mahremiyet* (pp. 19-36). Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- Geçer, E. (2022). Teknolojik mahremiyetin psikolojik imkânı üzerine bir değerlendirme. In H. Ş. Albayrak (Ed.), *Tüm yönleriyle mahremiyet* (pp. 509-526). Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- Güleç, V. (2018). Aile ilişkilerinin sosyal medyayla birlikte çöküşü. *Yeni Medya Elektronik Dergisi*, 2(2), 105-120. <https://doi.org/10.17932/IAU.EJNM.25480200.2018.2/2.105-120>
- Güran Yiğitbaşı, K., & Çelik, S. (2023). Dijital dünyada mahremiyet, ebeveynlik ve çocuklar: Afyonkarahisar örneği. *TRT Akademi*, 8(19), 846-875. <https://doi.org/10.37679/trta.1365718>
- Karahasanovic, A., Brandtzæg, B., Vanattenhoven, J., Lievens, B., Nielsen, K. T., & Pierson, J. (2009). Ensuring trust, privacy, and etiquette in Web 2.0 applications. *Computer*, 42(6), 42-49. <https://doi.org/10.1109/MC.2009.186>
- Kırık, A. M. (2014). Aile ve çocuk ilişkisinde internetin yeri: Nitel bir araştırma. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 337-347.

- Korkmaz, İ. (2013). Facebook ve Mahremiyet: Görmek ve Gözetle(n)mek. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(5). <https://doi.org/10.17828/yasbed.65699>
- Lopez-Fernandez O. (2018). Generalised versus specific internet use-related addiction problems: A mixed methods study on internet, gaming, and social networking behaviours. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 15(12), 2913. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122913>
- Lukács, A. (2016). What is privacy? The history and definition of privacy. In Tavaszi Szél 2016 = Spring Wind 2016. Tanulmánykötet. I. kötet: Agrártudomány, állam- és jogtudomány, föld- és fizikatudomány, had- és rendészettudomány (pp. 256-265). Doktoranduszok Országos Szövetsége. <http://publicatio.bibl.u-szege.hu/10794/7/3188699.pdf>
- Lyon, D. (2006). Gözetlenen toplum: Günlük hayatı kontrol etmek (G. Soykan, Çev.). Kalkedon Yayınları.
- Niedzwiecki, H. (2010). Dikizleme günlüğü: Kendimizi ve komşularımızı gözetlemeyi niçin bu kadar sevdik? (G. Gündüç, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Notar, C. E., Padgett, S., & Roden, J. (2013). Cyberbullying: A review of the literature. *Universal Journal of Educational Research*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.13189/ujer.2013.010101>
- Okmeydan, S.B. (2017). Postmodern kültürde gözetim toplumunun dönüşümü: 'Panoptikon'dan 'Sinoptikon' ve 'Omniptikon'a. *AJIT-E: Academic Journal of Information Technology*, 8(30), 45-69. <https://doi.org/10.5824/1309-1581.2017.5.003.x>
- Özdemir, F. A. (2024). Dijital dünyada yaşlılık ve etik. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 10(2), 30-33.
- Özkantar, M. Ö. (2019). Meta fetişizminin gölgesinde eriyen hayatlar: Türk TV'lerinde otomobil reklamları ve tüketim toplumu. *Medya ve Kültürel Çalışmalar Dergisi*, 1(1), 17-35.
- Öztekin, H., & Öztekin, A. (2010). Modernleşme-mahremiyet ilişkisi ve siber mekânda mahremiyetin aleniyete dönüşmesi. *E-Journal of New World Sciences Academy*, 5(4), 526-540.
- Parsa, A. F., & Akmeşe, Z. (2019). Sosyal medya ve çocuk istismarı: Instagram anneleri örneği. *Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 163-191. <https://doi.org/10.21798/kadem.2019153622>
- Rothman, E. F., & Adhia, A. (2015). Adolescent pornography use and dating violence among a sample of primarily Black and Hispanic, urban-residing, underage youth. *Behavioral Sciences*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.3390/bs6010001>
- Rudman, R., & Steenkamp, L. (2012). Changing behaviour: Web 2.0 usage and security practices of online users. In *Proceedings of the International Conference on Information Communication Technologies in Education* (pp. 392-402).
- Schmidt, M.K. (2020). *Ekran Çocukları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Sengupta, A. & Chaudhuri, A. (2011). Are social networking sites a source of online harassment for teens? Evidence from survey data. *Children and Youth Services*

Review, 33(2), 284-290.

- Setty, E. (2019). A rights-based approach to youth sexting: Challenging risk, shame, and the denial of rights to bodily and sexual expression within youth digital sexual culture. *International Journal of Bullying Prevention*, 1(4), 298–311. <https://doi.org/10.1007/s42380-019-00050-6>
- Soria-Comas, J., & Domingo-Ferrer, J. (2016). Big data privacy: Challenges to privacy principles and models. *Data Science and Engineering*, 1(1), 21–28. <https://doi.org/10.1007/s41019-015-0001-x>
- Steyer, J. P. (2014). Facebook çağında çocuk büyötmek (A. Birkan, Çev.). İstanbul, Doğan Kitap.
- Şentürk, D. Ü. (2008). Aile kurumuna yönelik güncel riskler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 14(14), 7-32. <https://doi.org/10.21560/spcd.65610>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Cinsiyete ve yaş grubuna göre bireylerin son 3 ay içinde internet kullanım oranı. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=bilgi-teknolojileri-ve-bilgitoplumu-102&dil=1>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). Hanehalkı bilişim teknolojileri (BT) kullanım araştırması 2024. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Buluten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-%28BT%29-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492>
- Vandebosch, H., & Van Cleemput, K. (2009). Cyberbullying among youngsters: Profiles of bullies and victims. *New Media & Society*, 11(8), 1349–1371. <https://doi.org/10.1177/1461444809341263>
- Wang, Y., Su, Z., Zhang, N., Xing, R., Liu, D., Luan, T. H., & Shen, X. (2023). A survey on metaverse: Fundamentals, security, and privacy. *IEEE Communications Surveys & Tutorials*, 25(1), 319-352. <https://doi.org/10.1109/COMST.2022.3202047>
- Widyanto, L., & Griffiths, M.D. (2006). ‘Internet addiction’: A critical review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 31-51. <https://doi.org/10.1007/s11469-006-9009-9>
- Yıldırım, İ. (2021). Sosyal Medya, dijital bağımlılık ve siber zorbalık ekseninde değişen aile ilişkileri üzerine bir değerlendirme. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(5), 1237-1258.
- Zhang, X. (2010). Charging children with child pornography–Using the legal system to handle the problem of “sexting. *Computer Law & Security Review*, 26(3), 251-259. <https://doi.org/10.1016/j.clsr.2010.03.005>



İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE YAŞLI SAĞLIĞI

“ ”

Eda ÜNAL¹

¹Doç. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı), e-mail: edaunal@uludag.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9247-9594.

Giriş

İklim değişikliği, 21. yüzyılda önemli bir halk sağlığı sorunudur ve tüm ülkeler iklim değişikliğinin zorluklarıyla mücadele etmektedir (Kurnaz, 2023; Tümer, İpek ve Ercan, 2024). İklim değişikliği, hava sıcaklıklarında ve hava olaylarındaki uzun vadeli değişimleri ifade etmekle beraber iklim değişikliğinin ana nedeni insan faaliyetleri sonucu oluşan fosil yakıtların yakılması sonucu ortaya çıkan karbon salınımıdır (Şengül ve Murat, 2024). Dünya Meteoroloji Örgütü'nün 2025'te yayımlanan Küresel İklim Geçici Durum Raporu atmosferdeki sera gazlarından karbondioksit (CO₂), metan (CH₄) ve nitroz oksit (N₂O) konsantrasyonlarının sağlıklı seviyeye ulaştığını, küresel ortalama sıcaklığın sanayi öncesi döneme göre 1,4 °C daha yükseldiğini göstermektedir (Dünya Meteoroloji Örgütü, 2025). Küresel iklim değişikliğine neden olan sıcaklık artışı, sağlıklı hava kalitesine, buzulların erimesi sonucu deniz seviyesinin yükselmesine, kuraklık, sel, fırtına gibi olayların sıklık ve şiddetinin artmasına ve buna bağlı tarım alanlarının azalmasına, barınma sorunlarına gıda ve su hijyen güvensizliğine neden olmaktadır (Montoro-Ramírez, Parra-Angueta, Álvarez-Nieto, Parra ve López-Medina, 2024; Schenk, Cook, Demorest ve Burduli, 2021; Tuğaç, 2022). Ayrıca yükselen sıcaklıklar hastalık vektörlerinin üremesi ve hastalıkların yayılması için elverişli koşulların oluşmasını sağlayarak bulaşıcı hastalık prevalansını artırır (Leal Filho, Ternova, Parasnis, Kovaleva ve Nagy, 2022). İklim değişikliği kardiyovasküler (Rastegar vd., 2024), solunum (Ünal, Özdemir, Khanjani, Dastoorpoor ve Özkaya, 2022), nörolojik (Jilanee vd., 2025), psikolojik (Jilanee vd., 2025) endokrin (Feng vd., 2025) gibi sorunlara yol açmaktadır. Şu haliyle mevcut sıcaklık seviyeleri korunsa bile iklim değişikliği ve etkilerinden kaynaklı ölümlerin artacağı tahmin edilmektedir (Montoro-Ramírez vd., 2024). Yaşlanma dünya da ve ülkemizde giderek artmaktadır ve bu artışın 2050 yılına gelindiğinde 60 yaş ve üzeri nüfusun 2,1 milyara çıkacağını, 80 yaş ve üzeri nüfusun sayısının ise 426 milyona ulaşacağı belirtmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2025a). İklim değişikliği yaşanan bireyleri daha fazla etkilemektedir. Yaşlanma geriatrik sendromların yaşanmasına neden olmaktadır. İklim değişikliğinden en çok etkilenen geriatrik sendromlar bilişsel işlev bozukluğu, fonksiyonel bozukluk, kırılganlık, komorbidite ve polifarmasidir (Kondakçı, 2024).

Hemşireler, dünya genelinde sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır ve güvenilirlikleri ve iklim açısından savunmasız popülasyonlara yakınlıkları nedeniyle iklim değişikliğini önleme ve azaltma girişimlerine öncülük etme konusunda önemli bir konumdadır (Bernhardt vd., 2023). Hemşireler, iklim değişikliğinin etkisini azaltan halk sağlığı politikalarını teşvik etmede lider olmak için iyi bir konumdadır (Lee, Huang, Yan, Lui ve Ye, 2024).

İklim Değişikliği

İklim değişikliği, doğrudan veya dolaylı olarak daha çok insan faaliyetleri sonucu küresel atmosferin bileşimini değiştiren karşılaştırılabilir zaman dilimlerinde gözlenen doğal iklim değişkenliğine ek olan iklimdeki her türlü değişiklik olarak tanımlanmaktadır (Dündar ve Özsoy,2020; Intergovernmental Panel on Climate Change, 2023). İklim değişikliği, sera etkisi oluşturan gazların yoğunluğunun atmosferde artmasıyla sıcaklıktaki artış ve azalışlar, yağışlardaki değişimler, şiddetli hava olaylarının artışı gibi iklim sisteminin özelliklerindeki değişiklikleri kapsar (Upadhyay, 2020). İklim değişikliğinin insan sağlığı üzerine etkileri çok boyutludur ve hem fiziksel sağlığı hem de ruhsal sağlığı olumsuz etkiler (Dündar ve Özsoy,2020). Dünya Sağlık Örgütü (2025), iklim değişikliğini hava kirliliği, ısı artışı, gıda güvensizliği, bulaşıcı hastalıkların yayılımı ve psikolojik stres gibi çok sayıda sağlık tehdidini artıran en önemli küresel risk faktörü olarak belirtmektedir. İklim değişikliğinin neden olduğu çevresel bozulma, su kaynaklarının azalması, hava kalitesinin düşmesi ve tarım ürünlerinin verimsizleşmesi bireylerin sağlıklı yaşam hakkını tehdit etmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2025b). İklim değişikliği akut olarak ortaya çıkan doğrudan etkiler ile su kullanımı ve gıda tedarikinden kaynaklanan hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum hastalıkları, alerjiler, nörolojik bozukluklar, vektör kaynaklı hastalıklar, stresle ilişkili hastalıklar dolaylı olarak ortaya çıkan etkilerdir (Eren ve Yıldız, 2024). İklim değişikliği çevresel etkilerinin yanı sıra ciddi sosyal, ekonomik, toplumsal sonuçları olan bir durumdur. İklim değişikliğinin yol açtığı doğal afetler, işsizlik, su ve gıda yokluğu, geçim kaynaklarının etkileri özellikle az gelişmiş ülkeler, düşük gelir grupları ve dezavantajlı toplulukları daha derin etkilemektedir. İklim değişikliği özellikle çocuklar, gebeler, yoksullar, yaşlılar ve göçmenler gibi savunmasız grupları daha fazla etkilemektedir (Uçar ve Bilgin, 2025). İklim değişikliği, sağlıkla ilişkili sosyal belirleyicileri (su, gıda, barınma vb.) zayıflatmakta, vektör kaynaklı hastalıkları artırmakta ve kırılgan topluluklarda sağlık sorunlarını derinleştirmektedir. İklim değişikliğinde savunmasız gruplar arasında yer alan yaşlılar özellikle termoregülasyonu azalması ve bağışıklığı zayıflamasından dolayı risklidir (Madani Hosseini, Zargoush ve Ghazalbash, 2024).

Yaşlı Sağlığı

Yaşlanma doğumla başlayan ölüme kadar devam eden hücrelerin ve sistemlerin geri dönüşümsüz dejenerasyonundan kaynaklanan doğal bir süreçtir (Çivili ve Özdemir, 2025). Yaşlılık fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kronolojik değişikliklerden oluşur (Ünal ve Özdemir, 2019). Fizyolojik yaşlılık yapısal ve fonksiyonel kayıpları ifade etmek için kullanılırken psikolojik yaşlılık ise algılama, öğrenme ve problem çözme yeteneğindeki azalmaları ifade etmek için kullanılır ve sosyolojik yaşlılık ise toplumun bireylere verdiği değerlerdeki azalmaları ve kayıpları ifade etmek için kullanılır (Ünal ve Özdemir, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, 2030 yılına kadar dünyadaki her 6 kişiden 1'inin 60 yaş ve üzeri olacağını, 60 yaş ve üzeri nüfusun oranı 1,4 milyara yükseleceğini, 2050 yılına kadar 60 yaş ve üzeri nüfusun 2,1 milyara çıkacağını, 80 yaş ve üzeri nüfusun sayısının ise 426 milyona ulaşacağını belirtmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2025a). Kırılganlık, fizyolojik rezervlerde ve vücut kitlesinde azalma, fiziksel deformite, yavaşlık, güçsüzlük, düşük fiziksel aktivite düzeyi ve stres toleranssızlığı, tükenmişlik gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla karakterize edilen bir geriatrik sendromdur ve ölümle sonuçlanabilir (Forman ve Alexander, 2016).

İklim Değişikliğinin Yaşlı Bireylerin Sağlığı Üzerine Etkisi

İklim değişikliğinin etkilediği savunmasız gruplar arasında yer alan 65 yaş üstü nüfus, özellikle iki faktörden dolayı olumsuz sağlık etkilerine maruz kalmaktadır. Bunlar yaşla birlikte fizyolojik değişiklikler ve sosyoekonomik eşitsizliklerdir. Yaşlanma, termoregülasyonu azaltır ve bağışıklığı zayıflatır, bu da iklim olayları sırasında riskleri artırır (Madani Hosseini vd., 2024). Yaşlanma dolaşım fizyolojisinde değişikliklere neden olur ve yaşlı bireylerin çevrelerindeki ani değişikliklere uyum sağlama yeteneklerini azaltır (Chang, Tan, Nadeau ve Odden, 2022). Yaşlı bireylerin düşük sosyoekonomik ve düşük eğitim düzeyi gibi sağlığın sosyal belirleyicileri; yetersiz aile ve sosyal ağları ve daha az uyum yeteneğine sahip olmaları onların sağlık risklerini daha da artırır (Montoro-Ramírez vd., 2024).

Sıcaklık, termoregülasyon yeteneğindeki terlemenin azalması ve cilt kan akışındaki değişiklikler nedeniyle yaşlı bireylerde hastalık morbiditesini ve mortalitesini artırmaktadır (Henderson, McLean, Lee ve Kosatsky, 2022; Romanello vd., 2021; Layton vd., 2020). Yaşlı bireyler özellikle sıcak hava dalgalarının neden olduğu sağlık risklerine karşı hassastır (Romanello vd., 2021). Sıcak hava dalgasının yaşandığı zaman dilimlerinde sıcak hava dalgasının yaşanmadığı zaman dilimlerine göre kardiyovasküler ve solunum sistemli hastalıklar kaynaklı ölüm riskleri artmaktadır (Silveira, Cortes, Bell ve Junger, 2023). Günlük sıcaklık değişimleri, kardiyovasküler, sindirim, genitoüriner ve solunum yolu acil başvurularını artırmaktadır. Bu etkiye yaş (≥ 75 yaş), cinsiyet (kadın) ve yılın zamanı (soğuk mevsim) daha fazla sebep olmaktadır (Kang vd., 2021; Montoro-Ramírez vd., 2024).

Sıcaklığın artması antihipertansif ilaç kullanan yaşlı bireylerde böbrek fonksiyonlarını azaltmakta (Sagy vd., 2016), 85 yaş üstü kişilerde, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlarda böbrek, solunum, ısıya bağlı nedenlerden dolayı hastaneye yatış riskini artırmaktadır (Gronlund, Zanobetti, Wellenius, Schwartz ve O'Neill, 2016). Aşırı sıcaklıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, kronik konjestif kalp yetmezliği gibi alta yatan kronik bir hastalığı sahip veya akut miyokard enfarktüsü geçirmiş yaşlılarda kardiyovasküler ölüm riski artırmaktadır (Montoro-Ramírez vd., 2024).

Yüksek sıcaklıklara ve düşük iç ortam hava kalitesine sahip konutlarda yaşayan yaşlılarda kalp atış hızında artış ve kan basıncında bir düşüş olur (Fink, Eržen, Medved ve Kastelec, 2015). Hollanda'da yapılan bir araştırma da dış ortam sıcaklığı uygun olsa bile iç ortam sıcaklığının yüksek olması yaşlı bireylerin susuzluk, aşırı terleme ve uyku bozukluğu gibi rahatsız edici semptomlar yaşadığını göstermiştir (Van Loenhout vd., 2016).

Hava kirleticilerinden partikül maddeler PM10, PM2,5, kükürt dioksit (SO₂), karbon monoksit (CO), azot dioksit (NO₂) ve ozon (O₃) gibi en yaygın gaz halindeki kirleticilerin insanlarda kardiyovasküler hastalıkları çeşitli derecelerde etkilemektedir. Bu maddelere kısa süreli maruziyet solunum yolu hasarı, miyokard enfarktüsü, inme ve kalp yetmezliğinin alevlenmesi gibi akut sebepler nedeniyle kardiyovasküler yatış insidansını artırmaktadır (Rajagopalan, Al-Kindi ve Brook, 2018). Bu maddelere uzun süreli maruz kalma ise koroner ateroskleroz gibi kronik kalp hastalıklarının; hipertansiyon, diyabet gibi kardiyometabolik risk faktörlerinin ilerlemesine sebep olmaktadır (Rajagopalan vd., 2018). Artan sıcaklık ve havadaki PM2.5'un kardiyovasküler sağlığı kötüleştirmekte ve ölüm oranını artırmakta, yer yüzeyindeki ozon seviyesinin yükselmektedir (Malik vd., 2019). Ayrıca sıcak hava ve fazla yağışın atmosferde bulunan polen ve küf sporlarının sayısında artışa yol açmakta bu da miyokard enfarktüsü ve inme nedeniyle acil servis başvuranlarında artışa neden olmaktadır (Schuliga, Read ve Knight, 2021).

Yaşlı bireyler, yaşları ve hastalık yükleri yanında komorbiditeye sahip olmaları ve bunun sonucunda polifarmasi nedeniyle de aşırı sıcaklık olaylarına karşı savunmasızdır (Layton vd., 2020). Kronik rahatsızlıkları olan yaşlı hastalarda yaygın olarak kullanılan bazı ilaç sınıfları, bu bireyleri ısıya bağlı komplikasyonlara yatkın hale getirir. Kalp yetmezliği ve kronik böbrek hastalığı için kullanılan diüretik ilaçlar vücut kan hacmini azaltarak dehidratasyona karşı savunmasızlığı artırır. Kronik rahatsızlıkları ve sıcaklık nedeniyle anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokleri, antikolinergik ilaç, antipsikotik veya diüretik ilaç kullanan yaşlı bireyler daha fazla risk altındadır (Layton vd., 2020). Kalp yetmezliği veya obstrüktif koroner hastalığı gibi miyokardiyal kasılmayı engelleyen problemlerle yaşayan hastaların, ısı regülasyonunun sağlanma riski altında kardiyak iskemi geliştirme olasılığı yüksektir ve bu da kardiyojenik şok veya miyokard enfarktüs riskini artırır (Chang vd., 2022). Kısa ve uzun süreli hava kirliliğine maruz kalma akut koroner sendromu, felç yatış oranlarını ve ölüm oranlarını artırmaktadır (Motesaddi Zarandi vd., 2022; Olaniyan vd., 2022).

İklim değişikliğinin neden olduğu sıcaklık nedeniyle buzullar erir ve bunun sonucunda küresel deniz seviyelerinin yükselir, yükselen deniz seviyesi sellere neden olur bu da su şebeke altyapısının bozulması kaynaklı ishalleri hastalık riskini artırır (Bukvic, Gohlke, Borate ve Suggs, 2018). İklim değişikliği, zoonotik hastalıkların bulaşma olasılığının artırır (Beyer, Manica ve Mora, 2021).

İklim Değişikliğinin Yaşlı Bireyler Sağlığı Üzerine Etkisini Önleme ve Azaltmada Halk Sağlığı Hemşirelerinin Rollerini

İklim değişikliği ve yaşanan nüfusun sağlığı üzerindeki etkileriyle mücadelede hemşireler, klinik bakım ve halk sağlığı uzmanlarının entegrasyonu önemlidir. Hekimler, hemşireler ve toplum sağlığı çalışanları bireylerin kronik hastalıklarının önlenmesinde kritik bir rol oynayarak, yaşlandıkça iklim değişikliğine bağlı risklerini azaltabilirler. Bu bağlamda aile hekimleri ve halk sağlığı hemşireleri nüfusuna kayıtlı savunmasız yaşlıların kayıtlarını tutabilir. İklim değişikliğine bağlı bir doğal afet olduğunda, bu kayıtlar yerel halk sağlığı birimleri ile iş birliği içinde takip için kullanılabilir (Deering, 2023). Özellikle hemşirelerin halk tarafından güvenilir olmaları, sağlık profesyonelleri arasında büyük bir işgücünü oluşturması, hastaları eğitime ve halk sağlığını koruma görevlerine sahip olmaları nedeniyle iklim değişikliği konusunda harekete geçmek için özellikle uygun konumdadırlar (Gaudreau, Guillaumie, Jobin ve Diallo, 2024). Hemşireler iklim değişikliğine yönelik halk sağlığı çalışmalarını teşvik etme, politika, savunuculuk, araştırma, uygulama ve eğitimle ilgili disiplinler arası uzmanlık sağlamada önemlidir. Halk sağlığı hemşireleri, topluluklar, bireyler ve meslektaşları adına fosil yakıt kullanımı, iklim değişikliği ve sağlık arasındaki ilişki hakkında eğitim verebilirler. Hemşireler ayrıca ev ve araçlarında yenilenebilir enerji kullanımında rol model olabilirler (Rosa, Schenk, Travers ve Nicholas, 2019). Hemşireler toplumun hem binalarda hem de ulaşımda yenilenebilir enerji kaynaklarına geçişine yardımcı olmayı sağlar. Hemşireler, daha düşük sera gazı emisyonu ve daha az atık üretecek sürdürülebilir tarım için seslerini yükseltebilir ve aşırı tüketimi ve ortaya çıkan atıkların sorumlu bir şekilde ele alınmasında öncü olabilir. Atıkları dikkatlice ayırarak yeniden kullanmak, geri dönüştürmek ve kompostlamak, aynı zamanda metan üreten çöplükleri en aza indirmek suretiyle bu zararlar azaltılabilir (Rosa vd., 2019). Sağlık eşitsizliklerini önlemek için çevresel riskleri değerlendirmek, özellikle savunmasız veya risk altındaki grupları bilgilendirmek, iklim değişikliğine karşı savunmasız nüfusları ve coğrafi alanları belirlemek ve bu risklerin en çok kimi etkileyeceğine hazırlıklı olmalıdır (Butterfield, Leffers ve Vásquez, 2021). Halk sağlığı hemşireleri yaşlılarda meydana gelecek sosyal yetersizliklerin azaltılmasında savunucu rollerini, stresörlerin olumsuz etkilerine karşı baş etme mekanizmasını güçlendirme, sağlığın geliştirilmesi ve olumlu sağlık davranışı geliştirmek yönünde eğitimler verebilir (Ekici, 2022).

Sonuç

Günümüzde ve gelecekte küresel yaşlanma ve iklim değişikliği önemli sorunları oluşturmaktadır. İklim değişikliği sıcak, soğuk hava dalgaları, hava kirliliği, aşırı hava olayları, bulaşıcı hastalıklar, temiz su ve gıdaya erişim yetersizlikleri nedeniyle yaşlı bireylerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Doğal yaşlanma fizyolojisi yaşlıları iklim değişikliğine daha savunmasız hale

getirir. İklim değişikleri nedeniyle bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansını, mortalite oranlarını etkiler. Hemşireler özellikle nüfusa dayalı çalışan halk sağlığı hemşireleri olumsuz etkilere karşı yaşlı bireyleri eğitmek ve sağlıklı yaşam davranış kazandırmalıdır. İklim değişikliğinin yaşlılar üzerindeki etkisini azaltmak için disiplinler arası, kuramlar arası iş birlikleri yapılmalı, planlar ve politikalar oluşturulmalıdır.

Kaynakça

- Bernhardt, J. M., Sipe, M. H., Tagliareni, M. E., O'Brien, L. B., Donati, C., Evans, L. A., Nicholas, P. K. (2023). Leadership in Nursing Education for Advancing a School of Nursing-Led Center for Climate Change, Climate Justice, and Health. *Journal of Nursing Education*, 62(9), 528-531. <https://doi.org/10.3928/01484834-20230509-10>.
- Beyer, R. M., Manica, A., Mora, C. (2021). Shifts in global bat diversity suggest a possible role of climate change in the emergence of SARS-CoV-1 and SARS-CoV-2. *Science of the Total Environment*, 767, 145413. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.145413>.
- Bukvic, A., Gohlke, J., Borate, A., Suggs, J. (2018). Aging in flood-prone coastal areas: Discerning the health and well-being risk for older residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2900. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122900>.
- Butterfield, P., Leffers, J., Vásquez, M. D. (2021). Nursing's pivotal role in global climate action. *Bmj*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1049>.
- Chang, A. Y., Tan, A. X., Nadeau, K. C., Odden, M. C. (2022). Aging hearts in a hotter, more turbulent world: the impacts of climate change on the cardiovascular health of older adults. *Current Cardiology Reports*, 24(6), 749-760. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01693-6>.
- Çivili, S., Özdemir, A. (2025). Yaşlanma Sürecinde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. *Hemşirelik ve Ebelikte Güncel Konular I*, 273.
- Deering, S. (2023). Clinical public health, climate change, and aging. *Canadian Family Physician*, 69(4), 233-235. <https://doi.org/10.46747/cfp.6904233>.
- Dünya Meteoroloji Örgütü, (2025) 13 Kasım 2025 tarihinde (<https://wmo.int/sites/default/files/202511/State%20of%20the%20Climate%202025%20Update%20COP30%20%2831%20oct%29.pdf>) adresinden alındı.
- Dünya Sağlık Örgütü, 2025a. Ageing. 13 Kasım 2025 tarihinde https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1 adresinden alındı.
- Dünya Sağlık Örgütü, 2025b. Climate change. 13 Kasım 2025 tarihinde https://www.who.int/health-topics/climate-change#tab=tab_1 adresinden alındı.
- Dündar, T., Özsoy, S. (2020). İklim değişikliğinin kadın üreme sağlığına etkileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(3), 190-198. <https://doi.org/10.17827/aktd.721528>
- Ekici, E. (2022). İklim değişikliklerinin etkilerinin azaltılmasında halk sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 77-88. <https://doi.org/10.54061/jphn.989135>.
- Eren, D. Ç., & Yıldız, M. K. (2024). Is climate change awareness a predictor of anxiety among nursing students?: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 143, 106390. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106390>.

- Feng, X., Tian, Y., Guo, D., Xue, Q., Song, D., Huang, F., Feng, Y. (2025). Quantifying role of source variations on PM_{2.5}-bound toxic components under climate change: measurement at multiple sites during 2018-2022 in a Chinese megacity. *Journal of Hazardous Materials*, 138584. <https://doi.org/10.1016/j.jhazmat.2025.138584>.
- Fink, R., Eržen, I., Medved, S., Kastelec, D. (2015). Experimental research on physiological response of elderly with cardiovascular disease during heat wave period. *Indoor and Built Environment*, 24(4), 534-543. <https://doi.org/10.1177/1420326X13519348>.
- Forman, D.E.; Alexander, K.P. (2016). Frailty: A Vital Sign for Older Adults With Cardiovascular Disease. *Canadian Journal of Cardiology*. 32 (9), 1082-1087. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.05.015>.
- Gaudreau, C., Guillaumie, L., Jobin, É., Diallo, T. A. (2024). Nurses and climate change: a narrative review of nursing associations' recommendations for integrating Climate Change Mitigation Strategies. *Canadian Journal of Nursing Research*, 56(3), 193-203. <https://doi.org/10.1177/08445621241229932>.
- Gronlund, C. J., Zanobetti, A., Wellenius, G. A., Schwartz, J. D., O'Neill, M. S. (2016). Vulnerability to renal, heat and respiratory hospitalizations during extreme heat among US elderly. *Climatic change*, 136(3), 631-645. <https://doi.org/10.1007/s10584-016-1638-9>.
- Henderson, S. B., McLean, K. E., Lee, M. J., Kosatsky, T. (2022). Analysis of community deaths during the catastrophic 2021 heat dome: early evidence to inform the public health response during subsequent events in greater Vancouver, Canada. *Environmental Epidemiology*, 6(1), e189. <https://doi.org/10.1097/EE9.000000000000189>
- Intergovernmental Panel on Climate Change, 2023. Intergovernmental Panel on Climate Change. (2023). AR6 synthesis report: Climate change 2023. 13 Kasım 2025 tarihinde <https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-cycle> adresinden alındı.
- Jilane, S. D. A., Saeed, M., Ahsan, M. U., Farooq, M. U., Ahmed, S., Shahid, H., Sharif, S. (2025). Neurological consequences of climate change: a review of emerging challenges and potential impacts on brain health. *Annals of Medicine and Surgery*, 87(7), 4209-4221. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000003425>.
- Kang, Y., Tang, H., Zhang, L., Wang, S., Wang, X., Chen, Z., Zheng, C., Yang Y., Wang, Z., Huang G., Gao, R. (2021). Long-term temperature variability and the incidence of cardiovascular diseases: a large, representative cohort study in China. *Environmental Pollution*, 278, 116831. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2021.116831>
- Kondakçı, D. D. (2024). Değişen İklimde Yaşlanmak ve İklim Değişikliğini Yaşamak. *Geratrik Bilimler Dergisi*, 7(2), 126-136. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1419542>.
- Kurnaz, M. L. (2023). İklim değişikliği ve uyum süreçlerinde Türkiye. *Resilience*, 7(1),

- 199-208. <https://doi.org/10.32569/resilience.1312684>.
- Layton, J. B., Li, W., Yuan, J., Gilman, J. P., Horton, D. B., Setoguchi, S. (2020). Heatwaves, medications, and heat-related hospitalization in older Medicare beneficiaries with chronic conditions. *PloS one*, 15(12), e0243665. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243665>.
- Leal Filho, W., Ternova, L., Parasnis, S. A., Kovaleva, M., Nagy, G. J. (2022). Climate change and zoonoses: a review of concepts, definitions, and bibliometrics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 893. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020893>.
- Lee, J. J., Huang, Y., Yan, Y., Lui, Y. W., Ye, F. (2024). Integrating climate change and sustainability in nursing education. *Nurse Education Today*, 106290. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106290>.
- Malik, A. O., Jones, P. G., Chan, P. S., Peri-Okonny, P. A., Hejjaji, V., Spertus, J. A. (2019). Association of long-term exposure to particulate matter and ozone with health status and mortality in patients after myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005598. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005598>.
- Madani Hosseini, M., Zargoush, M., Ghazalbash, S. (2024). Climate crisis risks to elderly health: strategies for effective promotion and response. *Health Promotion International*, 39(2), daae031. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae031>.
- Montoro-Ramírez, E. M., Parra-Anguita, L., Álvarez-Nieto, C., Parra, G., López-Medina, I. M. Climate change effects in older people's health: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.16270>.
- Motesaddi Zarandi, S., Hadei, M., Hashemi, S. S., Shahhosseini, E., Hopke, P. K., Namvar, Z., Shahsavani, A. (2022). Effects of ambient air pollutants on hospital admissions and deaths for cardiovascular diseases: a time series analysis in Tehran. *Environmental Science and Pollution Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-17051-y>.
- Olaniyan, T., Pinault, L., Li, C., van Donkelaar, A., Meng, J., Martin, R. V., Hystad, P., Robichaud, A., Ménard, R., Tjepkema, M., Bai, L., Kwong, J.C., Lavigne, E., Burnett, R., Chen, H. (2022). Ambient air pollution and the risk of acute myocardial infarction and stroke: a national cohort study. *Environmental research*, 204, 111975. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111975>.
- Rastegar, A., Ghorbanian, M., Hosseinzadeh, A., Saghi, M. H., Iranpour, S., Mohammadi, A. A., Poureshgh, Y., Rahmanzadeh, E., Hekmatshoa, R., Oghazyan, A., Fattahi, F., Nguyen, P. U. (2024). Investigating the impact of air pollution and temperature changes on emergency admissions (cardiovascular+ respiratory) disease in the city of Bojnord, northeastern Iran. *Heliyon*, 10(7).
- Rajagopalan, S., Al-Kindi, S. G., Brook, R. D. (2018). Air pollution and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(17), 2054-2070.
- Romanello, M., McGushin, A., Di Napoli, C., Drummond, P., Hughes, N., Jamart, L., ...

- & Hamilton, I. (2021). The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*, 398(10311), 1619-1662.
- Rosa, W. E., Schenk, E., Travers, J. L., Nicholas, P. K. (2019). Climate change and health consequences: Engaging public health nursing within the framework of the United Nations Sustainable Development Goals. *Public Health Nursing*, 36(2), 107-108. <https://doi.org/10.1111/phn.12598>.
- Sagy, I., Vodonos, A., Novack, V., Rogachev, B., Haviv, Y. S., Barski, L. (2016). The combined effect of high ambient temperature and antihypertensive treatment on renal function in hospitalized elderly patients. *PloS one*, 11(12), e0168504. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168504>.
- Silveira, I. H., Cortes, T. R., Bell, M. L., Junger, W. L. (2023). Effects of heat waves on cardiovascular and respiratory mortality in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*, 18(3), e0283899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283899>.
- Schuliga, M., Read, J., Knight, D. A. (2021). Ageing mechanisms that contribute to tissue remodeling in lung disease. *Ageing research reviews*, 70, 101405. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101405>.
- Schenk, E. C., Cook, C., Demorest, S., Burduli, E. (2021). Climate, Health, and Nursing Tool (CHANT): Initial survey results. *Public Health Nursing*, 38(2), 152-159. <https://doi.org/10.1111/phn.12864>.
- Şengül, B., Murat, G. (2024). Küresel iklim krizinin sosyal boyutu ve sosyal politika önlemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 15(41), 342-358. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1310015>.
- Tuğaç, Ç. (2022). İklim değişikliği krizi ve şehirler. *Çevre Şehir ve İklim Dergisi*, 1(1), 38-60.
- Tümer, A., İpek, M., Ercan, Z. (2024). Hemşirelik öğrencilerinin iklim değişikliğine ilişkin farkındalık, endişe ve umut düzeyleri: Kesitsel ve ilişkisel araştırma. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 29-38. <https://doi.org/10.54061/jphn.1396915>.
- Uçar, B., Bilgin, N. Ç. (2025). Küresel İklim Değişikliğinin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 11(3), 99-109.
- Upadhyay, R. K. (2020). Markers for global climate change and its impact on social, biological and ecological systems: A review. *American Journal of Climate Change*.
- Ünal, E., & Özdemir, A. (2019). Old age and aging. *Recent Studies in Health Sciences*, 414.
- Ünal, E., Özdemir, A., Khanjani, N., Dastoorpoor, M., Özkaya, G. (2022). Air pollution and pediatric respiratory hospital admissions in Bursa, Turkey: A time series study. *International Journal of Environmental Health Research*, 32(12), 2767-2780. <https://doi.org/10.1080/09603123.2021.1991282>.

Van Loenhout, J. A. F., Le Grand, A., Duijm, F., Greven, F., Vink, N. M., Hoek, G., Zuurbier, M. (2016). The effect of high indoor temperatures on self-perceived health of elderly persons. *Environmental research*, 146, 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2015.12.012>.



YAŞLANAN TOPLUM, YENİDEN DÜŞÜNMEK: YAŞLILIKTA SAĞLIK POLİTİKALARI

“ ”

Nuray GİDER¹

¹ Öğr.Gör. ORCID 0000-0001-5145-0085

1. Giriş

Günümüzde dünya genelinde önemli bir demografik dönüşüm yaşanmaktadır. Küresel ölçekteki demografik dönüşümler incelendiğinde, doğumda beklenen yaşam süresinin uzadığı, doğurganlık oranlarının gerilediği ve uluslararası göçün nüfus yapısını etkileyen belirleyici unsurlardan biri haline geldiği görülmektedir. 2019 sonrasında ortaya çıkan COVID-19 pandemisi, küresel ölçekte nüfus dinamikleri üzerinde belirleyici etkiler yaratan en kritik gelişmelerden biri olmuştur (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023; Birleşmiş Milletler, Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi, Nüfus Bölümü, 2024). Demografik dönüşüm süreciyle beraber toplumların yaş yapısı değişmekte ve toplam nüfus içerisinde yaşlı bireylerin oranı giderek yükselmektedir (Eser ve Küçük Aksu, 2021). Ülkelerin demografik yapısında genç ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranları belirleyici olmakta ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin şekillenmesine yön vermektedir (Uyanık ve Başyigit, 2018). Küresel ölçekte, Birleşmiş Milletler (BM) 60 yaş üzerindeki bireyleri, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 65 yaş üstündeki kişileri yaşlı nüfus kapsamında değerlendirmektedir. 21. yüzyılda yaşlı nüfusun artışı, öne çıkan en belirgin demografik değişimlerden biri olarak kabul edilmekte ve giderek artan yaşlı nüfus oranı, önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir (Keskin ve Koçak, 2023). 2024 Dünya Nüfus Beklentileri Revizyonuna göre 2080 yılı itibarıyla, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının, 18 yaşın altındaki çocuk nüfusunu aşacağı öngörülmektedir. Türkiye ise en hızlı yaşlanan ülkelerden biri olarak dikkat çekmekte ve 2023 yılı itibarıyla yaşlı nüfus oranının %10,2'ye ulaştığı belirtilmektedir. Demografik göstergelerde mevcut eğilimlerin devam edeceği varsayımıyla yapılan nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2030'da %13,5, 2040'ta %17,9, 2060'ta %27,0, 2080'de %33,4 ve 2100 yılında %33,6 düzeyine ulaşacağı tahmin edilmektedir. Toplam nüfus içinde yaşlıların oranının %10'u aşması, nüfusun yaşlandığını gösteren önemli bir ölçüttür. Türkiye'de ise yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına kıyasla daha hızlı bir artış sergilemektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024a; Duman ve ark., 2024). “Küresel yaşlanma” olarak tanımlanan demografik dönüşüm süreci içinde bulunan Türkiye'de, doğurganlık ve ölüm oranlarındaki düşüşün yanı sıra sağlık alanındaki ilerlemeler, yaşam standardı ve refah seviyesinin yükselmesi ile doğuştan beklenen yaşam süresinin artması sonucunda nüfusun yaş yapısı değişime uğramış ve dünya genelinde yaşanan dönüşümlerle paralellik göstermektedir. Yakın gelecekte dünya genelinde olduğu gibi, Türkiye'de yaşlı nüfusun artışı ve yaşlanan nüfusun etkileri sağlık, sosyal, kültürel ve ekonomik alanlarda belirgin hale gelerek temel demografik ve sosyal politika gündemlerinden biri olacaktır (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023; Karan ve Satman, 2021). Sağlığın yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlandığı dikkate alındığında, yaşlılık dö-

neminde bireylerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde ruhsal ve sosyal iyilik hallerinin de bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiği açıktır (Kutlu Dönmez, 2022). Yaşlanma, insan yaşamında doğumdan ölüme kadar süregelen doğal bir süreç olarak ifade edilmektedir. Çevredeki değişimlere uyum sağlama kapasitesinin ve dengeyi koruma yetisinin azalmasıyla birlikte, biyolojik, psikolojik ve fizyolojik açıdan zayıflamanın ortaya çıkması ve bu sürecin sonunda ölümün gerçekleşmesi, yaşlılığın doğal aşamaları arasında değerlendirilmektedir (Altunay, 2020). Yaşlanma; yaşın ilerlemesine bağlı olarak fizyolojik işlevlerin azalmasıyla birlikte, genetik ve çevresel faktörlerin etkisi altında gelişen, ilerleyici, geri dönüşü olmayan ve çok boyutlu bir süreçtir. (Özdemirkan ve ark., 2020). Yaşlılık; fizyolojik, psikolojik ve bilişsel işlevlerde değişimlerin yaşandığı, kronik hastalıkların daha sık görüldüğü, emeklilikle birlikte ekonomik zorlukların ortaya çıktığı, eş veya arkadaş kayıplarının deneyimlendiği ve günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde fonksiyonel kısıtlılıkların gözlendiği önemli bir yaşam evresi olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Kıl, 2020).

2. Genel Bilgiler

2.1. Küresel Yaşlanma Olgusu

Tıp alanındaki ilerlemeler ve yaşam standartlarının yükselmesi sayesinde, dünyanın birçok ülkesinde bireylerin yaşam süresi belirgin biçimde uzamaktadır. Bunun sonucunda hem ulusal ölçekte hem de küresel düzeyde yaşlı nüfusun sayısında dikkate değer bir artış gözlenmektedir. Dolayısıyla birçok toplum yaşlanma sürecini yaşamakta ve yaşlanma küresel ölçekte görülen bir olgu niteliğindedir (Karan ve Satman, 2021). Yaşlanma ve yaşlılık kavramları genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ancak, bu iki kavram arasında onları birbirinden ayıran farklı içerik ve anlam boyutları bulunmaktadır. Yaşlanma kavramı ele alındığında; bireyin fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik işlevsellikleri göz önünde bulundurulmakta, bununla birlikte kronolojik “yaş” da önemli bir unsur olarak vurgulanmaktadır. Yaşlılık ise genellikle fizyolojik süreçlerle bağlantılı bir durum olarak değerlendirilmekte ve zamanın etkisiyle bireylerin fiziksel ve ruhsal güçlerini eski düzeyde sürdüremedikleri bir yaşam dönemi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, yaşlılık; çocukluk, gençlik ve yetişkinlik gibi yaşam döngüsünün evrelerinden biridir (Işıkhani, 2021). Yaşlılık, yaşlanma sürecinin etkisiyle bedende ortaya çıkan yıpranma ve gerileme sonucunda fiziksel kapasitenin azaldığı, kronik hastalıkların daha sık görüldüğü, bağımlılık ve kaza olasılığının yükseldiği, bireylerin toplumsal statülerinde kayıplar yaşadığı ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmek için desteğe ihtiyaç duyduğu bir dönem olarak ifade edilmektedir (Yerli, 2017; İçağasıoğlu ve İlik, 2021). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre yaşlanma; hücrel ve maddesel düzeyde hasarın kademeli olarak birikmesi, bu hasarın fizyolojik işlevlerde aşamalı biçimde azalmaya yol açması, bunun sonucunda çeşitli hastalıkların ortaya çıkması

ve ölüm olasılığının artması şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2015). Yaşlılık algısına ilişkin en yaygın ve evrensel kabul gören tanım, “65 yaş ve üzerindeki bireylerin deneyimlediği süreç” şeklinde ifade edilmektedir (DSÖ, 2017).

Yaşlanma; demografik, kronolojik, biyolojik, sosyolojik, psikolojik ve ekonomik açılardan farklı şekillerde ortaya çıkan çok boyutlu bir olgudur (Soyuer ve Soyuer, 2008; Hooyman ve ark, 2015; Tereci vd., 2016; T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Yaşlanmanın bu farklı boyutları birbirinden ayrı değildir, birbiriyle etkileşim içinde olup karşılıklı olarak birbirlerini etkiler.

Kronolojik yaşlanma, bireyin yaşam süresinin sayısal olarak ifade edilmesiyle tanımlanmaktadır (Üçok, 2018). Doğumla birlikte başlayan bu süreç, kişinin ilerleyen yıllarla birlikte artan yaşını ifade eder. Bu bağlamda, takvim yaşı daha ileri olan bireyler, yaşı daha küçük olanlara kıyasla daha yaşlı kabul edilmektedir (Aslan ve Hocaoglu, 2017). Birçok ülkede emeklilik yaşı olarak kabul edilen 65 yaş, yaşlılık sürecinin başlangıcı olarak değerlendirilmektedir. Yaşlı nüfusun kendi içinde yaş aralıklarına göre sınıflandırıldığı görülmektedir. Buna göre 65–74 yaş aralığı “genç yaşlılık”, 75–84 yaş aralığı “yaşlılık” ve 85 yaş ve üzeri dönem ise “ileri yaşlılık” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Biyolojik (fizyolojik) yaşlanma, döllenme ile başlayan ve yaşamın tüm evreleri boyunca devam eden bir süreç olup; organizmanın genetik yapı, hücre, doku ve organ düzeyinde çeşitli değişikliklere uğramasıyla karakterize edilmektedir (Tereci vd., 2016). Vücudun gelişim sürecinde ortaya çıkan yapısal ve fonksiyonel farklılıklar, zamanla hücresel ve moleküler düzeyde biriken tahribatın etkisiyle bireyin fiziksel ve zihinsel kapasitesinde azalmaya, hastalık riskinin artmasına ve nihayetinde ölüme yol açabilmektedir (Stevens vd., 2012). Biyolojik yaşlanma, bireyler arasında farklılık gösteren bir süreçtir. Kişinin genetik özellikleri, yaşam tarzı ve sosyo-ekonomik koşulları bu sürecin hızını ve seyrini belirleyici unsurlar arasında yer almaktadır (Şentürk, 2018). Yaşlanma süreciyle birlikte bireylerin biyolojik yapılarında çeşitli değişiklikler meydana gelir. Kalp, damar ve endokrin sistemlerinde farklı düzeylerde işlevsel değişimler görülürken; beyinde nöron sayısında azalma ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kas-iskelet, dolaşım, sindirim ve diğer sistemlerde fonksiyonel yetersizlikler gelişmekte; üreme kapasitesi azalmakta, duyu organlarında işlev kayıpları ve genel vücut direncinde düşüş gözlenmektedir (Aslan ve Hocaoglu, 2017). Kronik hastalıklar veya yaşlılığa bağlı yeti kaybı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini sürdüremeyen ve evde bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların; ev kazaları, düşmeler, yetersiz ve düzensiz beslenme ile depresyon gibi çeşitli risk faktörlerine maruz kaldıkları bilinmektedir (Say Şahin, 2019).

Psikolojik yaşlanma, bireylerin yaşlılık sürecinde davranışlarında, uyum biçimlerinde ve zihinsel işlevlerinde ortaya çıkan değişimleri kapsamaktadır

(Bölüktaş, 2019). Bu süreçte zekâ, bellek ve duygu durumunda görülen işlevsel kayıplar görülmekte; geçmişe duyulan özlem, geleceğe ilişkin belirsizlik ve güvensizlik duyguları ile gerçekleşmeyen hedefler ve yaşanan başarısızlıklardan kaynaklanan hüznün durumu ön plana çıkmaktadır (Kalınkara, 2021). Yaşlanma süreci ilerledikçe bireylerin ruhsal davranışlarında; duygu durum, güdülenme ve başa çıkma biçimlerindeki farklılıklar meydana gelmektedir. Yaşlı bireyler çoğunlukla geçmişten söz etmeyi ve önceki alışkanlıklarını sürdürmeyi tercih ederler. Bu süreçte içe kapanma eğilimi artabilir ve benmerkezci davranışlar görülebilir. Zamanla bu durum, yeniliklere karşı kaygı ve korku geliştirilmesine yol açarak bireylerin ilerleyen yaşlarda alışılmadık pek çok şeyden çekinmelerine neden olabilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşamın farklı alanlarında yaşanan kayıplar, çocukların ilgisizliği, yaşlılığın “son dönem” olarak algılanması ve çoklu sağlık sorunlarıyla uğraşma gibi etkenler, ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerde depresyon, demans ve Alzheimer, ölüm kaygısı, uyku düzensizlikleri ve anksiyete bozuklukları gibi çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Ağar, 2020). Yaşlı bireyler psikolojik açıdan daha isteksiz hale gelebilmekte, aile ve arkadaş ilişkilerinde kırılabilirlik gösterebilmekte, umutsuzluk, karamsarlık, yorgunluk ve ilgisizlik gibi durumlar yaşayabilmektedir. Bu olumsuzluklar, bireylerin depresyona yatkınlığını artırarak psikolojik yaşlanma sürecini hızlandırabilmektedir (Yerli, 2017).

Sosyal yaşlanma, bireylerin yaşlanma süreciyle birlikte toplumsal yapı içerisindeki rollerinin, statülerinin ve sosyal ilişkilerinin yanı sıra zamanla edindikleri alışkanlıklar ve sosyal konumlarında meydana gelen değişimlerle açıklanmaktadır (Aslan ve Hocaoglu, 2017; Tereci ve ark., 2016). Sosyal yaşlılık, bireyin ait olduğu yaş grubuna toplum tarafından yüklenen beklentiler ve bu gruba atfedilen değerlerle ilişkilidir (Bölüktaş, 2019). Yaşlı bireylerin toplumsal yaşamda yer aldıkları ekonomik faaliyetler ve sosyokültürel etkinliklerdeki güç ve becerilerinin zamanla azalması, onların toplumsal statü ve rollerine ilişkin beklentilerinde değişimlere yol açmaktadır. Bu durum, toplum ya da belirli bir grup içerisinde sosyal uyumun tam olarak sağlanamaması şeklinde ortaya çıkmakta ve yaşlı bireylerin sosyal hayata dair becerilerini önceki dönemlerdeki gibi kullanamamalarına neden olmaktadır (Kalınkara, 2021). Yaşlı bireyler, bu dönemde hem bireysel özelliklerinden hem de çevresel koşullardan kaynaklanan etkenler nedeniyle topluma uyumda güçlük yaşayabilmektedirler (Gökdağ, 2019). Yaşlı bireylerin sosyal sağlığını tehdit eden başlıca sorunlara bakıldığında ekonomik yetersizlik, beslenme ve barınma koşullarındaki yetersizlikler, sosyal dışlanma, statü ve rol kaybı, şiddet, ihmal, istismar ve bakımsızlık olduğu görülmektedir (Erkoç ve Danış, 2021). Bu sorunlar, yaşlıların yaşadıkları çevreyle uyumlarını da doğrudan etkilemektedir. Bu süreçte bireyin en önemli sosyal çevresini aile oluşturmaktadır ve aile üyeleriyle kurulan ilişkiler yaşlıların yaşamında merkezî bir

konuma sahiptir. Ancak aile dışındaki sosyal ilişkiler de oldukça önemlidir. İş hayatının sona ermesiyle birlikte sosyal rollerin değişmesi, yaşlı bireylerin aile dışındaki etkileşimlerini de sınırlamaktadır. Ayrıca başkalarıyla iletişim kurma ve sosyal etkileşim içinde olma, sağlıklı bir yaşam ve refah için gerekli unsurlar olmakla birlikte; eş veya yakın arkadaş kaybı, sağlık sorunlarına bağlı fiziksel kısıtlılıklar ve emeklilik sonrası gelir azalması bu süreci zorlaştırmakta ve sosyal ilişkilerin zayıflamasına yol açmaktadır. Tüm bu etkenler, yaşam kalitesini ve kişisel refahı olumsuz etkileyerek yaşlı bireylerde yaşam doyumunun azalmasına neden olmaktadır (Danış ve Günay, 2019).

Toplumsal yaşlanma, yaşlılık kavramının bireyler için olduğu kadar toplumlar için de geçerli olduğunu ifade etmektedir. Bir toplumda 65 yaş ve üzerindeki bireylerin toplam nüfus içindeki oranı, o toplumun “genç” ya da “yaşlı” olarak nitelendirilmesinde ölçüt olarak kullanılmaktadır Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre, doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfusun (65 yaş ve üzeri) toplam nüfus içindeki oranı artarken, doğurganlık oranlarının azalması çocuk ve genç nüfusun payında göreceli bir düşüşe yol açmaktadır. Bu süreç, “demografik değişim” olarak tanımlanmaktadır. Yaşam süresindeki artışta ise teknoloji alanındaki ilerlemeler, aşılama uygulamaları, tıbbi tedavi yöntemleri, barınma ve beslenme koşullarındaki iyileşmeler ile antibiyotiklerin keşfi gibi pek çok faktör etkili olmuştur. (Bölüktaş, 2019). Toplumsal yaşlanma, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin toplam nüfus içindeki oranına göre toplumların “genç”, “olgun” ya da “yaşlı” olarak sınıflandırılmasıdır. Buna göre, söz konusu oranın %4’ün altında olduğu toplumlar genç nüfus, %4 ile %6,9 arasında olanlar olgun nüfus, %7 ile %10 arasında olanlar yaşlı nüfus ve %10’un üzerinde olanlar ise çok yaşlı nüfus olarak tanımlanmaktadır (Yerli, 2017).

2.2. Dünya Çapında Yaşlanan Toplumlar

Dünya’da 20. yüzyılda, demografik açıdan daha önce görülmemiş ölçüde köklü değişimler yaşanmış; bu süreçte hem nüfus artışı sürmüş hem de nüfusun yaş yapısı giderek yaşlanma eğilimi göstermiştir (Özkul ve Kalaycı, 2015). Demografik değişim, tüm dünyada kaçınılmaz biçimde yaşanan bir süreçtir. Ancak Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü’ne göre bu süreç, ülkeler ve bölgeler arasında aynı zaman diliminde ve aynı hızda gerçekleşmemektedir (Rouzet ve ark., 2019). Bu bağlamda demografik yaşlanma, ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık oranlarının azalmasıyla nüfus yapısında meydana gelen dönüşüm sonucunda, yaşlı nüfusun toplam nüfustaki payının genç nüfusa kıyasla artması olarak tanımlanmakta ve günümüzde birçok ülkede yaşlı nüfus oranının giderek yükseldiği görülmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

DSÖ, nüfusun yaşlanmasını iki temel faktörle açıklamaktadır: Bunlardan ilki, neredeyse tüm ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresinin uza-

ması; ikincisi ise doğurganlık oranlarının düşmesidir (Görece, 2024). Teknolojik ve sağlık alanındaki ilerlemeler, doğumda beklenen yaşam süresini uzatarak yaşlanmanın temel nedenlerinden biri haline gelmiştir. Bu gelişmeler insanların ömrünü uzatmış, buna bağlı olarak dünya nüfusu da giderek artmıştır (Özkul ve Kalaycı, 2015). Birleşmiş Milletler'in 2022 tarihli Dünya Nüfus Beklentileri Raporu'na göre, 2021 yılında küresel ortalama yaşam süresi yaklaşık 71 yıl olarak belirlenmiştir. Raporda, bu sürenin 2050 yılına kadar 77 yıla ulaşacağı öngörülmektedir (Birleşmiş Milletler, Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi, Nüfus Bölümü, 2022). 2050 yılına gelindiğinde, en düşük yaşam beklentisinin Sahra-altı Afrika'da, en yüksek yaşam beklentisinin ise Avrupa ve Kuzey Amerika'da olacağı tahmin edilmektedir (Göker, 2019). Doğumda beklenen yaşam süresi 2023 yılı verilerine göre, 84,9 yıl ile en yüksek olduğu ülke Japonya'dır. Buna karşılık, 53,9 yıl ile en düşük yaşam beklentisi Nijerya'da kaydedilmiştir. Türkiye'de ise doğumda beklenen yaşam süresi Birleşmiş Milletler'in 2023 verilerine göre 78,7 yıl, TÜİK'in 2022 verilerine göre ise 77,7 yıl olarak rapor edilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

Kaba doğum hızındaki azalma, nüfusun yaş yapısında değişimlere yol açarak demografik yaşlanma sürecini etkileyen temel belirleyicilerden biri olarak değerlendirilmektedir. Doğurganlık oranlarının düşmesi, genç nüfusun toplam nüfus içindeki payını azaltmakta ve buna bağlı olarak yaşlı nüfus oranının giderek artmasına neden olmaktadır. Kaba doğum hızının en düşük olduğu ülke, aynı zamanda dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip olan Japonya'dır. 1950'lerde binde 28,3 olan bu oran, 2023 yılı itibarıyla binde 6,6'ya gerilemiştir. Buna karşın, kaba doğum hızındaki en az düşüşün Nijerya'da gözlemlendiği bildirilmektedir (Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Nüfus Bölümü, 2023). Türkiye'de kaba doğum hızı, 1950'li yıllarda binde yaklaşık 46,4 iken; 2023 yılı itibarıyla binde 12,2 düzeyine gerilemiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022a). Birleşmiş Milletler'in 2024 yılına ilişkin dünya nüfus projeksiyonlarına göre, en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler sırasıyla %36,2 ile Monako, %29,8 ile Japonya ve %24,6 ile İtalya'dır. Söz konusu tahminler doğrultusunda, 2024 yılı itibarıyla dünya nüfusunun %10,2'sini yaşlı bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir. Türkiye (%10,6) ise bu değerlendirmede 194 ülke arasında 75. sırada konumlanmıştır (Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2024 ; Türkiye İstatistik Kurumu, 2024a).

2.3. Türkiye'de Yaşlı Nüfus

Birleşmiş Milletler'in tanımına göre, bir ülkede yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 ile %10 arasında olduğunda o ülke "yaşlı nüfus yapısına sahip" kabul edilirken, bu oranın %10'un üzerine çıkması durumunda ise ülke "çok yaşlı nüfus yapısına sahip" olarak değerlendirilmektedir. Türkiye'de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına oranla daha hızlı bir şekilde artmaktadır. Türkiye, "demografik dönüşüm" olarak ifade edilen küresel yaşlanma

sürecinin içinde yer almakta olup, oransal açıdan yaşlı nüfus oranı yüksek ülkelere kıyasla daha genç bir yapıya sahip görünse de, toplam yaşlı nüfus sayısı bakımından oldukça yüksek bir düzeydedir. Bu süreçte nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı değişmekte, çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki payı azalırken yaşlı nüfusun oranı giderek yükselmektedir. Nüfus projeksiyonları, Türkiye’de yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9’a ulaşacağını ve ülkenin “çok yaşlı” nüfus grubundaki ülkeler arasında konumlanacağını öngörmektedir (TÜİK, 2024a). Yaşlanma sürecindeki Türkiye, toplumsal yapısına özgü dinamiklerle bu dönüşümü deneyimlemektedir; çünkü demografik yaşlanma süreci, toplumların sosyo-kültürel ve ekonomik özellikleri ile koşullarına bağlı olarak farklılaşmaktadır (Akadlı Ergöçmen, 2025). Yirminci yüzyılın son on yılına yaklaşırken, doğurganlık oranlarında görülen düşüş eğilimi açık bir şekilde ortaya çıkmıştır. 2000’li yılların başında toplam doğurganlık hızı, nüfusun kendini yenileme eşiği olan 2,1 seviyesinin üzerinde bir süre durağan seyretmiş; ancak takip eden yıllarda sürekli bir düşüş eğilimine girerek günümüzde kadın başına ortalama 1,51 çocuk düzeyine gerilemiştir. Bu durum, Türkiye’nin demografik yapısında nüfusun yenilenme kapasitesini kaybetmeye başladığını ve uzun vadede nüfusun yaşlanma eğilimi göstereceğini ortaya koymaktadır. (TÜİK, 2024b). Toplumsal, ekonomik ve kültürel değişimler ile uygulanan nüfus politikalarının etkisiyle biçimlenen Türkiye nüfusu, 2000’li yıllardan itibaren yeni bir demografik evreye girmiş ve yaş yapısındaki dönüşüm ülkeyi yaşlanan toplumlar arasına taşımıştır (Akadlı Ergöçmen, 2025). Doğumda beklenen yaşam süresi, bir toplumun ölüm düzeylerini özetleyen, sağlık koşullarının genel durumunu yansıtan ve demografik yaşlanma sürecine ilişkin önemli ipuçları sunan temel demografik göstergelerden biridir. Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresi 78,1 yıl yıl olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2025a). Bu değer, toplumun genel sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim imkânı ve yaşam koşullarındaki gelişmelerin bir yansıması olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda söz konusu gösterge, nüfusun giderek yaşlanmakta olduğuna işaret eden temel demografik ölçütlerden biri olarak önem taşımaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi açısından cinsiyetler arasında belirgin bir farklılık gözlenmektedir. Kadınlarda 80,7 yıl olan yaşam beklentisi, erkeklerde 75,5 yıl olarak hesaplanmış olup, kadınların doğuşta beklenen yaşam süresinin erkeklere kıyasla daha yüksek olması, ileri yaş gruplarında kadın nüfusun sayıca daha fazla olacağını göstermektedir. Bu durum, yaşlı nüfusun cinsiyet bileşiminin kadınlar lehine şekilleneceğine işaret etmektedir. Türkiye, yaşam beklentisi bakımından son yıllarda önemli ilerlemeler kaydetmiş olup, 73,3 yıl olan dünya ortalamasının üzerinde bir değere sahiptir. Bununla birlikte, Türkiye’deki yaşam beklentisi 81 yıl olarak hesaplanan Avrupa Birliği ortalamasının ve 80,3 yıl düzeyindeki OECD ortalamasının altında kalmaktadır (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı [OECD], 2023).

TÜİK'in 2024 verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı %10,6'ya ulaşmıştır. Türkiye'nin 2007 ve 2024 yılı nüfus piramitleri karşılaştırıldığında, demografik yapının belirgin biçimde değiştiği görülmektedir. Doğurganlık oranlarının azalması ve ölümlülük hızlarının düşmesi sonucunda, nüfusun yaş yapısında yukarı doğru bir genişleme meydana gelmiştir. Bu durum, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasına neden olmuştur. Söz konusu değişim, Türkiye'nin demografik geçiş sürecinde ileri evrelere geçtiğini göstermektedir. 2007 yılında genç nüfusun yoğunluğu daha belirgin iken, 2024 yılı itibarıyla doğurganlık hızındaki düşüş ve yaşam süresindeki uzama, nüfus piramidinin tabanının daralmasına ve üst kısmının genişlemesine yol açmıştır. Böylece Türkiye, genç nüfus ağırlıklı toplum yapısından, yaşlanan nüfus yapısına sahip bir ülke profiline dönüşmüştür. 2024 itibarıyla Türkiye'deki yaşlı nüfus 9 milyon 112 bin kişiye ulaşmıştır (TÜİK, 2025a).

TÜİK'in 2024 yılı verilerine göre, Türkiye'de yaşlı nüfus oranının bölgesel dağılımı iller arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu iller sırasıyla Sinop (%20,8), Kastamonu (%20,2) ve Giresun (%19,1) olup, bu iller Karadeniz Bölgesi'nde yer almakta ve uzun yaşam süresi ile düşük doğurganlık oranlarının birleşimi sonucunda ileri yaş nüfusun yoğunlaştığı alanlar olarak dikkat çekmektedir. Buna karşılık, yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu iller ise Şırnak (%3,7), Hakkari (%4,3) ve Şanlıurfa (%4,4) olup, bu iller genç nüfus yapısının hâkim olduğu, doğurganlık oranlarının yüksek seyrettiği bölgeler arasında yer almaktadır. Bu durum, Türkiye'nin bölgeleri arasında demografik yaşlanma hızında belirgin bir mekânsal farklılaşma bulunduğunu ortaya koymaktadır.

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (2024) verilerine göre, Türkiye'de toplam 26 milyon 599 bin 261 hane bulunmaktadır. Bu hanelerin 6 milyon 726 bin 583'ünde, yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzeri en az bir bireyin yer aldığı saptanmıştır. Başka bir ifadeyle, ülkedeki hanelerin %25,3'ünde en az bir yaşlı bireyin yaşadığı görülmektedir. Bu bulgu, yaşlı nüfusun yalnızca toplam nüfus içindeki oranının artmadığını, aynı zamanda hane halkı yapısında da önemli bir değişim yaşandığını göstermektedir. Türkiye'de hanelerin dörtte birinde en az bir yaşlı bireyin bulunması, yaşlı bakım hizmetlerinin, sosyal destek mekanizmalarının ve aile içi dayanışma modellerinin giderek daha kritik hale geldiğini ortaya koymaktadır. En az bir yaşlı bireyin bulunduğu haneler içerisinde tek kişilik yaşlı hane halkı oranının en yüksek olduğu il %34,4 Balıkesir, en düşük olduğu il %8,0 ile Hakkâri olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2025a). Türkiye'de yaşlı nüfusun eğitim düzeyi incelendiğinde, eğitim dağılımının önemli ölçüde düşük ve ortaöğretim düzeylerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Verilere göre, yaşlı nüfusun %46,7'si ilköğretim mezunu, %10,4'ü ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu, %10,4'ü lise veya dengi okul mezunu ve yalnızca %9,0'ı yükseköğretim mezunudur.

İstatistikler Türkiye’de yaşlı nüfusun büyük bir bölümünün sınırlı eğitim düzeyine sahip olduğunu ve bu durumun yaşlı bireylerin bilgiye erişimi, dijital okuryazarlık ve yaşam boyu öğrenme fırsatları açısından dezavantaj oluşturduğunu göstermektedir. TÜİK’in İşgücü İstatistikleri 2024 verilerine göre, Türkiye’de yaşlı nüfusun (65 yaş ve üzeri) işgücüne katılma oranı %13,1 olarak belirlenmiş olup, bu grubun istihdam yapısı incelendiğinde %57,7’si tarım, %32,1’i hizmet, %7,3’ünün sanayi ve %2,8’inin inşaat sektöründe yer aldığı görülmektedir. TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2024 verilerine göre, Türkiye’de yaşlı nüfus arasında en yaygın ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları (%40.0), solunum sistemi hastalıkları (%16,4) ve iyi ve kötü huylu tümörler (%13,9) yer almaktadır. Bu veriler, yaşlı bireylerde ölüm nedenlerinin büyük ölçüde kronik ve dejeneratif hastalıklardan kaynaklandığını ortaya koymakta; dolayısıyla yaşlı sağlığı politikalarında önleyici kardiyovasküler bakım, solunum sağlığı takibi ve kanser tarama programlarının önemini vurgulamaktadır (TÜİK, 2025a).

2.4. Yaşlılıkta Görülen Sağlık Sorunları

Yaşlanma, yaşam sürecinde ortaya çıkan biyolojik bir olgu olup, bireyin bedensel ve zihinsel işlevlerinde aşamalı olarak gerileme yaşamasıyla kendini gösterir; bu sürece bağlı olarak organizmada çeşitli fizyolojik değişimler meydana gelir ve bu değişimler sonucunda farklı sağlık problemleri ortaya çıkabilir (Ghença, 2022; Açar, 2020). Bu fizyolojik değişimler, yaşlı bireylerde diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların görülme olasılığını yükseltmektedir. Kronik hastalıkların yaygınlaşması ise bireyin yaşam kalitesini ve kendi bakımını sürdürebilme yetisini olumsuz etkileyerek ölüm riskinde artışa yol açabilmektedir. Yaşlanma süreci, birey üzerinde psikolojik, toplumsal ve ekonomik yönlerden farklı etkiler ortaya çıkarmakta ve yaşlı bireylerde artan sağlık sorunları halk sağlığı açısından tehdit oluşturmaktadır (Kubat Bakır ve Akın, 2019; Li ve ark., 2019; Eser ve Küçük Aksu, 2021).

2.4.1. Kalp Hastalıkları : Yaşlanma süreciyle birlikte kalp atım hızı ve kardiyak debi azalırken, kalp duvarı kalınlaşmakta ve damarların esnekliği azalmaktadır. Kalbi çevreleyen yağ dokusu zamanla artarken, kalp kapakçıkları esnekliklerini yitirip kalınlaşır. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bu yapısal değişimler, kalbin işlevsel kapasitesini azaltarak çeşitli kronik hastalıkların gelişimine zemin hazırlar. Bu hastalıklar arasında koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü (kalp krizi), hipertansiyon ve iskemik kalp hastalıkları yer alır (Biçer, 2017; Önal ve Gül, 2024).

2.4.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları ve Diğer Solunum Yolu Hastalıkları: Yaşlanma süreciyle birlikte solunum kaslarında zayıflama, diyaframın düzleşmesi, kostal kıkırdaklarda kalsifikasyon , göğüs kafesi yapısında değişiklikler ve toraksın esnekliğinde azalma gibi fizyolojik değişik-

likler meydana gelmektedir. Akciğer kapasitesinin azalmasıyla birlikte metabolik gereksinimlere verilen yanıt zayıflamakta, enfeksiyonlara yatkınlık artmakta, solunum gücü güçlüğü belirginleşmekte ve yüzeysel solunumla birlikte aspirasyon riski ortaya çıkabilmektedir (Küçük ve Karadeniz , 2021). Fizyolojik değişimlerin yanı sıra sigara kullanımı, hava kirliliği ve tekrarlayan bronşit gibi çevresel etkenler, ileri yaşlarda KOAH görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır (Bilir, 2019).

2.4.3. Sindirim Sistemi Hastalıkları: Yaşlanma süreciyle birlikte sindirim sistemi işlevlerinde ve metabolik aktivitelerde çeşitli değişiklikler meydana gelebilir. Bu dönemde dış sağlığının bozulması, diş kaybı, çürük oluşumu ve protez kullanımı gibi durumlar, çiğneme gücünü ve yeme isteğini azaltarak yaşlı bireylerin beslenme durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Biçer, 2017). Sindirim sistemi işlevlerinde görülen değişiklikler sonucu hazımsızlık, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu ve yanma gibi sorunlar ortaya çıkabilir (Yerli, 2017). Tat ve koku alma duyularında azalma, tükürük salgısında gerileme görülür. Mide kaslarının esnekliği azalınca mide boşalması yavaşlar, kalın bağırsak hareketlerinin yavaşlaması ise kabızlık sorununa yol açar. Karaciğerde kan akışının ve enzim aktivitelerinin azalması sonucunda, bazı ilaçlar ile toksik veya toksik olmayan maddeler vücutta daha uzun süre kalarak toksikasyon riskini artırabilir (Küçük ve Karadeniz 2021). Gastrit ve peptik ülser, yaştan ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artan gastrointestinal hastalıklardandır. Yaşlılarda sık görülen kolorektal kanserler Türkiye’de ulusal kanser tarama programı kapsamında yer almakta olup, mide, pankreas ve karaciğer kanserleri açısından da yaşlı bireylerin düzenli olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca fizyolojik ve patolojik değişikliklerin sonucu olarak beslenme sorunları da sık görülmektedir. Sosyoekonomik ve kültürel faktörlere bağlı olarak yetersiz beslenme (malnütrisyon) ya da obezite gelişebilir. Obezite, hipertansiyon, diyabet, osteoartrit, uyku bozuklukları ve depresyon gibi sağlık sorunlarının görülme riskini artırarak yaşlı bireyin genel sağlık durumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Önal ve Gül, 2024).

2.4.4. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları : Kas dokusunda atrofi gelişimiyle birlikte kas kütlesi ve kas gücü azalarak refleks yanıtlar zayıflar. Kalsiyum yetersizliği, kemik mineral yoğunluğunun azalmasına yol açarak osteoporoz gelişimine zemin hazırlar. Bu durum kemiklerin yapısal dayanıklılığını azaltır ve kırık oluşma riskini artırır. Eklemlerde zamanla meydana gelen aşınma ve kıkırdak dokusunun kaybı, osteoartrite sebep olur ve ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığı gibi klinik bulgular ortaya çıkar (Hüner, 2013; Akdemir ve Birol, 2018).

2.4.5. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar : Yaşlanmayla beraber beyindeki hücre sayısı azalır ve tepkime hızı yavaşlar. Ayrıca duyu kayıpları, kısa süreli hafıza, öğrenme, bilgi depolama ve kelime hatırlama gibi bazı zihinsel işlevlerde de azalma görülebilmektedir. Yaşlılıkta sık görülen demans,

özellikle Alzheimer hastalığı, bilişsel işlevlerin ilerleyici biçimde bozulmasına yol açar. Bu durum; bellek kaybı, düşünme yetisinde azalma, davranış değişiklikleri ve günlük işleri yapmada güçlük ile kendini gösterir (Önal ve Gül 2024; Akdemir ve Birol, 2018).

2.4.6. Ruh Sağlığı Sorunları : Fizyolojik ve psikolojik değişimler, bireylerin strese maruz kalmasına yol açabilir. Stres, bağışıklık sistemi üzerinde baskılayıcı etki göstererek çeşitli ruhsal ve bedensel hastalıkların gelişmesine neden olabilir Yaşam koşullarındaki değişimler ve artan fiziksel hastalıklar nedeniyle depresyon ve anksiyete, yaşlı bireylerde sık görülen psikolojik sorunlardır. Uyku, yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel işlevselliğiyle yakından ilişkilidir ve bu dönemde uyku bozuklukları oldukça yaygın görülmektedir (Can, 2022; Kersu ve Alparslan, 2020).

2.4.7.Göz hastalıkları ve İşitme Kayıpları : Yaşlı bireylerde görme bozuklukları oldukça yaygındır. Katarakt, glokom, yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabete bağlı retinopati bu dönemde sık karşılaşılan göz hastalıkları arasındadır. Bu durumlar sonucunda iletişim güçlükleri ortaya çıkabilmekte ve kaza riski artmaktadır (Önal ve Gül 2024; Yerli 2017). Yaş ilerledikçe meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişikliklerle işitme kapasitesi azalmakta ve denge bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Küçük ve Karadeniz, 2021).

2.4.8. Kanserler : Her iki cinsiyette de ölümle en sık sonuçlanan kanser türü akciğer kanseridir. Erkeklerde prostat, kadınlarda ise meme kanseri en yaygın görülen türlerdir. Yaşam boyunca çevresel kanserojenlere maruz kalma süresinin artması, yaşlılık döneminde kanser gelişme riskini yükseltmektedir. Türkiye’de yürütülen kanser tarama programlarında; meme, serviks ve kolorektal kanserler düzenli olarak taranmaktadır. Ayrıca erkek bireylerde, 50 yaş ve sonrasında aile hekimleri tarafından PSA (prostat spesifik antijen) testi istenmektedir (Küçük ve Karadeniz, 2021).

2.4.9. Yaşlılık Döneminde Kazalar : Fiziksel gücün azalması, denge sorunları, görme bozuklukları, yürüme güçlüğü ve kemiklerin kırılma riski nedeniyle bu dönemde düşme riski ve kazalar sık görülür.

Dünya genelinde yaşlılarda sık görülen kronik hastalıklar arasında kalp hastalıkları, hipertansiyon, inme, solunum yolu hastalıkları, kanser, diyabet ve artrit bulunur. Ayrıca görme ve işitme kayıpları ile ortopedik sorunlar da yaygındır. Bu hastalıkların çoğu erken tanı ile önlenir; bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşır (Aslan ve ark., 2022). Bu yaş grubunda bildirilmeyen hastalıkların oranı yüksektir ve birden fazla hastalığın birlikte görülme durumuna (komorbidite) sık rastlanır. Yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalık görülme oranının artması ve buna bağlı olarak çoklu ilaç kullanımının yaygınlaşması, komplikasyon ve yan etkilere neden olarak hastaneye yatış artırır ve ölüm riskini yükseltir; ayrıca bu durum, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden daha sık yararlanmalarına neden olur (Yılmaz ve

Çağlayan 2016; Aslan ve ark.,2022).

2.5. Ülkemizde Yaşlılıkla İlgili Sağlık Politikaları

Yaşlılık, kendi iç dinamiklerine sahip olup birçok yönüyle diğer yaşam evrelerinden ayrılan özgün bir dönemdir. Bu doğrultuda, yaşlanma olgusuna, toplumun yaşlanmasına ve yaşlı sağlığına yönelik ilgi 1980’li yıllarda ortaya çıkmış; 2000’li yıllara gelindiğinde ise bu ilginin giderek artmasıyla yaşlılık süreci, sosyal ve sağlık politikalarının merkezinde daha fazla yer almaya başlamıştır (Uçku ve Şimşek, 2012). Yaşlılık döneminde bireylerin sağlık hizmetlerine duyduğu gereksinim artmakta ve bu durum sağlık hizmetlerine erişimin önemini daha da artırmaktadır. Türkiye’de ve dünyada sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan eşitsizlikler, giderek daha fazla önem kazanan bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Sönmez ve Çevik, 2021).

Türkiye’de yaşlı sağlığına yönelik politikalar ilk kez 1930 yılında yürürlüğe giren 1580 sayılı Kanun ile ele alınmış; bu yasa ile belediyelere kamu kurumu niteliği verilmiş ve yaşlıların korunması sorumluluğu yüklenmiştir. Bu düzenleme ile belediyelere, yaşlılara yönelik barınma ve bakım hizmetleri sunmak amacıyla yaşlı evleri kurma ve işletme görevi verilmiştir. Bu yasa kapsamında, ülkenin farklı bölgelerinde aceze evleri, güçsüzler yurtları, düşkünler evleri ve huzurevleri gibi yatılı bakım kurumları kurulmuş ve hizmete açılmıştır (Yetiş, 2024). 1960’lı yıllarda yaşlı sağlığı politikaları kurumsal bakım temelli olarak ele alınmış ve daha sistematik bir yapıya kavuşmuştur. 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş ve Bakanlık bünyesinde ilk huzurevi hizmete açılmıştır (Uçku, 2025). Bu kuruma bağlı ilk huzurevi 1966’da Konya’da, ikincisi ise Eskişehir’de hizmete başlamıştır (Genç ve Barış, 2015). Yaşlı bireylerin devlet güvencesi altına alınmasına ilişkin hüküm ilk kez 1982 Anayasası’nda yer almıştır. 2010 yılında Anayasa’da yapılan değişikliklerle, yaşlılar için alınacak tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı sayılamayacağı belirtilerek, pozitif ayrımcılık ilkesi resmî olarak benimsenmiştir (Uçku, 2025). Yaşlı bireylerle ilgili önemli yasal düzenlemelerden biri, 1983 tarihli 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’dur. Bu kanunun 3. maddesinde “ihtiyacı olan yaşlı” ve “sosyal hizmet” kavramları tanımlanmış; korunma, bakım ve destek gereksinimi duyan yaşlıların hizmetlere erişimini sağlamak üzere kamu kurumlarına görev, yetki ve sorumluluk verilmiştir (Varol, 2023).

Türkiye’de yaşlı nüfusun geleceğine yönelik hedefler, stratejiler ve uygulamalar sosyal politikalar aracılığıyla belirlenmekte; bu politikaların temel yönünü ise kalkınma planları oluşturmaktadır. 1963 yılından itibaren yürürlüğe konan beş yıllık kalkınma planları, birçok alanda olduğu gibi yaşlılık alanında da sosyal politika göstergelerini ortaya koymaktadır (Varol, 2023). Beş yıllık kalkınma planlarına bakıldığında; Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma

Planı'nda (1979-1983), yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin istenen düzeye ulaşamadığı belirtilmiş ve bu doğrultuda yaşlılara yönelik etkin ve yaygın bir toplumsal hizmet örgütlenmesinin oluşturulacağı ifade edilmiştir (Uçku, 2025). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994), sağlık politikaları kapsamında yaşlı bireylere özel hedef ve uygulamalara yer verildiği görülmektedir. Doksanlı yılların ilk yarısını kapsayan bu planda, yaşlılara yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ile mevcut hizmetlerin kapasitesinin artırılması hedeflenmiştir. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1996-2000), birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu planda ilk kez evde sağlık hizmetlerine yer verilmiş ve yaşlı sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2001-2005), yaşlı sağlığı hizmetlerinin halk sağlığı yaklaşımı çerçevesinde ele alındığı görülmektedir. Yaşlılara yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi ve bu alana ilişkin mevzuatın oluşturulması süreci, kalkınma planlarında görüldüğü üzere 2000'li yıllardan itibaren belirgin biçimde yaygınlaşmış ve kurumsal bir yapı kazanmıştır. 2001 yılında yayımlanan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ile, sağlık ocaklarında yaşlı bireylerin tanımlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan yaşlı sağlığı hizmetlerinin çerçevesi belirlenmiştir (Uçku ve Şimşek, 2012). Sağlık Bakanlığı, 2002 yılında Ulusal Yaşlı Sağlığı Programını geliştirmiştir. Bu program, yaşlı bireylerin sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, toplum yaşamına aktif katılımlarının desteklenmesi ve sağlıklı yaşlanma sürecinin teşvik edilmesi amacıyla belirlenen hedef ve stratejileri kapsamaktadır. Programın temel hedefleri arasında, yaşlı bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında düzenli olarak izlenmesi, evde bakım uygulamalarının geliştirilmesi ve sağlık personeline yönelik yaşlı sağlığı konularında mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının güçlendirilmesi yer almaktadır (Uçku, 2025). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2007-2013), yaşlı bireyler sosyal içirme ve yoksulluk riski altındaki gruplar arasında değerlendirilmiş; bu doğrultuda, söz konusu gruba sunulacak hizmetler kapsamında sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve kapsamının genişletilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca planda, yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması vurgulanmıştır. 2007 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Müsteşarlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), Sağlık Bakanlığı ile birlikte ilgili kamu kurumları, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının katkılarıyla, Türkiye'de ilk kez "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" hazırlanmıştır. Bu plan, yaşlanma olgusuna yönelik politika geliştirme sürecinde önemli bir dönüm noktası olmuştur (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007). Bu dönemi kapsayan Sağlık Bakanlığı kurumsal yapılanması ile 2008 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Bu birim, faaliyet alanını "birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlı bireylere yönelik rutin izlem

programlarının uygulanmasını ve bu süreçlerin etkin biçimde izlenmesini sağlamak” olarak tanımlamıştır (Uçku, 2025). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2010 yılında yayımlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi, yaşlı bireylere birinci basamakta bütüncül yaklaşımı temel alarak, koruyucu hizmetler, erken tanı, sık görülen sağlık sorunlarının tanı ve tedavisine ilişkin kapsamlı bilgiler sunmak amacıyla çok disiplinli bir ekip tarafından hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Sonraki yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal yapısında çeşitli değişiklikler gerçekleştirilmiş ve yaşlı sağlığıyla ilgili birimler farklı adlar altında faaliyetlerini sürdürmüştür. 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan düzenleme sonucunda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuş ve yaşlı sağlığı hizmetleri, Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı’nın sorumluluk alanında yer almıştır (Beliner, 2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı tarafından, 2015-2020 yıllarını kapsayan Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). 2017 yılında Halk Sağlığı Kurumu’nun kapatılarak yerine Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün kurulmasıyla birlikte, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı bünyesinde Yaşlı Sağlığı Birimi oluşturulmuştur (Resmî Gazete, 2017). Bu birim, yaşlılık ve yaşlı sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ulusal programları planlamak, uygulamak ve değerlendirmekle görevlendirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne bağlı ilgili daire başkanlığı tarafından, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021–2026 hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Her iki eylem planında da sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi, risklerden korunma, yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve hizmetlere erişimin artırılması gibi ortak stratejiler yer almaktadır. Bu planlarda öne çıkan ortak yaklaşımlardan biri de kamu ve özel bakım sigortası modellerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar (Uçku, 2025).

On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028) kapsamında yaşlı sağlığı ve refahına ilişkin hedefler, “aktif ve sağlıklı yaşlanma” yaklaşımı çerçevesinde ele alınmıştır. Plan, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeyi, bağımsızlıklarını korumayı ve sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda; koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlı sağlığı alanında görev yapan personelin beşerî kapasitesinin güçlendirilmesi ve sağlık teknolojilerinin yaşlılara uygun şekilde geliştirilmesi temel hedefler arasındadır. Ayrıca, evde sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve tele bakım ile tele sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması yoluyla yaşlı bireylerin evden sağlık ve bakım hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması öngörülmektedir. On ikinci Kalkınma Planı, yalnızca

sağlık hizmetleriyle sınırlı kalmayıp, gündüzlü ve uzun süreli bakım modellerinin güçlendirilmesini de hedeflemektedir. Bununla birlikte, yaşlı bireylerin fiziksel çevre koşullarına uyumunu desteklemek amacıyla yaşlı dostu, erişilebilir ve güvenli konutlar ile kentlerin tasarlanması da planın önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. Eylem planında, yaşlı bakım hizmetlerinin sürdürülebilir biçimde finanse edilmesini sağlamak amacıyla bakım sigortası sisteminin oluşturulacağı belirtilmiş; buna ek olarak tamamlayıcı uzun süreli bakım sigortasının geliştirilmesinin de hedeflendiği vurgulanmıştır. Bu kapsamda, yaşlılara yönelik hizmetlerin hem bütüncül hem de sürdürülebilir bir şekilde yürütülmesi, On İkinci Kalkınma Planı'nın yaşlı sağlığı politikasının temel yönünü oluşturmaktadır (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Günümüze kadar hazırlanan kalkınma planları arasında, yaşlanma ve yaşlı sağlığı konularına en kapsamlı şekilde yer veren On İkinci Kalkınma Planı olmuştur. Bu planda, yaşlı sağlığına yönelik politikaların geliştirilmesinde sağlık ve sosyal hizmetlerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınacağı ve bu doğrultuda yeni bir modelin oluşturulmasının hedeflendiği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda Türkiye'deki yaşlı bakım kurum ve kuruluşları da bu doğrultuda çeşitli sağlık ve sosyal hizmet uzmanlarının birlikte görev aldığı multidisipliner bir yaklaşımı benimsemektedir (Yetiş, 2024).

2.6. Ülkemizde Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Kurumsal ve Uygulama Boyutu

Yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetleri, genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olup birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında olduğu gibi evde bakım uygulamaları kapsamında da yürütülmektedir. Bu kapsamda yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon edici ve destekleyici yaklaşımları içerecek biçimde, hem kurumsal hem de ev temelli modeller üzerinden bütüncül bir anlayışla organize edilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini aile sağlığı merkezleri oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 verilerine göre, Türkiye genelinde 8.228 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) içerisinde faaliyet gösteren 28.845 Aile Hekimliği Birimi (AHB) aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2025). Bu merkezlerde yaşlı bireylerin izlenmesi uzun süredir sürdürülmekle birlikte, sistematik yaşlı izlemi uygulamaları yakın dönemde başlatılmıştır. Bu kapsamda, birinci basamakta yaşlı bireylerin çok yönlü değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik bir kılavuz hazırlanmış, ilgili eğitimler gerçekleştirilmiştir. 2021 yılından itibaren Hastalık Yönetim Platformu (HYP) aile hekimlerinin kullanımına sunularak, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının 65 yaş ve üzeri bireyleri bu kılavuza uygun biçimde yılda en az bir kez değerlendirmeleri hedeflenmiştir. Kılavuz kapsamında yaşlı bireylerin yalnızca genel sağlık durumları değil, aynı zamanda fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri, beslenme durumları ve bilişsel yetileri de

standart ölçütlere göre değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda belirlenen risk düzeyine göre izlem sıklığı artırılmakta ve yaşlı bireylerin gereksinimlerine uygun bir izlem planı oluşturulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, ayaktan ve yatarak sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerde yaşlı bireyler de diğer yaş gruplarında olduğu gibi başvuru esasına dayalı olarak hizmet almaktadır. Bu kapsamda yaşlı hastaların tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri genel sağlık hizmeti akışı içinde yürütülmekte, gerekli durumlarda geriatri birimleri veya ilgili uzmanlık alanlarına yönlendirme yapılmaktadır (Uçku, 2025). Türkiye genelinde, 933'ü Sağlık Bakanlığına, 68'i üniversitelere ve 565'i özel sektöre ait olmak üzere toplam 1.566 hastanede ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu hastaneler, ileri tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yürütüldüğü kurumlar olarak sağlık sisteminin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Türkiye genelinde, 941'ü Sağlık Bakanlığına, 69'u üniversitelere ve 552'si özel sektöre ait olmak üzere toplam 1.562 hastanede ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2025). Ülkemizde bağımsız bir geriatri hastanesi bulunmamakla birlikte, birçok üniversite hastanesinde Geriatri Bilim Dalları; Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde ise Geriatri Poliklinikleri veya birimleri aracılığıyla 60/65 yaş ve üzeri bireylere yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Geriatri bilim dalları, 1990'lı yıllardan itibaren geriatri yan dal uzmanı yetiştirmeye başlamış olmakla birlikte, mevcut uzman sayısı ülke nüfusunun yaşlanma hızı ve hizmet gereksinimleri dikkate alındığında beklenen düzeyin altında kalmaktadır (Uçku, 2025).

Kurumsal sağlık hizmetleri kapsamında yer alan palyatif bakım hizmetleri, yaşlı bireylere özel olarak yapılandırılmamış olsa da, çoğunlukla yaşlı hastaların yararlandığı önemli bir uygulama alanıdır (Yürüyen ve ark., 2017). Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkların neden olduğu çok yönlü fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla mücadele eden bireylerde, ağrı ve diğer semptomların erken tanınması, değerlendirilmesi ve hafifletilmesini amaçlayan bütüncül bir sağlık hizmetidir. Bu yaklaşım, hastanın yaşam kalitesini artırmayı ve hastalık sürecinde birey ile ailesine kapsamlı destek sağlamayı hedeflemektedir (Sertdemir Batbaş ve ark., 2021). 2015 yılında yürürlüğe giren Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'de, palyatif bakım merkezleri; yaşamı tehdit eden hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan bireylerde ağrı ve diğer semptomların erken dönemde tanınması ve değerlendirilmesini amaçlayan, bu bireylere ve ailelerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek sunarak acıların azaltılması veya önlenmesi ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik hizmet veren birimler olarak tanımlanmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin yanı sıra devlet ve vakıf üniversitelerine ait

hastaneler ile özel sağlık kuruluşlarında da sunulmaktadır (Uçku, 2025). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ülke genelinde toplam 6.397 yatak kapasitesine sahip 437 Palyatif Bakım Merkezinde, yalnızca 2023 yılının ilk altı ayında 90.648 hastaya palyatif bakım hizmeti sunulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı)

Hastalık, engellilik veya yaşlılık nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmakta zorlanan bireylere, tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerinin kişinin yaşam alanında sunulmasını hedefleyen evde sağlık ve bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından yayımlanan Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik kapsamında yürütülmektedir (Altındış, 2025). Güncellenen Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik'te, önceki düzenlemelere yaşlı bireylere daha geniş bir yer ayrıldığı dikkat çekmektedir. Yönetmelikte, evde sağlık hizmeti kapsamına alınacak bireyler arasında "80 yaş ve üzeri olup hizmet talep eden tüm yaşlılar" ile "kronik hastalığı bulunan ve günlük yaşam aktiviteleri açısından tam bağımlı ya da ileri derecede bağımlı olan 65 yaş ve üzeri bireyler" olmak üzere iki ayrı hasta grubu açık biçimde tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı, 2023).

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam ortamlarında ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerini sağlamak amacıyla Yaşlı Destek Programı (YADES) yürütülmektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülen bu program, büyükşehir belediyelerinin yaşlı bakımına yönelik projelerini desteklemeyi ve geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu program kapsamında, yaşlı bireylere yönelik evde bakım ve gündüzlü bakım hizmetleri alanlarında destek sağlanmaktadır (T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020).

2.7. Yeniden Düşünmek: Yaşlılık Politikalarında Yaklaşımlar

Günümüzde yaşlı nüfusun hızla artması, demografik bir dönüşümün yanı sıra sosyal, ekonomik ve sağlık politikalarının yeniden ele alınmasını gerektiren yapısal bir değişimdir. Ülkemizde yaşlı bireylerin gereksinimleri çoğunlukla sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alınmıştır. Her ne kadar son yıllarda sağlık hizmetlerinin sosyal hizmet uygulamalarıyla bütünleştirilmesine yönelik adımlar atılmış olsa da, mevcut politikaların hâlen ağırlıklı olarak tedavi ve bakım merkezli bir yaklaşıma dayandığı görülmektedir. Bu yaklaşım, yaşlanmanın çok boyutlu doğasını ve bireylerin sosyal katılım, üretkenlik ve yaşam doyumu gereksinimlerini yeterince karşılayamamaktadır. Yaşlılık politikalarının, yalnızca bakım temelli hizmetlerden ziyade, aktif, sağlıklı ve yerinde yaşlanmayı önceleyen bütüncül bir yaklaşımla yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Sağlıklı yaşlanma kavramı, bireylerin yaşamları boyunca fiziksel, bilişsel ve psikososyal sağlıklarını korumayı, bağımsızlıklarını sürdürmeyi ve yaşam kalitelerini iyileştirmeyi amaçlayan bütüncül bir yaklaşımı ifade et-

mehtedir. Bu kavram, bireyin yalnızca hastalıksız bir yaşam sürmesini değil, aynı zamanda işlevsel kapasitesini destekleyen çevresel ve sosyal koşulların güçlendirilmesini de kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı yaşlanmayı süreklilik gösteren bir süreç olarak tanımlamakta ve bireyin potansiyelini yaşamın her evresinde en üst düzeye çıkarma hedefini vurgulamaktadır (DSÖ, 2020). Sağlıklı yaşlanma, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında oluşturduğu "aktif yaşlanma" politika çerçevesinden geliştirilmiş bir kavramdır. Aktif yaşlanma kavramı, yaşlanma sürecinde bireylerin yaşam kalitelerini artırmak amacıyla sağlık, toplumsal katılım ve güvenlik olanaklarının en üst düzeyde geliştirilmesini temel alan dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2002). Aktif yaşlanma, bireyin yaşamının her evresinde ve sosyo-demografik özelliklerinden bağımsız olarak hastalıklardan korunmasını, sağlığını koruyup geliştirmesini ve sağlık hizmetlerine erişimini sağlamayı hedefleyen bir süreçtir. Bu yaklaşım, bireylerin yaşam boyu öğrenme olanaklarından yararlanarak toplumsal, kültürel, ekonomik ve siyasal yaşama aktif biçimde katılmalarını; aynı zamanda fiziksel ve ekonomik bağımsızlıklarını sürdürmek üzere mevcut hizmetlerden en yüksek düzeyde faydalanmalarını amaçlamaktadır. Aktif yaşlanma, bireyin yaşamının her evresinde sağlık, sosyal, kültürel, entelektüel, psikolojik, duygusal ve ekonomik boyutlarıyla yaşlılık dönemine yapılan çok yönlü bir yatırım olarak değerlendirilmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

Daha uzun bir yaşam süresi, bireylerin kendilerine, ailelerine ve topluma çeşitli yönlerden katkı sunabilmeleri için önemli fırsatlar yaratmaktadır. Ancak bu fırsatların sürdürülebilir olması, bireylerin yalnızca yaşam sürelerini uzatmalarıyla değil, aynı zamanda sağlıklı yaşam yıllarını artırabilmeleriyle mümkündür. Dolayısıyla, yaşam süresine nitelik kazandırmak ve yaşlılık döneminde işlevselliği korumak, sağlıklı yaşlanma politikalarının temel hedefi olarak görülmektedir (Çöl ve Çebi Kalaycı, 2025). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM), herkesin uzun ve sağlıklı bir yaşam sürme hakkına sahip olduğu anlayışından yola çıkarak 2021-2030 dönemini "Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı" olarak ilan etmiştir. Bu küresel girişim, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve toplumsal katılımlarını güçlendirmek amacıyla hükümetlerin, uluslararası kuruluşların, sivil toplum örgütlerinin, akademik çevrelerin, medyanın ve ailelerin ortak bir çatı altında iş birliği yapmasını hedeflemekte olup, planın odak noktasında yaşlı bireyler ve onların ihtiyaçları yer almaktadır (DSÖ, 2020). Bireylerin yaşlanma süreçlerindeki farklılıklar, kısmen genetik etkenlerden kaynaklansa da büyük ölçüde yaşam boyu biriken çeşitli sosyal, ekonomik, çevresel ve davranışsal faktörlerin etkisiyle şekillenmektedir. Bu faktörler arasında kişisel özellikler, eğitim düzeyi, istihdam koşulları ve gelir durumu gibi sosyoekonomik unsurların yanı sıra, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, tütün kullanımı, bağışıklama ve tarama programlarına katılım, sağlık ve sosyal bakım hizmet-

lerine erişim ile ruhsal ve bilişsel sağlığın korunması, çevresel faktörler gibi değişkenler yer almaktadır. Bu unsurların birikimli etkisi, bireylerin yaşlanma hızını, sağlıklı yaşlanma potansiyelini ve yaşam kalitesini belirleyen temel bileşenleri oluşturmaktadır. Bu faktörler, sağlıklı yaşlanma sürecini doğrudan etkileyebileceği gibi, bireylerin fırsatlarını, kararlarını ve sağlıkla ilişkili davranışlarını şekillendiren koşullar aracılığıyla dolaylı olarak da belirleyebilmektedir (Çöl ve Çebi Kalaycı, 2025). Dünya genelinde yaşlı nüfusun artış eğilimi ve özellikle kentsel alanlarda yaşayan bireylerin karşılaştığı sorunlara çözüm bulma gereksinimi, çevresel faktörleri dikkate alan yeni model arayışlarını gündeme getirmektedir (Aslan, 2025). Günümüzde dünya nüfusunun %55'inden fazlası kentsel alanlarda yaşamaktadır ve bu oranın artmaya devam edeceği öngörülmektedir. Yapılan projeksiyonlara göre, 2050 yılına gelindiğinde dünya nüfusunun yaklaşık %68'inin kentlerde yaşayacağı tahmin edilmekte ve bu demografik değişimin özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoğunlaşması beklenmektedir (DSÖ, 2024). Yaşlı bireylerin kent yaşamına uyumunu kolaylaştıran ve mekândan bağımsız biçimde sağlıklı bir yaşam sürmelerini destekleyen modeller gereksinimlere yanıt verebilmektedir. Bu bağlamda, "Yaşlı Dostu Şehir (YDŞ)" kavramı ve uygulamaları söz konusu yaklaşımlar içinde önemli bir yere sahiptir Yaşlı Dostu Şehir kavramında toplumlar, yaşam alanları ve hizmet sunan kurumlar, yaşlı bireylerin ihtiyaç ve beklentilerine duyarlı biçimde düzenlendiğinde yaşlı dostu olarak nitelendirilebilir (Aslan, 2025). Bir toplumun yaşlı dostu olarak değerlendirilebilmesi, o toplumda yaşayan yaşlı bireylerin mevcut yetenek ve kapasitelerini en üst düzeyde kullanarak yaşamın her alanına aktif biçimde katılabilmelerine olanak tanıyan koşulların bulunmasına bağlıdır. Bu koşulların desteklenmesini sağlayan hizmetlerin, politikaların, fiziksel altyapıların ve nitelikli insan gücü kaynaklarının varlığı, yaşlı dostu toplumların oluşumunda temel bir ön koşul olarak kabul edilmektedir. Yaşlı Dostu Toplum, yaşlı bireyler arasındaki farklılıkları gözetken, onların yaşamın her alanına etkin biçimde katılımını destekleyecek modellerin geliştirilmesini öngören ve yaşlıların ihtiyaçlarına yanıt verebilen sistemlerin varlığını esas alan bir yaklaşımı ifade etmektedir (Plouffe ve ark., 2010). Toplumlarda olduğu gibi, makro ya da mikro düzeydeki çevrelerin yani şehirlerin, okulların, evlerin ve sağlık kurumlarının da "yaşlı dostu" nitelikler taşıyabileceği belirtilmektedir Dünyada Mayıs 2024 itibarıyla 53 ülkede 1.606 şehir ve topluluk "Yaşlı Dostu" olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu sayının yalnızca niceliksel olarak artması değil, aynı zamanda yaşlı dostu olmanın gerektirdiği niteliksel standartların da sürdürülebilir biçimde karşılanabilmesi için çalışmaların sürekliliğinin sağlanması büyük önem taşımaktadır (Aslan, 2025). Türkiye'de yaşlı dostu kent uygulamalarına örnek olarak Muratpaşa, Kadıköy, Mersin ve Beşiktaş belediyeleri gösterilmektedir. Bu belediyeler, yaşlı bireylerin sosyal yaşama katılımını artırmak, erişilebilirliği sağlamak ve yaşlılara yönelik hizmetleri güçlendirmek amacıyla çeşitli projeler yürütmektedir (Yıldız, 2021).

Ülkemizde son planlamalara bakıldığında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Stratejik Plan (2024-2028) ve Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (2021-2016) nın yanı sıra, Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından yürütülen Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı (2024) ile On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) gibi üst düzey politika belgelerinde de yaşlı sağlığına yönelik hedefler ve stratejik yaklaşımlar yer almaktadır. Söz konusu politika belgelerinde, yaşlı bireylere sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin etkinliği ile kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Ayrıca, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin güçlendirilmesi, evde sağlık hizmetlerinin kapsam ve kalitesinin geliştirilmesi, sağlık ve sosyal hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla bir araya getiren yeni bir modelin oluşturulması ve bu süreçte kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi, yaşlı bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla bakım sigortası sisteminin oluşturulması planlanmaktadır. Üst politika belgelerinde öne çıkan temel nokta, sağlık ve sosyal hizmetlerin bütüncül bir yapıda bir araya getirilmesi ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanacağı yeni bir modelin öngörülmesidir. Bu bütüncül yaklaşım ile yaşlı sağlığını farklı boyutları ile değerlendirerek yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Uçku, 2025).

2.8. Yaşlanan Toplumlarda Sağlık Politikaları

2.8.1. Japonya

Japonya dünyanın en yaşlı ülkeleri arasında yer almaktadır. Ülke demografisindeki değişimle birlikte hastalıkların görülme biçimi ve dağılımı da farklılaşmaktadır. Yaşlı nüfusun artması, çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ve aile içindeki bakım veren bireylerin de yaşlanması, sağlık ve sosyal destek sistemlerine yönelik ihtiyaçların yeniden şekillenmesini zorunlu kılmaktadır. Japonya hükümeti, nüfusun yaşlanması ve buna bağlı olarak artan sağlık ve bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla, 2000 yılında Uzun Dönemli Bakım Sigortası (LTCI) sistemini uygulamaya koymuştur. Uzun Dönemli Bakım (LTCI) sisteminin kurulmasındaki temel amaçlar; ailelerin bakım yükünü toplumsal dayanışma mekanizmalarına aktarmak, bakım hizmetlerinin finansmanında sigorta primleri aracılığıyla maliyet paylaşımını sağlamak ve uzun süreli tıbbi bakım ile sosyal destek hizmetlerini entegre bir yapıda sunmaktır (Yamada ve Arai, 2020). Japonya’da, gelecekteki sağlık hizmeti talepleri; demans, kırılgnalık, sarkopeni ve diğer geriatri sendromlarına yönelik sağlık ve bakım hizmetlerine geçiş sürecini hızlandıracığından akut tıbbi bakımın yanı sıra, hastalıkların iyileşme ve kronik evrelerinde de sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulması gerekmekte ve hizmetler, rehabilitasyon merkezleri ve çeşitli türdeki bakım evlerinde sağlanmaktadır. Yaşlı bireyler için yalnızca her hastalığı ayrı ayrı ele alan parçalı bir tıbbi bakım yaklaşımı yeterli değildir. Tüm organ fonksiyonlarını, günlük yaşam aktivitelerini, kırılgnlığı ve çevresel faktörleri dikkate alan geniş bir bakış açısına ihtiyaç vardır (Tsutsui,2014). 2006 yılında hükümet, kırılgn veya kırılgnalık

öncesi durumda olan yaşlı bireyleri belirlemeyi, fonksiyonel kapasite kaybını önlemeye yönelik erken dönemde koruyucu bakım programları sunmayı ve uzun dönemli bakıma bağımlılığın geciktirilmesini amaçlayan önlemler uygulamaya koymuştur (Yamada ve Arai 2018). Japonya’da evlenme oranlarının düşmesi, kentleşmenin artması, tek kişilik hanelerin çoğalması ve boşanmalar sonucunda ebeveyn-çocuk hanelerinin büyümesi gibi toplumsal değişimler, yalnız yaşayan yaşlı bireylerin sayısında artışa yol açmıştır. Bu doğrultuda, Japonya Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2014 yılında Entegre Toplum Temelli Bakım Sistemi (ETBS)’ne geçiş sürecini başlatmıştır. Entegre Toplum Temelli Bakım Sistemi’nin (ETBS) oluşturulmasını desteklemek amacıyla, uzun dönemli bakım sigortası sisteminde düzenlemeler yapılarak kapsamı genişletilmiştir. Japonya Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2025 yılına kadar tam olarak geçiş yapılması planlanan bu sistem kapsamında; kapsamlı sağlık hizmetleri, uzun dönemli bakım, koruyucu hizmetler, konut olanakları ve sosyal destekten oluşan beş temel hizmet alanını bir araya getirmeyi hedeflemektedir. Entegre Toplum Temelli Bakım Sistemi (ETBS) ile hükümet, hastalıkların ortaya çıktıktan sonra tedavi edilmesinden ziyade, bunların önlenmesi ve kontrol altına alınmasına odaklanmayı; hastane merkezli yaklaşımlar yerine, toplum düzeyinde hasta odaklı entegre hizmetlerin sunulmasını amaçlamaktadır. Entegre Toplum Temelli Bakım Sistemi (ETBS) kapsamında, ileri düzeyde bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin toplum içinde yaşamlarını sürdürebilmeleri ve evlerinde kalabilmeleri amacıyla çeşitli bakım hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler, 24 saat kesintisiz şekilde ve multidisipliner bir ekip iş birliğiyle yürütülmektedir. Evde bakım ekipleri, yaşlı bireylerin ikametlerine en fazla 30 dakika içinde ulaşabilecek biçimde konumlandırılmıştır. Ayrıca sistemde, bireylerin sigorta kapsamına alınmasıyla birlikte belediyeler hem hizmet sunumunu hem de mali kaynakların yönetimini üstlenmektedir (Nohara ve Satoh, 2017).

2.8.2. İtalya

İtalya’da 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranı, 2002 ile 2021 yılları arasında %12,4’ten %23,5’e yükselerek %10’dan fazla artmıştır ve bu oranın 2050 yılına kadar %34,9’a ulaşacağı öngörülmektedir (Santini ve ark., 2025). Avrupa’da yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkelerden biri olan İtalya’da, yaşlılara yönelik hizmet sunan kurumsal yapıların oldukça parçalı bir görünüme sahip olduğu görülmektedir (Yılmaz ve ark., 2013). Sosyal hizmetlerin sunumu belediyelerin sorumluluğunda iken, sağlık ve uzun dönemli bakım (LTC) hizmetleri, bölgesel düzeyde belirlenen politika çerçeveleri doğrultusunda yerel sağlık otoriteleri (Aziende Sanitarie Locali) tarafından yürütülmektedir (Garattini ve ark., 2020). İtalya’da yaşlı bakım sistemi, ağırlıklı olarak aile temelli bakım anlayışı üzerine yapılandırılmıştır. Yaşlı bireylerin bakımı çoğunlukla aile üyeleri tarafından gayriresmî bakıcılar olarak yürütülmekte olup, bu süreç devletin sunduğu nakit sosyal destek programlarıyla destek-

lenmektedir (Costanzo ve Pavolini, 2015). İtalya'nın resmî yaşlı bakım sistemi üç temel destek türünden oluşmaktadır: topluma dayalı bakım hizmetleri, nakdi yardımlar ve kurumsal bakım uygulamalarıdır (Özmete ve Hussein, 2017). İtalya'da topluma dayalı bakım hizmetlerinin temel unsurlarından birini pratisyen hekimler ya da aile hekimleri oluşturmaktadır. Bir diğer unsur, belediyelerin sorumluluğunda yürütülen evde yardım hizmetleridir. Bu hizmetlerin kapsamı ve niteliği, bölgesel düzeyde farklılıklar gösterebilmektedir (Marcellini ve ark., 2007). Son unsur ise evde bakım hizmetleridir. Bu hizmetlerde sunulan sağlık bakımı, entegre konut temelli bakım anlayışıyla planlanmakta ve uygulanmaktadır. Ayrıca huzurevlerinde verilen diğer sağlık hizmetleri de Ulusal Sağlık Sistemi tarafından organize edilmekte ve yürütülmektedir. Yaşlı bireylerin evlerinde ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve evde bakım gibi bireysel sosyal hizmetler, Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) birimleri aracılığıyla sunulmaktadır. Ayrıca, merkezi yönetimden bağımsız olarak yerel düzeyde kurumsal yaşlı bakım hizmetleri de belediyeler tarafından gerçekleştirilmektedir (Özmete ve Hussein, 2017). İtalya'da yaşlı bireylere yönelik nakdi destekler, refakatçi ödemeleri ve yerel bakım yardımlarından oluşmaktadır. Kendi kişisel bakımını ve günlük ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayamayan yaşlıların kurumsal bakıma yönlendirilmesi yerine ev ortamında desteklenmesini teşvik etmek amacıyla, bakım veren kişilere "refakatçi ödemesi" adı altında maddi yardım sağlanmaktadır. Söz konusu nakdi destek, merkezi yönetim tarafından finanse edilmektedir. Yaşlı bireylere yönelik bir diğer nakdi destek türü ise yerel bakım ödenekleridir. Bu ödenekler, düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayan ve günlük yaşamlarını sürdürebilmek için başka birine bağımlı olan yaşlı bireylere, yerel yönetimler yani belediyeler aracılığıyla sunulmaktadır. Kurumsal bakım kapsamında yaşlı bireylere sunulan hizmetler; bakımevleri, huzurevleri, korumalı konutlar, sosyal ve sağlık destekli huzurevi modelleri ile gündüz bakım merkezlerinden oluşmaktadır (Varol, 2023). İtalyan sağlık sisteminin sınırlılıklarını gidermek amacıyla, 31 Mart 2023 tarihinde 33 sayılı "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" (Yaşlı kişiler lehine politikalar hakkında hükümete yetki devri) yasası yürürlüğe girmiştir. Bu yasanın ilk uygulama kararnamesi Mart 2024'te onaylanmıştır ve amacı, kırılğan yaşlı bireylere yönelik İtalyan sağlık politikalarını yeniden düzenlemek ve mevcut zayıflıkları ortadan kaldırmaktır. Böylece, yaşlı bireylerin uzun dönemli bakım (LTC) gereksinimlerine daha erişilebilir, kaliteli ve zamanında hizmetlerle yanıt verilmesi hedeflenmektedir (Santini ve ark., 2025).

2.8.3. İsveç

2023 yılı itibarıyla İsveç'in nüfusu 10,5 milyonu aşmış olup, en belirgin artış 80 yaş ve üzeri yaş grubunda görülmektedir; ülkede ortalama yaşam süresi ise 83,1 yıl olarak belirlenmiştir (Şimşek, 2025). Demografik dönüşümler sonucunda yaşlı bireylerde işlevsel kapasiteyi etkileyen sağlık sorunlarının

artması, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için ek desteğe duyulan gereksinimi de artırmaktadır (Olsen ve ark., 2022). İsveç'te sağlık sisteminin finansmanı büyük ölçüde kamu kaynaklarına dayanmaktadır; harcamaların yaklaşık %86'sı vergiler yoluyla karşılanmakta olup sistem neredeyse tüm nüfusu kapsamaktadır. Hizmetlerden düşük oranlarda katkı payı alınmakta olup, 85 yaş ve üzerindeki bireylere sunulan hizmetler bu uygulamadan muaf tutulmaktadır (Şimşek, 2025). İsveç sağlık sistemi; ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde yapılandırılmıştır. Sistem, ulusal düzeyde düzenlenmekte ancak yerel düzeyde uygulanmaktadır. Ulusal düzeyde sağlık sisteminin genel koordinasyonundan ve politika belirlemeden Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı sorumludur. Bakanlık genel sağlık politikalarını oluştururken, bölgeler sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunu üstlenmekte; yerel yönetimler ise yaşlılar ve engellilere yönelik hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olmaktadır (Görece, 2024). Sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve örgütlenmesinden yerel sağlık bölgeleri sorumlu olup, bu bölgelerde entegre bir hizmet yapısı bulunmaktadır; geçmişte uzmanlaşmış hastane hizmetleri ön plandayken, 2016 yılından itibaren yürütülen reformlar birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine odaklanmıştır. Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası ile Sosyal Hizmetler Yasası kapsamında, yaşlı bireyler ve işlevsel engellilere yönelik uzun dönemli bakım hizmetlerinin gelir değerlendirmesi, finansmanı ve organizasyonundan belediyeler sorumludur (Şimşek, 2025). İsveç'te yaşlı bireylere yönelik entegre bakım sistemi, bölgeler ile belediyeler arasındaki koordinasyonu ve bölgesel sağlık kurumlarıyla belediyelere bağlı sosyal bakım hizmeti sağlayıcıları arasındaki iş birliğini kapsamaktadır (Kjellberg ve Szucs, 2020). Sağlık merkezlerine bağlı mobil ekipler, özellikle yaşlılar, kronik hastalığı bulunanlar ve sık hastane yatışı gerektiren bireyler gibi daha fazla hizmet ihtiyacı olan kişilere yönelik olarak oluşturulmuştur. Bu ekipler, gerektiğinde belediyeler ve yataklı sağlık kurumlarıyla iş birliği içinde hizmet sunmaktadır (Şimşek, 2025). İsveç yasaları gereğince tüm yaşlı bireylerin kendi evlerinde yaşama hakkı bulunmaktadır; günlük yaşam aktivitelerinde zorlanan veya herhangi bir engellilik durumu yaşayan yaşlılar, belediyeye belirli bir ücret ödeyerek evde bakım ve destek hizmetlerinden yararlanabilmektedir (Lewicka, 2015). Evde yardım ve bakım hizmetleri kapsamında gündüz aktiviteleri, geçici bakım, refakat desteği ve kısa süreli bakım uygulamaları yer almaktadır. Ayrıca, bazı yerel yönetimler yaşlı bireylerin yurt dışı seyahatleri sırasında da kısa süreli bakım hizmetleri sunabilmektedir. İsveç'te yaşlı bireylere yönelik ev temelli hizmetler, evde bakım hizmeti ve ev yardımı hizmeti olmak üzere iki farklı biçimde sunulmaktadır. Evde bakım hizmetleri; hemşire, uzman sağlık personeli veya yetkilendirilmiş ev yardım görevlileri tarafından yürütülmektedir. Ev yardımı hizmetleri ise sosyal destek sağlayan ya da ev içi işlerde yardımcı olan diğer personel tarafından sunulmaktadır (Ceylan, 2013). İsveç'te belediyeler tarafından yaşlı bireylere yönelik gece saatlerinde evde destek sağlayan mobil bakım hizmetleri sunul-

maktadır. Bu hizmetler, planlı gece ziyaretlerinin yanı sıra, acil durumlarda güvenlik alarmlarına yanıt olarak gerçekleştirilen plansız müdahaleleri de içermektedir. Gece mobil ekipleri genellikle iki kişiden oluşmakta ve akşam 21.00 ile sabah 07.00 saatleri arasında görev yapan eğitimli hemşirelerden meydana gelmektedir (Andersson ve Sjölund, 2022).

3. Sonuç

Modernleşme, kentleşme, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmeler gibi birçok dinamik, dünya genelinde demografik yapıda önemli dönüşümlere yol açmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık oranlarının azalması, dünya nüfusunun giderek yaşlandığını istatistiksel olarak ortaya koymaktadır. Nüfusun yaşlanması, toplumlar açısından sosyal ve ekonomik birçok riski beraberinde getirdiğinden, bu sürecin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması ve etkili, sürdürülebilir stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Toplumda nüfusun yaşlanma sürecine ilişkin farkındalığın artırılması, bu olgunun sosyal, ekonomik ve sağlık boyutlarıyla bütüncül biçimde anlaşılmasını sağlayacaktır. Bu doğrultuda, yaşlanma sürecinin beraberinde getirdiği risklerin, sorunların ve ihtiyaçların doğru biçimde tanımlanması, etkili politika ve hizmet modellerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Aile yapısında meydana gelen değişimler, modernleşme süreci, kentleşmenin hızlanması ve kadınların iş gücüne katılım oranının artmasıyla birlikte yaşlı bakımının önemi giderek artmaktadır. Bu bağlamda, toplumun mevcut düzenine ve değişen ihtiyaçlarına yanıt verebilecek, aynı zamanda mevcut kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlayacak yeni sağlık, sosyal güvenlik ve bakım politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Yaşlı bireylerin bireysel ya da toplumsal olaylara ve kendileri için önemli bilgilere erişebilmesi, onların yaşamla olan bağlarını güçlendirir. Gereksinim duyduklarında bilgiye ulaşabilme, bilgi kaynaklarını doğru ve zamanında kullanabilme ile teknolojik olanaklardan yararlanabilme imkânı, yaşlılık döneminde de sürdürülmelidir. Bu durum, yaşlı bireylerin toplumsal katılımını destekleyerek yaşam kalitelerini ve bağımsızlık duygularını artırır. Bu süreçte, yaşlı bireylerin teknoloji kullanımına ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması, onların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak ve yaşam kalitelerini yükseltecektir. Dolayısıyla, yaşlı bireylerin teknoloji okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik eğitim ve bilinçlendirme programlarının uygulanması, çağdaş bakım modellerinin sürdürülebilirliği açısından önem taşımaktadır. Aktif ve sağlıklı yaşlanmanın, yaşlı bireylerin yaşam memnuniyetini artırmasının yanı sıra sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki yükü azalttığı göz önünde bulundurulduğunda, bu süreci destekleyecek bütüncül politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, yaşlı bireylerin diğer kuşaklarla ilişkilerinin güçlendirilmesi, aile bağlarının korunması ve gerektiğinde ailenin diğer üyelerine ekonomik ve sosyal destek sağlanmasına yönelik çalışmaların hayata geçirilmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2), 75–80.
- Akadlı Ergöçmen, B. (2025). Türkiye nüfusu: Demografik değişimler ve yaşlanan toplum. *Toplum ve Hekim*, 40(1).
- Akdemir, N., Birol, L. (2018). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Altındış, E. (2025). Yaşlı bireylerde yerinde yaşlanma ile yaşam doyumu ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Doktora tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü]. İstanbul.
- Altunay, Z. (2020). Sosyo-kültürel değişme açısından yaşlı, yaşlılık ve yaşlı bakımı (Zonguldak örneği) [Yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı]. Isparta.
- Andersson, K., Sjölund, M. (2022). Swedish eldercare within home care services at night-time: Perceptions and expressions of “good care” from the perspective of care workers and care unit managers. *Nordic Social Work Research*, 12(5), 640–653. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1858330>
- Aslan, D. (2025, Ocak–Şubat). Teoriden pratiğe “yaşlı dostu şehirler”. *Toplum ve Hekim*, 40(1).
- Aslan, D., Gökçe Kutsal, Y., Saygun, M. (2022). Türkiye’de yaşlılık ve öne çıkan sağlık sorunları. *Türk Geriatri Derneği Yayını*. <https://www.geriatri.org.tr/pdf/turkiyede-yaslilik-raporu-Ekim-2022.pdf>.
- Aslan, M., Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 53–62.
- Beliner, A. S. (2014). Birinci basamakta ev ziyareti ile yaşlıların düzenli izleminin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir.
- Biçer, S. (2017). Yaşlı bireylerde görülen sağlık sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. *Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (ed), Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı bo-yutlarıyla kronik hastalıklar (2. baskı, ss. 355–365). Çukurova: Nobel Tıp Kitabevi.*
- Bilir, N. (2019). Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı ve epidemiyolojik özellikler. A. Ertürk, A. Bahadır, F. Koşar (Eds.), *Yaşlılık ve solunum hastalıkları* (ss. 13–31). TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi.
- Birleşmiş Milletler. (2024). 2022 Dünya Nüfus Beklentileri (World Population Prospects 2022). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Erişim tarihi: 21 Ekim 2025, <https://population.un.org/wpp/>
- Bölüktaş, R. P. (2019). Yaşlanma teorileri ve geriatrik değerlendirme. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.

- Can, S. (2022). Yaşlılarda uyku sorunları: Derleme. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 2(1), 36–42.
- Ceylan, H. (2013). İsveç refah devletinde bakım hizmeti alan yaşlıların yaşam algıları: Stockholm örneği [Doktora tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı]. Sakarya Üniversitesi.
- Costanzo, R., Pavolini, E. (2015). Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 270–285. <https://doi.org/10.1177/0958928715588704>.
- Çöl, M., Çebi Kalaycı, E. (2025, Ocak–Şubat). Sağlıklı yaşlanma. *Toplum ve Hekim*, 40(1).
- Danış, M. Z., Günay, G. (2019). Yaşlılık döneminde karşılaşılan psikososyal sorunlar. In U. Yanardağ ve M. Zubaroglu Yanardağ (Eds.), *Yaşlılık ve sosyal hizmet* (ss. 43–66). Nika Yayınevi.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (2007). Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı (Yayın No: DPT 2741). Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. <https://www.aile.gov.tr/media/33628/turkiyede-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı.pdf>.
- Duman, İ., Ceyhan, Ö., Taşcı, S. (2024). Yaşlı bireylerde aromaterapi kullanımı [Aromatherapy use in older adults]. *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(3), 441–449. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1510870>.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2017). *Monitoring health for the Sustainable Development Goals (SDGs)*. Geneva: World Health Organization.
- Erkoç, B., Danış, M. Z. (2021). Yaşlılık döneminde karşılaşılan sorunlar. In E. Birinci (Ed.), *Gerontolojik sosyal hizmet* (ss. 49–62). Nobel Yayınevi.
- Eser, B., Küçük Aksu, S. (2021). Yaşlanan nüfus, sorunlar ve politikalar: Türkiye için bir değerlendirme. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 12(2), 541–556.
- Eser, B., Küçük Aksu, S. (2021). Yaşlanan nüfus, sorunlar ve politikalar: Türkiye için bir değerlendirme. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 12(2), 541–556.
- Garattini, L., Zanetti, M., Freemantle, N. (2020). The Italian NHS: What lessons to draw from COVID-19? *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(4), 463–466. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00594-5>.
- Genç, Y., Barış, İ. (2015). Yaşlı bakım hizmetlerinde çağdaş yaklaşım: Kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi. *The Journal of Academic Social Science*, 3(10), 36–57.
- Gökdağ, M. (2019). Yaşlı bakım alanında çalışan personelin yaşlılara yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Ankara örneği [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı].

- Göker, C. (2019). Yaşlı nüfus ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki: Dünya ölçeğinde ampirik bir çalışma [Yüksek lisans tezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı].
- Görece, P. (2024). Türkiye, Hollanda ve İsveç'teki yaşlı bakım uygulamalarının karşılaştırılması ve Türkiye için yaşlı bakım modeli önerisi [Doktora tezi, Üsküdar Üniversitesi]. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. İstanbul.
- Hooyman, N. R., Kawamoto, K. Y., Kiyak, H. A. (2015). Aging matters: An introduction to social gerontology. Pearson Education.
- Hüner, B., Demirhan, E., Atar, S. (2013). Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi hastalıkları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(Ek sayı 2), 75–88.
- Işıkhani, V. (2021). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. In E. Birinci (Ed.), *Gerontolojik sosyal hizmet* (ss. 63–80). Nobel Yayıncılık.
- İçağasıoğlu Çoban, A., İlik, B. (2021). Yaşlılık ve sosyal hizmetler (Teknik Rapor No: 16-2021/2). Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı.
- Kalınkara, V. (2021). Temel gerontoloji: Yaşlılık bilimi. Nobel Yayınevi.
- Karan, M. A., Satman, İ. (2021). Yaşlı sağlığı raporu: Güncel durum, sorunlar, kısa ve orta vadeli çözümler. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı.
- Kersu, Ö., Alparslan, G. B. (2020). Geriatrik bireylerin fiziksel aktiviteleri ve uyku kaliteleri arasındaki ilişki. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(1), 24–30.
- Keskin, M., Koçak, H. (2023). Türkiye'de nüfusun yaşlanması üzerine bir SWOT analizi. *Sosyolojik Düşün*, 8(2), 275–303.
- Kjellberg, I., & Szucs, S. (2020). Pursuing collaborative advantage in Swedish care for older people: Stakeholders' views on trust. *Journal of Integrated Care*, 28(3), 231–241. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2020-0001>.
- Kubat Bakır, G., & Akın, S. (2019). Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetimi ile ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 19(2), 17–25.
- Kutlu Dönmez, Ö. (2022). Gerontolojik sosyal hizmet ve psikososyal rehabilitasyon. S. Sütü (Ed.), *Yaşlı sağlığı*. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yayınları.
- Küçük, U., Karadeniz, H. (2021). Yaşlanmaya bağlı bireylerde görülen fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişiklikler ile korunmaya yönelik önlemler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD) / Elderly Issues Research Journal (EIRJ)*, 14(2), 96–103. <https://doi.org/10.46414/yasad.877517>.
- Lewicka, B. (2015). Senior housing in Sweden – Organisation of the system and conclusions for Poland. *Świat Nieruchomości / World of Real Estate Journal*, (92), 42–54. https://www.swiatnieruchomosci.krakow.pl/components/com_jshopping/files/demo_products/94_07.pdf (Erişim tarihi: 18.10.2025).
- Li, J., et al. (2019). Spatiotemporal evolution of global population ageing from 1960 to 2017. *BMC Public Health*, 19, 127.
- Marcellini, F., Giuli, C., Gagliardi, C., & Papa, R. (2007, May–June). Aging in Italy: Ur-

- ban-rural differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(3), 243–260. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2006.05.004>.
- Nohara, Y., Satoh, E. (2017). A study on the evaluation methodology of home care environment for elderly people in local city. *Urban and Regional Planning Review*, 4, 45–57. <https://doi.org/10.14398/urpr.4.45>.
- Olsen, M., Udo, C., Dahlberg, L., Boström, A. M. (2022). Older persons' views on important values in Swedish home care service: A semi-structured interview study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 967–977. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S347886>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Önal, A. E., Gül, H. (2024). Yaşlı sağlığı / Elderly health. S. Karabey, A. E. Önal, S. Canbaz (Ed.), *Halk sağlığı: Bugün ve her zaman / Public health: Today and always* (Bölüm 10). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Özdemirhan, T., Şenlik, Z. B., Şimşek, A. Ç. (2020). Sağlıklı, aktif, başarılı yaşlanma. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 1(1), 51–57.
- Özkul, M., Kalaycı, İ. (2015). Türkiye’de yaşlılık çalışmaları. *Journal of Sociological Studies / Sosyoloji Konferansları*, 52. <https://doi.org/10.18368/IU/sk.98114>.
- Özmete, E., & Hussein, S. (2017). Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri raporu: Avrupadan en iyi uygulama örnekleri ve Türkiye için bir model tasarımı. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Plouffe, L., & Kalache, A. (2010, September). Towards global age-friendly cities: Determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health*, 87(5), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9466-0>.
- Resmî Gazete. (2017, 25 Ağustos). Olağanüstü Hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Sayı: 30165). Ankara: T.C. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.
- Rouzet, D., Sánchez, A. C., Renault, T., Roehn, O. (2019). Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies (OECD Economic Policy Paper No. 27).
- Santini, S., Busilacchi, G., Lamura, G., Sofritti, F., Pacifico, A., Bongelli, R., Guarascio, C. (2025). Reforming Italy’s long-term care system: The role of barriers to and drivers of the use of services at the local level. *Frontiers in Public Health*, 13, 1575330. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1575330>.
- Say Şahin, D. (2019). Yaşlılarda sık görülen sağlık problemleri ile tedavi ve bakım esnasında ortaya çıkan tıp etiği sorunları. In U. Yanardağ, M. Yanardağ (Eds.), *Yaşlılık ve sosyal hizmet* (ss. 83–99). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Sertdemir Batbaş, C., Yakar, B., Piriñçi, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136–143. <https://doi.org/10.17942/sted.625696>.
- Soyuer, F., Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakül-

tesi Dergisi, 15(3), 219–224.

Sönmez, S., Çevik, C. (2021). Yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlikler. *Humanistic Perspective*, 3(2), 496–511.

Steves, C. J., Spector, T. D., Jackson, S. H. D. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, 41(5), 581–586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>.

Şentürk, Ü. (2018). Yaşlılık sosyolojisi: Yaşlılığın toplumsal yörüngeleri. Dora Yayınları.

Şimşek, H. (2025, Ocak–Şubat). Dünyada yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal politikalar ve hizmetler: İsveç ve Almanya örneği. *Toplum ve Hekim*, 40(1).

T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2020). Yaşlılar için bilgilendirme rehberi. Ankara.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). On ikinci kalkınma planı (2024–2028): Aile, nüfus ve demografik dönüşüm. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf.

T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018). Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu (On Birinci Kalkınma Planı 2019–2023). Ankara: Kalkınma Bakanlığı. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/04/YaslanmaOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023, 25 Ağustos). Yaşlı Sağlığı Birimi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/birimler-kronikhastaliklar/yasli-sagli-gi-birimi.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). Birinci basamak sağlık kuruluşları için çok yönlü yaşlı değerlendirmesi ve izlemi kılavuzu (Aile sağlığı çalışanı). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2025, Eylül 30). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024: Haber Bülteni (Sayı 13). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı. (2023, Haziran 2). Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik Resmî Gazetede Yayımlandı [Web duyurusu]. Erişim tarihi 20 Ekim 2025, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-96311/evde-saglik-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik-resmi-gazetede-yayimlandi.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler için yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015–2020 (Yayın No. 960). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021–2026 (Yayın No. 1242). Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. Dünya Palyatif Bakım Günü – Basın Duyurusu. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html>.
- Tereci, D., Turan, G., Kasa, N., Öncel, T., Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık kavramına bir bakış. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), 84–116.
- Tsutsui, T. (2014). Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *International Journal of Integrated Care*, 14, e002. <https://doi.org/10.5334/ijic.988>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022a). Doğum istatistikleri, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024a, 27 Mart). İstatistiklerle yaşlılar, 2023 (Haber Bülteni No: 53710). Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024b, 6 Şubat). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2023 (Haber Bülteni No: 49684). Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2025a, 13 Mart). İstatistiklerle yaşlılar, 2024 (Haber Bülteni No: 54079). Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2024-54079>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2025a, 23 Temmuz). Hayat Tabloları, 2022-2024. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolar-2022-2024-54081>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024a, Mart 27). Veri portalı. <https://data.tuik.gov.tr>
- Uçku, R. (2025). Türkiye’de yaşlılara yönelik sağlık politikaları ve hizmetler. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 40(1), Ocak–Şubat.
- Uçku, R., Şimşek, H. (2012). Halk sağlığı uygulamaları ve yaşlanma: Ne kadar yeterli? D. Aslan ve M. Ertem (Eds.), *Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler* (pp. 9–11). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Palme Yayıncılık.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024, July). World population prospects 2024: Summary of results. https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2024_Key-Messages.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). World population prospects 2022: Summary of results (UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3). United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2023). UN Data Portal. <https://population.un.org/dataportal/>
- Uyanık, Y., Başyigit, R. (2018). Demografik yapı içinde yaşlı nüfusun görünümü ve aktif yaşlanma yaklaşımı perspektifinde politika örnekleri. *İş ve Hayat*, 4(8), 273–310.

- Üçok, A. (2018). Yaşlılıkta Aktivite Kuramı ile Yaşamdan Kopma Kuramının karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(56), 451–456.
- Varol, B. (2023). Türkiye’de yaşlılık ve sosyal hizmet: Ekolojik yaklaşım bağlamında politika yapıcı ve uygulayıcılar üzerine nitel bir araştırma [Doktora tezi, Yalova Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı]. Yalova.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Urban health overview*. Erişim tarihi: 3 Kasım 2024, https://www.who.int/health-topics/urban-health#tab=tab_1
- Yamada, M., Arai, H. (2020). Long-term care system in Japan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(3), 174–180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *The Journal of International Social Research*, 10(52), Doi Number: <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1979>.
- Yetiş, H. (2024). Bakım hizmeti alan yaşlıların yaşlılık ve yaşlı hizmetleri algılarının belirlenmesi: Yalova örneği [Yüksek lisans tezi, Yalova Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı]. Yalova.
- Yıldız, E. (2021). Yaşlı dostu kentler ve COVID-19 sürecinde yerel yönetim faaliyetleri. *Uluslararası Marmara Sosyal Bilimler Kongresi (IMASCON Sonbahar 2021)*.
- Yılmaz, C. K., Kıl, A. (2020). The relationship between the older adults’ adaptation to old age and perceived social support level. *Çukurova Medical Journal*, 45(1), 338–346.
- Yılmaz, F., Çağlayan, Ç. (2016). Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Turkish Journal of Family Practice / Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(4), 129–140.
- Yılmaz, S., Açıkgöz, A., Çevik, C., Tarı Selçuk, K., Uçku, R. (2013). Yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumu: Ülke örnekleri üzerinden değerlendirmeler [Health and social services for the elderly; the evaluation of some country examples]. *STED*, 22(3).
- Yürüyen, M., Karan, M. A., Satman, İ., Atlı, T., Öztürk, G. B., Cankurtaran, M., Erdinçler, D. S., Halil, M. (2017). Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/455942>.



SAVUNMASIZ GRUPLARDA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE YAPAY ZEKA TEKNOLOJİLERİNİN KULLANIMI

“ ”

Emel Güven¹
Tuğba Solmaz²

1 Araş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, ORCID ID: 0000- 0001-6105-4385

2 Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, ORCID ID: 0000-0003-0574-0035

1. Giriş

Kronik hastalık yönetimi tarama, kontrol, tedavi takibi ve koordinasyonu ile hasta eğitimi de dahil olmak üzere hastalığı yönetmeye yönelik bir bakım yaklaşımını ifade etmektedir. Kronik hastalık yönetimi hastaların sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmek, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve hastalığın etkilerini önleyerek veya en aza indirerek sağlık hizmeti maliyetlerini azaltmak için yeni stratejiler, araçlar ve bakım süreçleri gerektirmektedir (Bardhan ve ark., 2020; Kroenke ve ark., 2024). Yeni teknolojik gelişmeler özellikle yapay zeka destekli teknolojiler, kronik hastalık yönetiminde yaratıcı çözümler sunmada umut vaat etmektedir. Örneğin tele sağlık uygulamaları, kronik hastalığı olan hastaların zihinsel ve fiziksel zorluklarını ele almak için çözümler sunabilmektedir (Fan ve Zhao, 2022; Gazzarata ve ark., 2024; Williams ve Shang, 2024). Giyilebilir sensörler ve ev cihazları, yalnızca kronik hastalık hastalarının durumunu izlemek ve olumsuz olayları meydana gelmeden önce tahmin etmekte değil, aynı zamanda kronik hastalıkların ortaya çıkmasını önlemede de önemli bir yere sahiptir. Giyilebilir cihazlar ve uygulamalar, örneğin oyunlaştırma veya sosyal destek yoluyla hastaları tedavi protokollerine uymaya veya bireyleri sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeye motive edecek şekilde tasarlanabilmektedir. (Bardhan ve ark., 2020; Xie ve ark., 2021).

Yapay zeka teknolojilerinin kronik hastalık yönetimi kullanımında özellikle savunmasız gruplar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu teknolojiler, farklılıkları ortadan kaldırma veya azaltma ve bakıma erişimi artırma kapasitesine sahip olsa da, etik sorunlara gereken önem verilmezse eşitsizlikleri hızlandırma riskini de taşımaktadır (Yuan ve ark., 2023; Ayedun ve ark., 2025; Wang ve ark., 2025; Şendur ve Turgut, 2025). Savunmasız grupların sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını kolaylaştırmak için yapay zeka destekli teknolojiler onay, şeffaflık ve hesap verebilirlik kapsamında değerlendirilmelidir. Ayrıca kronik hastalık yönetiminde yapay zeka teknolojilerini savunmasız grupların kullanabilmesi için kapsayıcı tasarım uygulamaları, adil veri yönetimi ve yeterli denetim mekanizmaları olmalıdır (Lockey ve ark., 2021; Ayedun ve ark., 2025).

2. Savunmasız Gruplar

2.1. Savunmasızlık

Dünya Sağlık Örgütü savunmasızlığı bireyin, topluluğun, varlıklarının veya sistemlerin tehlikelerin etkilerine karşı duyarlılığını artıran fiziksel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler veya süreçler tarafından belirlenen koşullar olarak tanımlamaktadır. Savunmasızlık, bireylerin yaşamını ve yaşam tarzlarını şekillendiren ve bir dizi temel savunmasızlık etkeni üretebilen tarihsel, politik, kültürel, kurumsal ve doğal kaynak süreçleri tarafından belirlenmektedir (World Health Organization, 2025). Savunmasızlık türleri şu şekilde sınıflandırılabilir:

-Fiziksel Savunmasızlık: Bu tür savunmasızlık, bireylerin ya da toplumların temiz suya, iletişim araçlarına, sağlık hizmetlerine, güvenliğe, yollara ve elektriğe erişiminin olmaması durumunda ortaya çıkmaktadır (Iorhen, 2021).

-Sosyal Savunmasızlık: Bu tür savunmasızlık hızlı nüfus artışı, yoksulluk ve açlık, yüksek etnik çeşitlilik düzeyi, düşük eğitim seviyesi, cinsiyet eşitsizliği, teknolojik araçlara erişim eksikliği ve sosyal kalıpların bozulması sonucunda ortaya çıkmaktadır (Spielman ve ark., 2020; Mah ve ark., 2023).

-Ekonomik Savunmasızlık: Ekonomik savunmasızlık bireylerin gelir düzeyleri, enflasyon oranı, işsizlik, gayri safi milli hasıla ve döviz kuru gibi faktörlerle belirlenebilmektedir (Baccini ve Sattler, 2025).

-Çevresel Savunmasızlık: Çevresel savunmasızlık türü toprak kayması, tayfunlar, depremler, seller, kasırgalar, kuraklık, fırtınalar ve yangın felaketleri gibi olaylardan kaynaklanmaktadır (Iorhen, 2021).

-Siyasi Savunmasızlık: Bireylerin siyasi güce ve temsile erişebilmesi için demokratik ve seçimsel bir sürecin olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Iorhen, 2021; Armingeon ve ark., 2022).

2.2 Savunmasız Gruplar

Sağlık eşitsizlikleri, sosyal, ekonomik ve/veya çevresel dezavantajlarla bağlantılı sağlık farklılıklarıdır. Sağlık eşitsizlikleri ırksal veya etnik grup, din, sosyoekonomik düzey, cinsiyet, yaş, ruh sağlığı, engellilik durumu, cinsel yönelim, coğrafi konum veya tarihsel olarak ayrımcılık veya dışlanmayla bağlantılı diğer özelliklerine bağlı olarak sağlık konusunda sosyal veya ekonomik engellerle karşılaşmış bireyleri olumsuz etkilemektedir (Barreto, 2017; Mitchell ve ark., 2018; McCartney ve ark., 2019). Sağlık eşitsizliklerini ve sağlıkla ilgili sosyal belirleyicileri anlamak savunmasız grupları değerlendirirken önemlidir. Savunmasız gruplar, çeşitli sorunlardan kaynaklanan zorluklarla karşılaştıklarında düşük risk direnci veya düşük toleransları nedeniyle gerilemelere veya kırılğanlıklara karşı savunmasız olan bireyleri ifade etmektedir (Lv ve Li, 2019; Haier ve Schaefer, 2022). Savunmasız gruplar, sağlık sorunları ve sağlık eşitsizlikleri açısından risk altında olan bireyleri ifade etmektedir. Savunmasız gruplar şu şekilde sıralanabilir:

- Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler
- Engelli bireyler
- Yoksul yaşlılar
- Risk altındaki çocuklar ve gençler
- Hamile kadınlar
- Göçmenler ve mülteciler

- LGBTQ+
- Evsizler
- Mental hastalığa sahip olanlar
- Mahkumlar
- Etnik azınlık gruplar (Kuran ve ark., 2020; Limanté ve Tereşkinas, 2022; Haier ve Schaefer, 2022).

3. Savunmasız Gruplarda Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalıklar giderek yaygınlaşmakta ve sağlık sistemleri bu durum sonucunda ekonomik yüklerle karşı karşıya kalmaktadır. Diyabet, kalp hastalığı ve KOAH gibi hastalıkların etkili bir şekilde yönetilmesi hem hastalar hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları için çeşitli zorluklar ortaya koymaktadır (Kroenke ve ark., 2024; Thalia, 2025). Birçok birey için bakıma erişim, coğrafi mesafe, ulaşım, sigorta durumu, mali durum ve diğer birçok faktör nedeniyle karmaşık olabilmektedir. Dolayısıyla kronik hastalıklarla yaşayan birçok kişi yeterli tıbbi bakım alamamakta ve birçoğu gerekli önleyici hizmetleri almakta zorlanmaktadır (Thalia, 2025).

Literatürde yapılan çalışmalarda kronik hastalıklarının savunmasız gruplarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmalar, yoksulluk içinde yaşayan hastaların sağlık durumlarının kötü olma ve sakatlayıcı rahatsızlıklara sahip olma olasılıklarının çok daha yüksek olduğunu ve birçok farklı sağlık hizmeti türünü kullanma olasılıklarının daha düşük olduğunu belirtmektedir (Synnes ve ark., 2020; Korenhof ve ark., 2023). Dolayısıyla, savunmasızlık, bu nüfusta risk faktörlerinin daha yüksek olması nedeniyle kronik hastalık insidansını artırabilmektedir (Fracso ve ark., 2022).

Savunmasız gruplar yaşam tarzı risk faktörleri ve yaşam tarzıyla ilişkili kronik hastalıklar açısından daha fazla risk taşımaktadır. Savunmasız grupların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına daha yatkın olduğu ve ruh sağlığı sorunları yaşadığı bildirilmiştir (Kyrou ve ark., 2020; Korenhof ve ark., 2023). Bu durumun nedeni sağlıklı gıdalara erişimin kısıtlı olması ve sağlık okuryazarlığının düşük olması sayılabilmektedir. Daha riskli yaşam tarzı davranışları, savunmasız nüfusların bir veya daha fazla kronik sağlık sorunuyla yaşama olasılığının daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir (OECD, 2023).

Savunmasız grupların daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacına sahip olmalarına rağmen, sağlık hizmetlerine erişim olasılığı daha düşüktür. Örneğin, bazı savunmasız nüfus gruplarının düşük dijital sağlık okuryazarlığı seviyeleri ve internete erişim sorunları nedeniyle kanser taraması gibi önleyici bakım hizmetlerinden ve dijital araçlardan yararlanma olasılığı daha düşüktür. Ayrıca, savunmasız nüfus grupları mali nedenler, bekleme süreleri ve sağlık sisteminde yaşadığı zorluklar nedeniyle bakıma erişimde engellerle karşıla-

şabilmektedir (Bhatt ve Bathija, 2018; El-Yousfi ve ark., 2019; OECD, 2023).

Literatürde savunmasız gruplarda kronik hastalık yönetiminde kullanılan bazı bakım modelleri bulunmaktadır. Bu modeller şunlardır;

-Vaka yönetimi: Vaka yönetimi stratejileri, birçok savunmasız nüfus için sağlık durumlarını iyileştirmek ve maliyetleri düşürmek amacıyla kullanılmıştır. Örneğin, kalp yetmezliği olan yaşlı hastalara yardımcı olmak için etkili stratejiler geliştirilmiştir ve hemşire, sosyal hizmet uzmanı, eczacı ve klinisyenden oluşan bir ekip yaklaşımı, ayakta tedavi ortamında hastalara destek sağlamaktadır (Bui ve Fonarow, 2012; Fountain, 2016). Sosyal hizmet uzmanları ulaşım, gıda güvenliği, barınma yardımı ve diğer temel hizmetler gibi bakım engellerini değerlendirmede hastalara yardımcı olabilmektedir. Ayrıca hastalar semptomları ve günlük kilolarını takip etmek, ilaç uyumunu doğrulamak ve ilaç doz ayarlamalarına yardımcı olmak amacıyla sık sık aranmaktadır (De Vet ve ark., 2013; Ponka ve ark., 2020).

-Riskli bölge tespiti: Riskli bölge tespiti, sağlık hizmetlerini çok fazla kullanan bireyleri belirlemek üzere sağlık hizmeti kullanım verilerini analiz etmektedir. Sağlık hizmetlerini çok fazla kullanan bireylerin çoğu, savunmasız nüfus gruplarına girmektedir. Bu model evsizlik, gıda güvenliği, ruh sağlığı ve madde kullanım bozukluğu tedavisi ve topluluk desteği gibi çeşitli sosyal sağlık belirleyicilerini değerlendirmeyi içermektedir (Liu ve ark., 2021; Fleming ve ark., 2021; Alderman ve Conklin, 2022).

-Toplum tedavi ekipleri: Bu ekipler, ağır ruhsal hastalığı olan savunmasız bireylere yardımcı olmak üzere tasarlanmış ayakta tedavi odaklı bakım ekipleridir. Hastalar, bakım planlarını uygulamalarına yardımcı olmak için haftada üç defaya kadar ekip üyesi tarafından ziyaret edilmektedir (Nielsen ve ark., 2021; Zhao ve Mathis, 2024) Ekip üyeleri arasında psikiyatrist, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık uzmanları bulunmaktadır. Bu ekipler, hastaları yakından izleyebilmekte, sonuçları iyileştirme ve semptomların kontrolünü sağlamada erken müdahale edebilmektedir (Broersen ve ark., 2022; Brekke ve ark., 2023).

-Yaşlılar için evde bakım: Yaşlı hastalar sağlık hizmetlerine erişim konusunda birden fazla engelle karşılaşmaktadır. Ev ziyaretleri, genellikle bir klinisyen ve hemşireden oluşan bakım ekibi ile yapılmaktadır. Bu ev ziyaretleri, evin güvenliğini daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmeye, hastanın yaşam koşulları hakkında bilgi edinmesine ve doğru bir şekilde ilaç uyumluluğunu kontrol edilmesine olanak tanımaktadır (Fernández-Medina ve ark., 2022; Di Napoli ve ark., 2023).

-Yaşlılar için kapsamlı bakım programları: Bu programlar kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin evinde yaşamaya devam etmesini sağlayan kapsamlı ayakta tedavi hizmetlerini ve ulaşımı kapsamaktadır. Bu programa kayıtlı

yaşlı bireyler tıbbi bakım, fizik tedavi ve meşguliyet terapisi, hemşirelik bakımı, eczane hizmetleri ve sosyal aktivitelerden faydalanabilmektedir (Arku ve ark., 2022; Travers ve ark., 2022; Fleet ve ark., 2023).

-Okul temelli sağlık merkezleri: Bu merkezler okul çağındaki çocuklara kolayca erişilebilen çeşitli tıbbi, davranışsal ve sağlık eğitimi hizmetleri sunmakta, tedavi planına uyum sağlamaya ve tedavi takibini iyileştirmeye yardımcı olabilmektedir (Gallardo ve ark., 2022; Itriyeve, 2024).

-Konut desteği: Psikolojik hastalığı ve madde kullanım bozukluğu olan evsiz bireyler kalıcı destekli konut programlarından faydalanabilmektedir. Ayrıca ruh sağlığı tedavisi, madde kullanım bozukluğu tedavisi, mesleki eğitim ve yaşam becerileri gibi hizmetlerde sunulmaktadır (Rollings ve Bollo, 2021; Pilla ve Park-Taylor, 2022).

-Evsizler için sağlık hizmetleri: Bu hizmetler evsiz bireylerin yaşadığı coğrafi bölgelere yönelik yardım çalışmalarını ve ihtiyaçlarını karşılamak üzere özel olarak tasarlanmış sağlık kliniklerini de içeren kapsamlı sağlık programlarına sahiptir. Ayrıca, bu hizmetler arasında hastalık veya ameliyat sonrası iyileşme sürecinde evsiz bireylere geçici bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, kapsamlı tıbbi tedavi, ruh sağlığı ve madde kullanım bozukluğu tedavisi ve güvenli konutlara yerleştirme de yer almaktadır (Liu ve Hwang, 2021; D'Souza ve Mirza, 2022; Kopanitsa ve ark., 2023).

4. Yapay Zeka Teknolojilerinin Kronik Hastalık Yönetiminde Kullanımı

Kronik hastalıklar, üç aydan uzun süren uzun süreli rahatsızlıklar olarak tanımlanmaktadır ve bu hastalıklar yüksek yaygınlık, morbidite, mortalite ve sakatlık ile karakterize edilmektedir (Nugent, 2019). Kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi kronik rahatsızlıklar, ölüm ve sakatlıkların önde gelen nedenleridir (Yach ve ark., 2004). Kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaya devam ettikçe, özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler ve bölgeler için ekonomik etkileri giderek daha önemli hale gelmekte ve ekonomik yüklerini daha da ağırlaştırmaktadır (Pan ve ark., 2025). Literatür; erken tarama, risk değerlendirmesi, kişiselleştirilmiş müdahaleler ve uzun vadeli takip kullanarak kronik hastalıkların görülme sıklığını, morbiditesini ve mortalitesini önemli ölçüde azaltabileceğini sürekli olarak göstermektedir (Allegrante ve ark., 2019). Kronik hastalıkların yol açtığı büyüyen halk sağlığı krizini ele almaya yönelik olarak ülkelerin çoğu aktif olacak kapsamlı sağlık yönetim sistemlerini kurmaktadır. Ancak tıbbi kaynaklarda devam eden yetersizlik nedeniyle kronik hastalığı olan bireylerin sağlık yönetimi ihtiyaçlarının henüz tam olarak karşılanmadığı görülmektedir (Kang ve ark., 2021; Pan ve ark., 2025).

Yapay zekâ (YZ), kronik rahatsızlıkları olan bireyler için öz yönetim zorluklarının üstesinden gelme potansiyeli taşımaktadır (Hwang ve ark., 2025).

YZ; bilgisayar, makine ya da robotların bireylerin bilişsel fonksiyonlarını taklit etmeyi amaçlayan bir teknolojidir (Tutar ve ark., 2025). Dijital teknolojilerde hızlı gelişme yaşanması son zamanlarda sağlık sektöründe köklü bir şekilde değişimlere neden olmuştur. Bu değişimler arasında YZ teknolojisi en dikkat çekicilerden birisidir ve sağlık hizmetlerinde farklı alanlarda kullanılmaya başlanmıştır (Messova vd., 2024). Kronik hastalık yönetiminde YZ, erken taramadan devam eden bakıma kadar kapsamlı bir yönetim sağlayarak, hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve verimliliği artırmaktadır (Thomas ve ark., 2023). Günümüzde nüfus artışı, kronik hastalıklarda artış olması ve küresel salgınlar yaşanması gibi etmenler sağlık sistemlerinde YZ teknolojilerinin benimsenmesini gerekli kılmaktadır (Yorgancıoğlu Tarcan ve ark., 2024). YZ hasta bakımının izlenmesi, ilaç yönetimi, personel planlaması ve enfeksiyon kontrolü olmak üzere geniş bir alanda kullanılmakla birlikte klinik süreçlerde iyileşmeye ve sağlığın geliştirilmesine de katkısı bulunmaktadır (Akalin ve Veranyurt, 2020; Tudor ve ark., 2020).

Kronik hastalıklar arasında yer alan diyabet, astım ve epilepsinin yönetimi hem hasta hem de bakım sağlayanlar için süreklilik, dikkat ve özeni beraberinde getirmektedir. YZ tabanlı takip sistemlerinin bu sürece önemli bir destek sunduğu görülmektedir (Kerth ve ark., 2025). Kronik hastalıkların yönetimi düzenli izleme ve öneriler gerektirir. YZ kullanan sanal tıbbi asistanlar son zamanlarda olgunlaşmış ve çeşitli ürünlerde kullanılmaktadır. Diyabet için YZ asistanlarının hasta durumlarını kontrol etmede faydalı olduğu gösterilmiştir. Örneğin, Onduo, mobil uygulama aracılığıyla kısa mesajlarla sanal koçluk sağlayan bir şirkettir. Önerilerde bulunmak için gıda tanıma, glikoz sensörü ve fiziksel aktiviteler için YZ teknolojisini kullanmaktadır (Mendes ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada, diyabetli bireyler için geliştirilen glikometre cihazı, sensörlerden elde edilen kan şekere ilişkin verileri analiz etmekte, kan şekeri düşüklüğü ya da yüksekliğini tahmin edebilmekte ve insülin dozu önerileri sunabilmektedir. Benzer şekilde astım hastaları için de solunum sensörleri aracılığı ile solunum kapasitesi ölçülmekte, atak riski tahmin edilmekte ve koruyucu önlemlerin alınması sağlanabilmektedir (Foster ve ark., 2022). Wolf ve ark. (2024)'nın yürüttüğü randomize kontrollü bir çalışmada; YZ teknolojisinin kronik diyabet hastalığındaki retinopati tarama oranını artırma ve kontrolleri yaptırmaya katılımda etkili olduğu rapor edilmiştir. Çalışma sonucu aynı zamanda katılımcılar tarafından yüksek memnuniyetle karşılanmakla birlikte özellikle sosyoekonomik yönden dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimlerindeki eşitsizliklerin azaltılmasına katkı vereceği de vurgulanmaktadır (Wolf ve ark., 2024).

YZ hipertansiyon yönetiminde de önemli bir rol oynamaktadır. Hastaların kan basıncı verilerini, aile öyküsünü ve yaşam tarzı alışkanlıklarını entegre ederek, yapay zeka hipertansiyon riskini tahmin edebilmekte ve kişiselleştirilmiş antihipertansif tedavi planlarının geliştirilmesine yardımcı

olabilmektedir. YZ kardiyovasküler komplikasyonların potansiyel risklerini belirlemek ve erken uyarılar sağlamak için hastaların genel sağlık verilerini analiz edebilmekte ve önleyici bakıma katkı sunabilmektedir (Chaikijurajai ve ark., 2020; Koshimizu ve ark., 2020). Akıllı cihazlar tarafından desteklenen YZ, ilaç kullanımını optimize etmeyi, solunum rehabilitasyon programlarını ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren kişiselleştirilmiş tedavi planlarının geliştirilmesine de yardımcı olmaktadır (Pan ve ark., 2025).

Kalp hastalıkları için YZ, atriyal fibrilasyon tanısında önemli ilerleme kaydetmiştir. Bu, yaygın bir sorun olup yaşam boyu %20 ila %30 oranında risk oluşturmaktadır. Belirtisiz olarak ortaya çıkabilir ve inme riskini artırabilir. AliveCor, derin öğrenme, tek kanallı EKG sensörü ve ivmeölçer verileri aracılığıyla fiziksel aktiviteye dayalı bir sistem geliştirmiştir. Sistem, akıllı bir saatle entegre edilmiştir ve her 5 saniyede bir atriyal fibrilasyonun meydana gelmesini tahmin edebilmektedir. Yapay zeka ayrıca ekokardiyografi, MRI veya ultrason görüntüleme gibi kardiyovasküler görüntülemeye dayalı tanıların iyileştirilmesine de katkıda bulunmuştur (Madani ve ark., 2018; Hall ve ark., 2020).

Kronik hastalık yönetimi için yapay zekanın kullanımına bir başka örnek de ResApp Health'tir. Sistem, deneklerin nefes alışverişini analiz etmek için telefon mikrofonunu kullanır. Yapay zeka algoritması, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, zatürre veya kronik astım gibi çeşitli akciğer rahatsızlıklarını yüksek doğrulukla değerlendirebilmektedir (Porter ve ark., 2019).

Kronik hastalık yönetiminde yapay zekanın bir diğer önemli uygulaması ise özellikle kronik hastalık komplikasyonlarını tahmin etme ve önleme konusundaki risk yönetimidir. Literatür risk yönetiminin, bireyselleştirilmiş risk değerlendirmeleri yoluyla hasta sağlığı sonuçlarını iyileştirmeye önemli ölçüde katkıda bulunduğu için YZ'de ortaya çıkan önemli bir araştırma odağı olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle YZ destekli sistemler, kapsamlı risk değerlendirmeleri yapmak için tıbbi kayıtlar, genetik bilgiler, yaşam tarzı faktörleri ve gerçek zamanlı izleme verileri gibi çeşitli veri kaynaklarını entegre edebilmektedir (Quazi, 2022). Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastaların, klinik kararların doğru bilgilere dayanmasını sağlamak için YZ tarafından oluşturulan risk değerlendirmelerinin nasıl yapıldığını anlamaları gerekmektedir. İlerleyen süreçte, araştırmalar YZ modellerinin şeffaflığını ve yorumlanmasını artırmaya odaklanırken aynı zamanda veri gizliliği koruma önlemlerini de güçlendirmelidir. Bu zorlukların ele alınması, kronik hastalık risk yönetiminde YZ teknolojilerinin güvenli ve etkili bir şekilde uygulanması için oldukça önemlidir (Pan ve ark., 2025).

5. Savunmasız Gruplarda Kronik Hastalık Yönetiminde Yapay Zeka ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Yapay Zeka (YZ), halk sağlığına ilişkin koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve hastalıkların önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Hastalıkların yayılmasını tahmin etmede, risk altında bulunan grupları belirlemede ve halk sağlığı girişimlerinin artırılmasında potansiyel yararları bulunmaktadır (Alowais vd., 2023). YZ farklı veri kaynaklarından anlık bilgi toplayarak sağlık otoritelerinin hızlı ve doğru yanıtlar almasını kolaylaştırmaktadır. Böylece, hangi girişimler daha başarılı, hangi gruplar daha fazla desteğe gereksinim duymakta ve hangi bölgelerin daha fazla müdahaleye ihtiyacı olduğu konularında yönlendirici olabilmektedir (World Health Organization, 2024). Sağlık politikalarının oluşturulmasında, sağlık hizmetlerine erişim engellerinin azaltılmasında ve bireyleri sağlık davranışlarına yöneltmede YZ yenilikçi çözüm önerileri sunmaktadır (Ramezani ve ark, 2023). Klinik uygulama alanlarından özellikle tıbbi görüntülemede, tanı koymada ve tedavi planlamada yoğunlaşmakta olan YZ teknolojilerinin, son zamanlarda halk sağlığına ilişkin alanlarda da etkisinin hissedildiği görülmektedir (Olawade ve ark, 2023). YZ uygulamalarının halk sağlığı hemşireliğinde önemli alanlardan birisi olan sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli destek sağladığı ve toplum sağlığının iyileştirilmesinde önemli katkısı olduğu bildirilmektedir (Özsezer ve Mermer, 2023).

Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin azaltılması ve hizmetlerinin geniş ölçüde kitlelere ulaştırılmasını sağlamada YZ güçlü araçlardan birisidir. Sağlık ihtiyaçlarının tespit edilmesi, hizmet dağıtımı ve kaynak yönetiminde önemli rolleri üstlenen YZ, toplumun dezavantajlı gruplarına yönelik yöntemler geliştirilmesine önemli katkı sunmaktadır (Agarwal vd., 2023). Bir diğer katkı ise, bireylerdeki sağlık riskleri ve gereksinimleri iyi düzeyde analiz ederek kişiselleştirilmiş sağlık hizmetinin sunulmasıdır. YZ algoritmaları, kalıtsal, çevresel ve hayat tarzına yönelik verileri bir araya getirerek her bireye özgü sağlık riskini değerlendirebilmekle birlikte kişiye özel tedavi ya da önleyici sağlık hizmeti tavsiye edebilmektedir. Özellikle, kronik ya da bulaşıcı hastalıkların yaygın görüldüğü alanlarda kişiselleştirilmiş sağlık çözümleri sunarak toplumdaki en savunmasız gruplarda sağlığın iyileştirilmesini kolaylaştırdığı vurgulanmaktadır (Celi vd., 2022; Göde, 2024).

Savunmasız gruplardan birisi olan, yenidoğan ve çocuklarda YZ ile desteklenen teknolojilerin gerek tanı gerekse bakım süreçlerinde etkili çözüm önerileri sunduğu belirtilmektedir. Robotik uygulamalardaki gelişim, Pepper, Noa, SAM Robot ve MEDİPORT gibi sistemlerin uygulama alanlarında kullanım oranlarını artırmaktadır (Liang ve ark., 2019; Karaarslan ve ark., 2024). Kronik hastalık yönetimi, sağlık eğitimi ve davranış değişikliği girişimlerinde kullanım sıklığı her geçen gün artan yöntemler arasında sohbet robotları yer almaktadır. Bu yazılımlar, doğal dil işleme teknolojileri

kullanımı ile kullanıcılar ile sohbet etmektedir ve cinsel sağlık, diyabet ile yaşam, meme kanseri, ilaç kullanımı, fiziksel hareket, sağlıklı beslenme, sigara bırakma ve sağlık davranışı kazandırma gibi alanlarda kullanılmaktadır (Tudor ve ark., 2020). Çocuklar, yaşlılar ve engelli bireyler gibi savunmasız popülasyonda kullanılan bu robotlar sosyal destek sağlamak amacıyla çalışmaktadır (Locsin ve Ito, 2018). İnsansı bir robot olarak kullanılan Pepper, bir arkadaş, eğitimci ya da koç gibi farklı ortamlardaki çevre ve başka bireyler ile etkileşime girmekte, birkaç farklı dil tanımakta ve karşısındaki bireyin cinsiyetini veya çocuk olup olmadığını anlamaktadır (Nafiah ve Suharsono, 2019). İnsani özellikler gösteren bu robotların bireye özgü gereksinimlerin belirlenmesi ve hemşirelik bakımının etkili şekilde sunulmasında önemli yer bulacağı tahmin edilmektedir (Gümüş ve Kasap, 2021). Sohbet robotları ve akıllı sanal asistanlar gibi konuşma yapay zekasına dayalı sistemler, özellikle diyabet hastaları için de hastalarla etkileşimlere ve önceki verilerinin analizine dayalı olarak özel destek sunmaktadır. Ayrıca, çoklu kronik hastalıkları ve kardiyovasküler hastalığa sahip olan hastalarda hastanın bildirdiği serbest metin veya konuşmaya dayalı olarak diyet veya fiziksel aktivite konusunda önerilerde bulunmak için de kullanılmaktadır (Hwang ve ark., 2025).

YZ'nin halk sağlığı hemşireliğine katkısı; hastanın hayati belirtilerinin izlenmesi, sağlık eğitimi ve danışmanlık, duygusal destek ve iletişim gibi alanlarda olmaktadır (Al Khatib ve Ndiaye, 2025). Hemşirelerin YZ'yi benimsemesi ile hastaya erken dönemde müdahalede bulunma, bütüncül bakım sunma ve bakımın farklı yönlerini yönetme becerilerinin gelişeceği düşünülmektedir (Carroll, 2018). Bu kapsamda; sağlık hizmetlerinde yapay zekâ teknolojilerinin hasta tarafından kabul ve benimsenme oranlarını artırmak için, hastalara teknoloji ve kullanım alanları hakkında açık ve şeffaf bilgi verilmesi, ayrıca teknolojiyle ilgili olabilecek endişe veya sorularının giderilmesi şarttır. Hastaların yapay zekâ teknolojilerini kabul etme ve benimseme istekliliği, teknolojinin başarısını ve sürdürülebilirliğini etkileyen önemli bir faktördür; bu nedenle, sağlık hizmetlerinde yapay zekâ teknolojileri uygulanırken hastaların tutumları, anlayışı ve teknolojiye olan güveni özel olarak dikkate alınmalıdır (Li ve ark., 2024).

Yapay zekanın hemşirelik uygulamalarına entegrasyonuna olan ilgi, teknolojik potansiyeli henüz tam olarak anlaşılmamış olsa da, azalmayacaktır. Akademik kurumların ve meslek birliklerinin uygun eğitim ve öğretim girişimlerini hayata geçirmeleri şiddetle tavsiye edilmektedir. Hemşirelerin temel YZ ve bunun hemşirelik uygulamalarına entegrasyonu konusundaki anlayışlarını geliştirmelerinin zorunlu olduğu düşünülmektedir (Abuzaid ve ark., 2022).

6.Sonuç

Yapay zeka (YZ), kronik hastalık yönetiminin verimliliğinin artırılması ve etkinliğinin yükseltilmesinde potansiyel bir etkiye sahiptir. YZ'nin hem klinik uygulama alanlarında hem de halk sağlığı yönetimi ile ilgili köklü bir dönüşüm yönü bulunmaktadır. YZ, elde dilen verilere ilişkin karar alma süreçlerini güçlendirmekte, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmakta ve toplum sağlığının korunmasında kritik bir yol oynamaktadır. Ayrıca, sağlık alanında erken tanı, tedavi ve bakım ile ilgili alanlarda da önemli ilerlemeler sunmaktadır. YZ'nin halk sağlığı alanında kullanımı ile toplum sağlığının izlenmesi, karar destek sistemlerinin geliştirilmesi, sağlık otoritelerinin doğru bir şekilde ve zamanında girişimde bulunmasına da imkan vermektedir. Bu kapsamda; sağlık kurumlarının ve halk sağlığı hemşirelerinin insan kaynağının etkin ve verimli kullanımında sağlıkta teknoloji ve YZ uygulamalarına önem vermeleri gerektiği düşünülmektedir.

Kaynakça

- Abuzaid MM, Elshami W, Fadden SM. (2022). Integration of artificial intelligence into nursing practice. *Health Technol (Berl)*., 12(6):1109-1115.
- Agarwal, R., Bjarnadottir, M., Rhue, L., Dugas, M., Crowley, K., Clark, J., & Gao, G. (2023). Addressing algorithmic bias and the perpetuation of health inequities: An AI bias aware framework. *Health Policy and Technology*, 12(1), 100702. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2022.100702>
- Alderman, J. T., & Conklin, J. (2022). Health care hotspotting: a scoping review. *Journal of Nursing Care Quality*, 37(4), 362-367.
- Al Khatib, I., & Ndiaye, M. (2025). Examining the role of AI in changing the role of nurses in patient care: systematic review. *JMIR Nursing*, 8(1), e63335.
- Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annu Rev Public Health*, 40:127-46. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044008
- Akalın, B., Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta Dijitalleşme ve Yapay Zekâ. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(2), 128-137.
- Alowais, S. A., Alghamdi, S. S., Alsuhebany, N., Alqahtani, T., Alshaya, A. I., Almohareb, S. N., Aldairem, A., Alrashed, M., Bin Saleh, K., Badreldin, H. A., Al Yami, M. S., Al Harbi, S., & Albekairy, A. M. (2023). Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. *BMC Medical Education*, 23(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z>
- Arku, D., Felix, M., Warholak, T., & Axon, D. R. (2022). Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) versus other programs: a scoping review of health outcomes. *Geriatrics*, 7(2), 31.
- Armington, K., De La Porte, C., Heins, E., & Sacchi, S. (2022). Voices from the past: Economic and political vulnerabilities in the making of next generation EU. *Comparative European Politics*, 20(2), 144-165.
- Ayedun, O. T., Afolalu, S. A., Ojo, E. F., Akpor, O. A., & Onaivi-Odusina, L. A. (2025). Ethical and Social Implications of AI in Healthcare for Vulnerable Populations. *Nipes Jstr Special Issue*, 7(2), 2879-2887.
- Baccini, L., & Sattler, T. (2025). Austerity, economic vulnerability, and populism. *American Journal of Political Science*, 69(3), 899-914.
- Bardhan, I., Chen, H., & Karahanna, E. (2020). Connecting systems, data, and people: A multidisciplinary research roadmap for chronic disease management. *MIS Quarterly*, 44(1), 185-200.
- Barreto, M. L. (2017). Health inequalities: a global perspective. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 2097-2108.
- Bhatt, J., & Bathija, P. (2018). Ensuring access to quality health care in vulnerable communities. *Academic medicine*, 93(9), 1271-1275.
- Brekke, E., Clausen, H., Brodahl, M., & Landheim, A. S. (2023). Patients' experiences with coercive mental health treatment in Flexible Assertive Community Treatment: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 23(1), 764.
- Broersen, M., Frieswijk, N., Coolen, R., Creemers, D. H., & Kroon, H. (2022). Case study in youth flexible assertive community treatment: an illustration of the

need for integrated care. *Frontiers in psychiatry*, 13, 903523.

- Bui AL, Fonarow GC. (2012). Home monitoring for heart failure management. *J Am Coll Cardiol*, 59(2):97–104.
- Carroll, W. (2018). Artificial intelligence, nurses and the quadruple aim. *Online Journal of Nursing Informatics*, 22(2).
- Celi, L. A., Cellini, J., Charpignon, M.-L., Dee, E. C., Dernoncourt, F., Eber, R., Mitchell, W. G., Moukheiber, L., Schirmer, J., Situ, J., Paguio, J., Park, J., Wawira, J. G., & Yao, S. (2022). Sources of bias in artificial intelligence that perpetuate healthcare disparities—A global review. *PLOS Digital Health*, 1(3), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000022>
- Chaikijurajai T, Laffin LJ, Tang W. (2020). Artificial intelligence and hypertension: recent advances and future outlook. *Am J Hypertens*, 33:967–74. doi: 10.1093/ajh/hpaa102
- De Vet, R., van Luijcklaar, M. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D., & Wolf, J. R. (2013). Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26.
- Di Napoli, C., Ercolano, G., & Rossi, S. (2023). Personalized home-care support for the elderly: a field experience with a social robot at home. *User Modeling and User-Adapted Interaction*, 33(2), 405-440.
- D’Souza, M. S., & Mirza, N. A. (2022). Towards equitable health care access: community participatory research exploring unmet health care needs of homeless individuals. *Canadian Journal of Nursing Research*, 54(4), 451-463.
- El-Yousfi, S., Jones, K., White, S., & Marshman, Z. (2019). A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *British dental journal*, 227(2), 143-151.
- Fan, K., & Zhao, Y. (2022). Mobile health technology: a novel tool in chronic disease management. *Intelligent Medicine*, 2(1), 41-47.
- Fernández-Medina, I. M., Ruiz-Fernández, M. D., Gálvez-Ramírez, F., Martínez-Mengíbar, E., Ruiz-García, M. E., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., ... & Hernández-Padilla, J. M. (2021). The experiences of home care nurses in regard to the care of vulnerable populations: a qualitative study. *Healthcare*, 10(1), 21.
- Fleet, A., Shalev, D., Spaeth-Rublee, B., Patterson, T., Wardlow, L., Simoun, A., ... & Pincus, H. A. (2023). Behavioral health integration in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): A scoping review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(9), 2956-2965.
- Fleming, M. D., Shim, J. K., Yen, I., Dubbin, L., Thompson-Lastad, A., Hanssmann, C., & Burke, N. J. (2021). Managing the “hot spots” Health care, policing, and the governance of poverty in the US. *American ethnologist*, 48(4), 474-488.
- Fracso, D., Bourrel, G., Jorgensen, C., Fanton, H., Raat, H., Pilotto, A., ... & Engberink, A. O. (2022). The chronic disease Self-Management Programme: A phenomenological study for empowering vulnerable patients with chronic diseases included in the EFFICHRONIC project. *Health Expectations*, 25(3), 947-958.
- Foster C, Schinasi D, Kan K, Lantos JD. (2022). Remote monitoring of patient- and family-generated health data in pediatrics. *Pediatrics*, 149(2), e2021054137.

- Fountain LB. (2016). Heart failure update: chronic disease management programs. *FP Essent*, 442:31–40.
- Gallardo, M., Zepeda, A., Biely, C., Jackson, N., Puffer, M., Anton, P., & Dudovitz, R. (2022). School-based health center utilization during COVID-19 pandemic-related school closures. *Journal of School Health*, 92(11), 1045-1050.
- Gazzarata, R., Almeida, J., Lindsköld, L., Cangioli, G., Gaeta, E., Fico, G., & Chronaki, C. E. (2024). HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources (HL7 FHIR) in digital healthcare ecosystems for chronic disease management: Scoping review. *International journal of medical informatics*, 189, 105507.
- Göde, A. (2024). Halk Sağlığında Yapay Zekâ (YZ) Kullanımı ve Geleceği. *TOGÜ Erbaa Sağlık ve Yönetim Dergisi*, 1(1), 1-16.
- Gümüş, E., ve Kasap, E. U. (2021). Hemşirelik Mesleğinin Geleceği: Robot Hemşireler: The Future of the Nursing: Robot Nurses. *Sağlık Bilimlerinde Yapay Zeka Dergisi (Journal of Artificial Intelligence in Health Sciences)* ISSN: 2757-9646, 1(2), 20-25.
- Hall A, et al. (2020). Effectiveness of a single lead AliveCor electrocardiogram application for the screening of atrial fibrillation: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*, 99(30):e21388.
- Haier, J., & Schaefer, J. (2022). Economic perspective of cancer care and its consequences for vulnerable groups. *Cancers*, 14(13), 3158.
- Hwang, M., Zheng, Y., Cho, Y., Jiang, Y. (2025). AI Applications for Chronic Condition Self-Management: Scoping Review. *Journal Of Medical Internet Research*, 27, e59632.
- Iorhen, T. (2021). Vulnerability: Types, causes, and coping mechanisms. *International Journal of Science and Management Studies*, 4(3), 187-189.
- Ittriyea, K. (2024). Improving health equity and outcomes for children and adolescents: the role of school-based health centers (SBHCs). *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 54(4), 101582.
- Kang E, Park SM, Lee K, Lee EB, Yim JJ, Lee J, et al. (2021). Efficacy of health coaching and an electronic health management program: randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* (2021) 36:2692–9. doi: 10.1007/s11606-021-06671-
- Karaarslan D, Kahraman A, Ergin E. (2024). How does training given to pediatric nurses about artificial intelligence and robot nurses affect their opinions and attitude levels? A quasi-experimental study. *J Pediatr Nurs.*, 77, e211-e217.
- Kerth JL, Hagemester M, Bischops AC, Reinhart L, Dukart J, Heinrichs B, Eickhoff SB, Meissner T. (2025). Artificial intelligence in the care of children and adolescents with chronic diseases: A systematic review. *Eur J Pediatr.*, 184(1): 83.
- Kopanitsa, V., McWilliams, S., Leung, R., Schischa, B., Sarela, S., Perelmuter, S., ... & Rosenthal, D. M. (2023). A systematic scoping review of primary health care service outreach for homeless populations. *Family Practice*, 40(1), 138-151.
- Korenhof, S. A., Rouwet, E. V., Elstgeest, L. E., Fierloos, I. N., Tan, S. S., Pisano-Gonzalez, M. M., ... & Raat, H. (2023). The effect of a community-based group intervention on chronic disease self-management in a vulnerable population. *Front-*

- tiers in Public Health, 11, 1221675.
- Koshimizu H, Kojima R, Okuno Y. (2020). Future possibilities for artificial intelligence in the practical management of hypertension. *Hypertens Res.* (2020) 43:1327–37. doi: 10.1038/s41440-020-0498-x
- Kroenke, K., Corrigan, J. D., Ralston, R. K., Zafonte, R., Brunner, R. C., Giacino, J. T., ... & Hammond, F. M. (2024). Effectiveness of care models for chronic disease management: A scoping review of systematic reviews. *PM&R*, 16(2), 174-189.
- Kuran, C. H. A., Morsut, C., Kruke, B. I., Krüger, M., Segnestam, L., Orru, K., ... & Torpan, S. (2020). Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, 101826.
- Kyrou, I., Tsigos, C., Mavrogianni, C., Cardon, G., Van Stappen, V., Latomme, J., ... & Manios, Y. (2020). Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: a narrative review with emphasis on data from Europe. *BMC endocrine disorders*, 20(Suppl 1), 134.
- Li, Y. H., Li, Y. L., Wei, M. Y., Li, G. Y. (2024). Innovation and challenges of artificial intelligence technology in personalized healthcare. *Scientific reports*, 14(1), 18994.
- Liang HF, Wu KM, Weng CH, Hsieh HW. (2019). Nurses' views on the potential use of robots in the pediatric unit. *J Pediatr Nurs.*,47: e58-e64.
- Limantė, A., & Tereškinas, A. (2022). Definition of vulnerable groups. In *Legal protection of vulnerable groups in Lithuania, Latvia, Estonia and Poland: Trends and perspectives* (pp. 3-27). Cham: Springer International Publishing.
- Liu, V. X., Thai, K. K., Galin, J., Gerstley, L. D., Myers, L. C., Parodi, S. M., ... & Kipnis, P. (2021). Development of a healthcare system COVID Hotspotting Score in California: an observational study with prospective validation. *BMJ open*, 11(7), e048211.
- Liu, M., & Hwang, S. W. (2021). Health care for homeless people. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 5.
- Lv, M. N., & Li, X. (2019). A comparative study on the “social disadvantaged group” and “social vulnerable group”. In *5th Annual International Conference on Management, Economics and Social Development (ICMESD 2019)* (pp. 28-36). Atlantis Press.
- Locsin, R. C., ve Ito, H. (2018). Can humanoid nurse robots replace human nurses. *Journal of Nursing*, 5(1), 1-6. doi:10.7243/2056-9157-5-1.
- Lockey, S., Gillespie, N., Holm, D., & Someh, I. A. (2021). A review of trust in artificial intelligence: Challenges, vulnerabilities and future directions. *Proceedings of the 54th Hawaii International Conference on System Sciences*, 5463-5472.
- Madani A, et al. (2018). Fast and accurate view classification of echocardiograms using deep learning. *NPJ Digit Med.*, 1:1–8.
- Mah, J. C., Penwarden, J. L., Pott, H., Theou, O., & Andrew, M. K. (2023). Social vulnerability indices: a scoping review. *BMC public health*, 23(1), 1253.
- Mendes-Soares H, et al. (2019). Assessment of a personalized approach to predicting postprandial glycemic responses to food among individuals without diabetes. *JAMA Netw Open*, 2(2):e188102.

- Messova, A., Pivina, L., Ygiyeva, D., Batenova, G., Dyussupov, A., Jamedinova, U., Syzdykbayev, M., Adilgozhina, S., & Bayanbaev, A. (2024). Lessons of the COVID-19 pandemic for ambulance service in Kazakhstan. *Healthcare*, 12(16), 1–10. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161568>
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public health*, 172, 22-30.
- Mitchell, R., Africa, J., & Logan, A. (2018). Vulnerable populations, health inequalities, and nature. *Oxford textbook of nature and public health*, 182-188.
- Nafiah, R. H., ve Suharsono, T. (2019). Modified Early Warning Score (MEWS) as Predictor of Deterioration Risk on Patient with Stroke in Emergency Unit. *Journal of International Journal of Nursing Education*, 11(4). doi:10.5958/09749357.2019.00101.6
- Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., & Christensen, U. (2021). A qualitative study on the implementation of flexible assertive community treatment—an integrated community-based treatment model for patients with severe mental illness. *International journal of integrated care*, 21(2), 13.
- Nugent R. (2019). Preventing and managing chronic diseases would reduce the cost of healthcare and spur economic growth. *Brit Med J.*, :l459.
- Olawade, D. B., Wada, O. J., David-Olawade, A. C., Kunonga, E., Abaire, O., & Ling, J. (2023). Using artificial intelligence to improve public health: A narrative review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1196397>
- OECD, 2023. Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases Best Practices In Public Health. https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html
- Özsezer, G., & Mermer, G. (2023). Halk sağlığı hemşireliğinde YZ tabanlı GPT-3’ün kullanılmasına yönelik fizibilite çalışması. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 214-227. <https://doi.org/10.54061/jphn.1263321>
- Pan M, Li R, Wei J, Peng H, Hu Z, Xiong Y, Li N, Guo Y, Gu W, Liu H. (2025). Application of artificial intelligence in the health management of chronic disease: bibliometric analysis. *Front Med (Lausanne)*, 7;11:1506641. doi: 10.3389/fmed.2024.1506641
- Pilla, D., & Park-Taylor, J. (2022). “Halfway Independent”: Experiences of formerly homeless adults living in permanent supportive housing. *Journal of Community Psychology*, 50(3), 1411-1429.
- Ponka, D., Agbata, E., Kendall, C., Stergiopoulos, V., Mendonca, O., Magwood, O., ... & Pottie, K. (2020). The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review. *PLoS One*, 15(4), e0230896.
- Porter P, et al. (2019). A prospective multicentre study testing the diagnostic accuracy of an automated cough sound centred analytic system for the identification of common respiratory disorders in children. *Respir Res.*, 20(1):81.
- Quazi S. (2022). Artificial intelligence and machine learning in precision and genomic medicine. *Med Oncol.*,39:1208. doi: 10.1007/s12032-022-01711-1

- Ramezani, M., Takian, A., Bakhtiari, A., Rabiee, H. R., Ghazanfari, S., & Mostafavi, H. (2023). The application of artificial intelligence in health policy: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10462-2>
- Rollings, K. A., & Bollo, C. S. (2021). Permanent supportive housing design characteristics associated with the mental health of formerly homeless adults in the US and Canada: An integrative review. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9588.
- Spielman, S. E., Tuccillo, J., Folch, D. C., Schweikert, A., Davies, R., Wood, N., & Tate, E. (2020). Evaluating social vulnerability indicators: criteria and their application to the Social Vulnerability Index. *Natural hazards*, 100(1), 417-436.
- Synnes, O., Orøy, A. J., Råheim, M., Bachmann, L., Ekra, E. M. R., Gjengedal, E., ... & Lykkeslet, E. (2020). Finding ways to carry on: stories of vulnerability in chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1819635.
- Şendur EG, & Turgut A. (2025). Artificial Intelligence in Older Adults' Healthcare: Applications and Ethical Considerations. *Akdeniz Nursing Journal*, 4(2), 90-99.
- Thalia OP. (2025). Chronic Disease Management: Innovative Approaches for Better Outcomes. *Eurasian Experiment Journal of Public Health*. 7(1), 16-19.
- Thomas SA, Browning CJ, Charchar FJ, Klein B, Ory MG, Bowden-Jones H, et al. (2023). Transforming global approaches to chronic disease prevention and management across the lifespan: integrating genomics, behavior change, and digital health solutions. *Front Public Health*, 11:1248254. doi: 10.3389/fpubh.2023.1248254.
- Travers, J. L., D'Arpino, S., Bradway, C., Kim, S. J., & Naylor, M. D. (2022). Minority older adults' access to and use of programs of all-inclusive care for the elderly. *Journal of aging & social policy*, 34(6), 976-1002.
- Tudor Car L, Dhinakaran DA, Kyaw BM, Kowatsch T, Joty S, Theng Y-L et al. (2020). Conversational Agents in Health Care: Scoping Review and Conceptual Analysis. *J Med Internet Res.*, 22(8):e17158.
- Tutar, Ş., Özgörü, H., & Şensoy, Ö. (2025). Pediatri Hemşireliğinde Yapay Zekâ Destekli Yaklaşımlar. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 4(3), 146-155.
- Wang, C., Boerman, S. C., Kroon, A. C., Möller, J., & H de Vreese, C. (2025). The artificial intelligence divide: Who is the most vulnerable?. *New Media & Society*, 27(7), 3867-3889.
- Williams, C., & Shang, D. (2024). Telehealth for chronic disease management among vulnerable populations. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 11(2), 1089-1096.
- Wolf RM, Channa R, Liu TYA, Zehra A, Bromberger L, Patel D, et al. (2024). Autonomous artificial intelligence increases screening and follow-up for diabetic retinopathy in youth: The ACCESS randomized control trial. *Nat Commun.*, 15(1): 421.
- World Health Organization. (2024). Artificial intelligence public health - Q&A on artificial intelligence for supporting public health. Pan American Health Orga-

nization.

- World Health Organization. (2024). Vulnerability and Vulnerable Populations Community Disaster Risk Management. <https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations>
- Xie, Y., Lu, L., Gao, F., He, S. J., Zhao, H. J., Fang, Y., ... & Dong, Z. (2021). Integration of artificial intelligence, blockchain, and wearable technology for chronic disease management: a new paradigm in smart healthcare. *Current medical science*, 41(6), 1123-1133.
- Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ.(2004). The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*, 291(21):2616-2622.
- Yorgancıoğlu Tarcan, M., Kara, F., & Erdem, H. (2024). Türkiye ve dünyada sağlık hizmetlerinde yapay zekâ. *Lokman Hekim Journal*, 14(1), 50-60. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1278529>
- Yuan, X., Bennett Gayle, D., Knight, T., & Dubois, E. (2023). Adoption of artificial intelligence technologies by often marginalized populations. *Social Vulnerability to COVID-19: Impacts of Technology Adoption and Information Behavior*, 31-49.
- Zhao, S., & Mathis, W. (2024). Understanding barriers and facilitators of primary care use among assertive community treatment teams via qualitative analysis of clients and clinicians. *Community Mental Health Journal*, 60(7), 1271-1282.



YAŞLILARDA DÜŞMELER: NEDENLERİ, SONUÇLARI VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YAKLAŞIMI

“

”

Sevgi ÇAĞALTAY KAYAOĞLU¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sinop Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, sckayaoglu@sinop.edu.tr, 0000-0002-8779-4127

Giriş

Dünya genelinde yaşlanan nüfus, sağlık sistemleri açısından pek çok yeni ve karmaşık problemi de beraberinde getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 65 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılına kadar dünya nüfusunun yaklaşık %16'sını oluşturacağını tahmin etmektedir Nadobnik (2021). Bu demografik değişim, kronik hastalıklar, fonksiyonel yetersizlikler ve bağımlılık düzeyinin artması gibi sağlık sorunlarını doğururken, aynı zamanda düşmelerin önemli bir halk sağlığı problemi haline geldiğini de vurgulamaktadır (Vieira et al., 2018). Yaşlı popülasyonun artışı, bağımsız yaşam sürme çabalarını teşvik ederken, düşme olayları gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Düşmeler, yaşlı bireyler arasında yaygın bir kaza kaynağı olup, ciddi yaralanmalara ve hastaneye yatış sürelerinin uzamasına yol açabilir, bu da sağlık maliyetlerini artırmaktadır (Özden et al., 2025).

Düşmeler, yaşlı bireylerde sıklıkla görülen bir sorun olup, zayıflık, hareketsizlik ve çeşitli sağlık sorunlarının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Düşmeler, yaşlılarda işlevselliği azaltarak yaralanmalara, aktivite kısıtlamalarına, düşme korkusuna ve hareket kaybına neden olmaktadır. Bunun sonucunda, yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ciddi şekilde etkilenmekte ve sağlık harcamaları artmaktadır (Rimland et al., 2016). Düşmelerin önlenmesi, yaşlı nüfusun bağımsızlığını sürdürebilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Yaşlılarda düşmeler, sağlık hizmetleri alanında önemli bir sorun teşkil etmekte olup, ciddi yaralanmalara, bağımsızlığın kaybına ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Hemşireler, geriatrik bakım, risk değerlendirmesi ve düşme önleme stratejilerinin uygulanmasında ön saflarda yer aldıkları için, düşmeleri önlemede çok önemli bir role sahiptirler (Caner & Avcı Aydın., 2022). Halk sağlığı hemşireliği açısından düşmeler; önlenabilir olması, yüksek mali yükü ve bakım gereksinimini artırması nedeniyle temel bir sağlık geliştirme ve koruyucu bakım alanıdır (Pantong et al., 2023).

Yaşlılarda Düşme ve Epidemiyolojisi

Düşme, bireyin dikkatsizlik veya kazalara bağlı olarak yere veya bulunduğu seviyeden daha alt bir düzeye inmesini ifade eden bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşmeleri “bireyin istemsiz olarak yere düşmesi” şeklinde tanımlamakta ve yaşlılık döneminin önemli sağlık problemlerinden biri olarak kabul etmektedir (Wang et al., 2024). Düşmeler, genellikle yaşlı bireylerin zayıflıkları, kognitif fonksiyonlarındaki eksiklikler ve çevresel faktörler nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Düşmeler, yaşlı bireyler arasında sağlık sorunları ve bağımlılıkla doğrudan ilişkilidir. Düşmelerin yaşlı bireylerde yaygın yaralanmalara neden olduğu ve bu yaralanmaların kalça, omuz, ve bilek gibi bölgelerde kırıklara yol açtığı belirtilmiştir (Shier et al., 2016).

Ayrıca, düşmeler hastaneye yatışlarla sonuçlanmakta ve yaşlı bireylerin sağlık durumlarını ciddi şekilde etkilemektedir. Yaşlı bireylerde düşmelerin sonuçları arasında ciddi yaralanmalar, hastaneye yatış ve yüksek mortalite oranları yer almaktadır. Özellikle, düşmelere bağlı yaşanan kalça kırıkları, beyin yaralanmaları ve travmatik komplikasyonlar, yaşlı bireylerin yaşam sürelerini ve sağlık durumlarını önemli ölçüde tehdit etmektedir (Meuleners et al., 2016). Yapılan araştırmalar, düşmelere bağlı yaralanmaların sağlık hizmetlerinin yükünü artırdığını ve yaşlı bireyler arasında sosyal entegrasyon düzeyini azalttığını göstermektedir (Said et al., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer araştırmalar, yaşlı bireylerde düşme oranlarının dünya genelinde kayda değer bir durum olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık %28-30'unun her yıl en az bir kez düştüğü bildirilmiştir (Wang et al., 2024). Özellikle 80 yaş ve üzerindeki bireylerde bu oran %40-50'ye kadar yükselmektedir (Surkalim et al., 2022). Uzun süreli bakım kurumlarında, düşme insidansı toplumda yaşayan yaşlılarla kıyaslandığında yaklaşık üç kat daha fazladır (Adams et al., 2024). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)'ne göre ise; her yıl 14 milyondan fazla, yani her 4 yaşlıdan 1'i düşme yaşadığını bildirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her düşme yaralanmayla sonuçlanmasa da, düşenlerin yaklaşık %37'si tıbbi tedavi gerektiren veya en az bir gün boyunca aktivitelerini kısıtlayan bir yaralanma yaşadığını bildirmiştir. Bu da tahmini olarak dokuz milyon düşme yaralanmasına karşılık gelmektedir (Moreland, et. al., 2020)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşmeleri trafik kazalarından sonra ikinci en sık görülen kasıtsız yaralanma ölüm nedeni olarak tanımlamaktadır. Küresel olarak her yıl tahminen 684.000 kişi düşme sonucu hayatını kaybetmekte ve bu ölümlerin %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Ölümcül olmayan ancak tıbbi müdahale gerektirecek kadar ciddi olan düşme vakalarının sayısı ise yılda 37,3 milyona ulaşmaktadır (DSÖ, 2021)

Türkiye'de de yaşlı nüfusun artması sonucunda düşme olguları önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde düşme oranının %24,9 ile %37,2 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Örneğin, 2019 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada bu oran %37,2 olarak saptanmıştır (Mortazavi et al., 2023). Türkiye'deki huzurevlerinde yapılan bir başka araştırmada ise yaşlıların yaklaşık yarısının daha önce düştüğü ve birçoklarının düşme sıklığının birden fazla olduğu ortaya konmuştur (Magnuszewski et al., 2022).

Yaşlılarda Düşme Nedenleri

Düşmeler, özellikle yaşlı bireylerde önemli bir sağlık problemi olup, genellikle birden fazla risk faktörünün kombinasyonu sonucu meydana gelir. Bu risk faktörleri, bireysel (intrinsik) ve çevresel (ekstrinsik) olarak iki ana kategoride toplanabilir.

1- Bireysel (İntrinsik) Faktörler

Bireyin kendi fizyolojik, patolojik ve psikolojik durumundan kaynaklanan faktörlerdir. Yaşlanmayla birlikte vücutta meydana gelen doğal değişimler ve artan kronik hastalık prevalansı, bu faktörlerin önemini artırır.

a) Yaşa Bağlı Fizyolojik Değişiklikler: Yaşlanma, insanların vücut yapısını ve fonksiyonlarını doğrudan etkileyen çok sayıda değişim süreci içerir. Bu süreçlerden bazıları aşağıda yer almaktadır.

Kas Gücü ve Kütlesinde Azalma (Sarkopeni): Yaşla birlikte kas gücünde ve kütlesinde azalma, özellikle bacak kaslarında güçsüzlüğe neden olur. Bu durum, dengede durma ve yürüme yeteneğini zayıflatır (Yang et al., 2025; Zhang et al., 2020; Wu et al., 2021). Araştırmalar, sarkopeninin düşme riskini artırdığını göstermektedir (Takada et al., 2024; Aly et al., 2019).

Denge ve Yürüyüş Bozuklukları: Yaşlanma, vestibüler (iç kulak), görSEL ve propriyoseptif (vücudun uzaydaki konumunu algılama) sistemlerde bozulmalara neden olur. Bu durum, yürüme hızının yavaşlamasına, adım uzunluğunun kısalmasına ve dengeyi sağlamak için gereken reaksiyon süresinin uzamasına yol açar (Bastos et al., 2022; Khatkhat et al., 2021).

Görme Keskinliğinde Azalma: Katarakt, glokom, makula dejenerasyonu gibi yaşa bağlı göz hastalıkları veya sadece görme keskinliğinin azalması, çevresel tehlikelerin (eşikler, engeller, ıslak zeminler) fark edilmesini zorlaştırır. Görme keskinliğindeki azalma, yaşlı bireylerde düşme riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Crews ve meslektaşları, ciddi görme kaybı yaşayanların düşme riskinin, görme yetisini koruyan bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmaya göre, özellikle kontrast duyarlılığı ve denge bozuklukları, düşme olayları ile doğrudan ilişkilidir (Crews et al., 2016). Görme kaybı, çevresel tehlikelerin algılanmasında ciddi engellere yol açar. Lord ve Dayhew'in yaptığı araştırmada, derinlik algısındaki bozulmanın, yaşlı bireylerde düşme riskini artıran önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Lord & Dayhew, 2001). Bu bulgular, görme kaybı bulunan bireyler arasında düşme olaylarının sıklığının daha yüksek olduğunu doğrulamaktadır.

Postural Hipotansiyon: Postural hipotansiyon (PH), oturur veya yatar pozisyonlardan aniden ayağa kalkıldığında kan basıncının düşmesiyle karakterize edilen bir durumdur. Bu, baş dönmesi, göz kararması ve düşme gibi riskleri artırabilmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde otonom sinir sisteminin

düzenleme yeteneğinin azalması, postural hipotansiyonu sıklığını artırarak düşme riskini artıran önemli bir faktördür (Juraschek et al., 2016; (Allcock & O'Shea, 2000). Postural hipotansiyon, genel olarak, ayağa kalkıldığında sistolik kan basıncında 20 mmHg veya daha fazla bir düşüş olarak tanımlanmaktadır (Claassen et al., 2018). Bu durum, beyin ve diğer organlara yeterli kan akışının sağlanamaması ile sonuçlanır ve baş dönmesi veya bayılma gibi semptomlara yol açabilir (Finucane et al., 2017). Özellikle otonom sinir sisteminin etkili çalışmadığı yaşlı bireylerde bu durum daha sık görülmektedir (Allcock & O'Shea, 2000). Yaşlı bireylerde postural hipotansiyon, baş dönmesi ve görsel algı bozuklukları ile bir araya geldiğinde, düşme riskini önemli ölçüde artırır. Yapılan çalışmalarda, postural hipotansiyona sahip yaşlı bireylerde düşme olaylarının daha sık gerçekleştiği belirtilmiştir (Juraschek et al., 2016). Finucane ve meslektaşları, ortostatik hipotansiyonu olan bireylerin, beklenmeyen düşmeler nedeniyle yaralanma riskinin arttığını vurgulamışlardır (Finucane et al., 2017).

b) Kronik ve Akut Tıbbi Durumlar: Yaşlı bireylerde düşmeler, sıklıkla birçok kronik ve akut tıbbi durumun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sistemi sorunları, üriner inkontinans ve bilişsel bozukluklar, düşme riskini önemli ölçüde artıran faktörler arasında yer almaktadır.

Nörolojik Hastalıklar: Nörolojik hastalıklar, yaşlı bireylerde düşme riskini ciddi şekilde artırmaktadır. Parkinson hastalığının motor kontrol üzerindeki etkileri, yürüyüş ve denge bozuklukları ile sonuçlanabilir. Kontrolsüz hareketler ve kas sertliği, düşme riskini artırmaktadır. Benzer şekilde, inme ve demans, denge ve koordinasyon üzerinde olumsuz etkilere yol açar. Özellikle Alzheimer hastalığı, bilişsel işlevlerdeki bozulma ile birlikte düşme riskini artırır (Horikawa et al., 2005). Araştırmalar, demanslı bireylerde düşme oranlarının önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir (Chen et al., 2020). Örneğin, demans tanısı almış bireylerde düşme riski, bilişsel bozulma ile paralel bir artış göstermektedir (Horikawa et al., 2005). Periferik nöropati de denge ve yürüyüş becerilerini etkileyerek düşme riskini artıran bir durumdur. Bu hastalık, özellikle diyabetik nöropatide yaygın olarak görülmektedir ve ayaklarda his kaybına neden olarak denge kaybını tetikleyebilir (Lee et al., 2011).

Kardiyovasküler Hastalıklar: Kardiyovasküler hastalıklar, yaşlı bireylerde düşme riskini artıran diğer önemli bir grup hastalıktır. Kalp yetmezliği, beyne giden kan akışını etkileyerek baş dönmesi ve senkop ataklarına neden olabilir. Aritmiler, aniden düşmelere yol açabilecek sıklıkta kan basıncı dalgalanmalarına neden olabilir (Grossman et al., 2018). Ayrıca, yaşla birlikte artan damar sertliği, otonom sinir sisteminin düzenleme yeteneğini olumsuz etkileyerek postural hipotansiyona yol açabilir (Allcock & O'Shea, 2000).

Kas- İskelet Sistemi Sorunları: Kas-iskelet sistemi problemleri, yaşlı bireylerde düşme riskini artıran önemli bir faktördür. Osteoartrit, özellikle diz ve kalça eklemlerinde ağrıya ve hareket kısıtlılığına neden olabilir. Bu durum, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini azaltır ve sonuç olarak düşme riskini artırabilir (Scott et al., 2011; Arden et al., 2006). Osteoporoz ise kemiklerin kırılma olasılığını artırarak, basit bir düşmenin bile ciddi yaralanmalara yol açma olasılığını artırır (Grossman et al., 2018).

Üriner İnkontinans: Üriner inkontinans, yaşlı bireylerde yaygın bir sorun olup, düşme riskini artıran bir başka önemli faktördür. Acil tuvalet ihtiyacı, bireylerin aceleyle hareket etmelerine ve dikkatsizce düşmelerine yol açarak düşme riskini artırır (Chen et al., 2020; Lee et al., 2011; Onishi et al., 2024). Özellikle üriner inkontinansı olan bireylerin, düşme ve düşme ile ilişkili yaralanmalar yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Chen et al., 2020; Orces, 2014).

Bilişsel Bozukluklar ve Depresyon: Bilişsel bozukluklar, özellikle demans, dikkat, muhakeme ve risk algısını bozarak düşme riskini artırabilir. Depresyon, psikomotor yavaşlama ve motivasyon eksikliği ile ilişkili olduğu için düşme riskini de artırabilir (Chen et al., 2020; Lee et al., 2011). Kas gücü ve dikkat düzeyindeki bu azalmalar, yaşlı bireylerin düşmelerine neden olabilir (Chen et al., 2020; Burns et al., 2016).

c) Çoklu İlaç Kullanımı (Poli-farmasi): Yaşlı bireylerde çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi), düşme riskini artıran önemli bir bağımsız faktördür. Günde dört veya daha fazla ilaç kullanılması, özellikle psikotrop ilaçlar, antihipertansifler, diüretikler ve opioid ağrı kesicilerin yan etkileriyle bir araya geldiğinde, yaşlı bireylerde düşme olaylarının sıklığını artırabilir (Ming & Zecevic., 2018; Banakh, 2018). Polifarmasi, çoğu zaman yaşlı bireylerde gözlemlenen bir durumdur ve bu, çeşitli sağlık sorunlarını yönetme gereksiniminden kaynaklanmaktadır. O'Neil ve arkadaşları çalışmasında, psikotrop ilaçlar kullanmanın düşme riskini önemli ölçüde artırabileceği belirtilmiştir. Özellikle benzodiazepinler ve antipsikotikler, dengesizlik, baş dönmesi ve kafa karışıklığı gibi yan etkilere neden olarak düşme riskini artırır (O'Neil et al., 2018; Gosch et al., 2012). Hien ve meslektaşları, atipik antipsikotiklerin (özellikle risperidon gibi) düşme riskini artırma eğiliminde olduğunu ifade etmiştir (Hien et al., 2005). Kullanılan bu tür ilaçların geniş bir etki profiline sahip olması, düşme riskini artıran çeşitli mekanizmaları devreye sokabilir (Hian et al., 2005; Cox et al., 2022). Diüretikler, antihipertansifler ve opioid ağrı kesiciler de düşme riskini artıran diğer önemli ilaç gruplarıdır. Massa ve arkadaşları çalışmasında, bu tür ilaçların kullanımıyla ilişkili yan etkilerin, denge kaybı ve düşme ile sonuçlandığı bildirilmiştir (Massa et al., 2021; Canaslan et al., 2022). Özellikle antihipertansif tedavi gören yaşlı bireylerde, postural hipotansiyonun sıklığına bağlı olarak düşme riski artmaktadır (Cox et al., 2022).

2- Çevresel (Ekstrinsik) Faktörler

Yaşlı bireylerde düşmelerin yaklaşık %30 ila %50'sinin çevresel faktörlerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bu çevresel etkenler, bireylerin yaşadığı ve hareket ettiği ortamdaki çeşitli tehlikeleri içerir. Düşmelerin çoğunlukla ev içinde gerçekleştiği ve evdeki çeşitli tehlikelerin, yaşlı bireylerin düşme riskini artırdığı görülmektedir (Campani et al., 2020; Banerjee et al., 2022).

a) Ev İçi Tehlikeler: Ev ortamı, yaşlı bireyler için en fazla düşme riskinin bulunduğu yerdir. Ev içinde karşılaşılan tehlikeleri aşağıdaki şekilde gruplayabiliriz.

Yetersiz Aydınlatma: Evin düşük aydınlatması, özellikle gece tuvalete kalkarken yaşlı bireylerin çevresel tehlikeleri algılamasını güçleştirir. Osibona ve meslektaşları, kötü aydınlatma koşullarının yaşlı bireylerde düşme oranlarını artırdığına dikkat çekmiştir (Osibona et al., 2021). Yetersiz aydınlatmanın, evdeki düşme olaylarının sıklığı üzerinde belirgin bir etkisi olduğu gösterilmiştir (Kallstrand-Ericson & Hildingh, 2009).

Zemin Problemleri: Kaygan zeminler, ev kazalarında başlıca etkenlerden biridir. Lin ve arkadaşlarının çalışmasında kaygan yüzeylerin, evde düşme oranlarını artıran faktörler olduğu vurgulanmaktadır (Lin et al., 2017). Banyo ve mutfak gibi alanlar, özellikle kayganlığa daha fazla maruz kalmaktadır. Ayrıca, hâlâ düzeltmeye ve sabitlemeye ihtiyaç duyulan halı ve kilimlerin kenarları, denge kaybına neden olabilmektedir (Sattin et al., 1998).

Engeller: Ev içinde, yerde duran elektrik kabloları, eşyalar ve ortalıkta bırakılan nesneler gibi engeller düşme riskini artırmaktadır. Banerjee ve arkadaşları bu tür ev eşyalarının ve yapıların dikkatli bir şekilde tasarlanmadığı takdirde, düşme olasılığını artırdığını belirtmektedir (Banerjee et al., 2022).

Merdivenler: Tırabzanı olmayan, düzensiz veya yetersiz aydınlatılmış merdivenler, düşme riskini önemli ölçüde artıran unsurlardır. Merdiven kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken unsurlar arasında tutunma barları ve aydınlatma yer alır; eksikliği durumunda risk önemli oranda artar (Sattin et al., 1998).

Banyo ve Tuvalet: Banyo alanı, yaşlı bireyler için en tehlikeli ortam olarak bilinir. Tutunma barlarının eksikliği, alçak klozetler ve kaygan yüzeyler, bu alanlardaki riskleri artırmaktadır (Sattin et al., 1998).

b) Ev Dışı Tehlikeler: Ev dışında da birçok risk faktörü bulunmaktadır.

Kaldırım ve Yollar: Çatlak, bozuk ve engebeli kaldırımlar, düşme riskini artıran önemli unsurlardır. Hava koşullarının etkisiyle kaygan zeminler, yaşlı bireyler için ekstra bir tehlike oluşturmaktadır (Lin et al., 2022).

Hava Koşulları: Yağmur, kar ve buz gibi iklim koşulları, düşme olasılığını artıran diğer faktörlerdir. Ek olarak, bu durumlar, yaşlı bireylerin dış mekanlarda yürürken karşılaştıkları tehlikeleri artırabilir (Lin et al., 2022; Gyllencreutz et al., 2014).

Kamusal Alanlar: Yetersiz aydınlatma ile birlikte, kalabalık ve düzensiz kamusal alanlar, yaşlı bireylere yönelik risk oluşturmaktadır (Gyllencreutz et al., 2014). Engeller ve aniden çıkan basamaklar ile dolu bu ortamlar, düşme mekanizmalarını tetikler.

c) Uygun Olmayan Ayakkabı ve Giyim: Kaygan tabanlı, topuksuz ya da yüksek topuklu ayakkabılar, yere takılabilecek kadar uzun giysiler düşme riskini artırabilmektedir (Özdemir & Barshan, 2014). Uygun giyim ve ayakkabı seçimi yaşlılar için son derece önemlidir.

d) Uygun Olmayan Yardımcı Cihaz Kullanımı: Baston veya yürüteç gibi yardımcı cihazların yanlış kullanımının, denge kaybına ve düşmelere neden olabileceği vurgulanır (Campani et al., 2020). Doğru kullanım ve uygun boyutlar, yaşlı bireylerin düşme riskini azaltabilir.

Bu faktörlerin anlaşılması, halk sağlığı hemşirelerinin hem bireye yönelik risk değerlendirmesi yaparken hem de koruyucu müdahaleleri planlarken bütüncül bir yaklaşım sergilemesi için temel oluşturur.

Halk Sağlığı Hemşireleri Olarak Düşmeyi Önleme Girişimleri

Halk sağlığı hemşireleri, düşmeleri önlemede kritik bir rol oynamaktadır; bunun yanı sıra düşme riskini azaltmaya yönelik birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde etkin müdahaleler gerçekleştirmektedirler.

a) Birincil Koruma (Düşmeyi Önleme)

Yaşlı bireylerde düzenli düşme riski taraması yapmak, erken müdahale ve önleyici stratejilerin geliştirilmesi için hayati önem taşımaktadır. STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries) gibi programlar, düşme riskini değerlendirmek için kapsamlı bir araç sunar Dolan et al. (2021). Bu tür tarama programları, hemşirelere bireylerin risk faktörlerini belirlemelerine yardım eder. STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries), Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) tarafından geliştirilen; 65 yaş ve üzeri bireylerde düşme riskini erken saptamak, riske göre müdahale planlamak ve düşmeleri azaltmak amacıyla tasarlanmış çok bileşenli bir halk sağlığı ve klinik uygulama programıdır. Program, birincil basamak ve toplum temelli hizmetlerde kolay uygulanabilir algoritmalar, tarama araçları ve müdahale rehberleri içerir.

Fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi, hemşire liderliğindeki toplum temelli egzersiz programlarının bir parçası olarak sunulabilir. Düzenli egzer-

siz, dengeyi artırır ve düşme riskini azaltır. Yapılan araştırmalar, bu tür programların hem fiziksel sağlık hem de sosyal etkileşimi artırarak yaşlı bireyler üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Huang et al., 2023).

Halk sağlığı hemşireleri, ev güvenliği değerlendirmeleri yaparak ve ev düzenleme eğitimleri vererek, yaşlı bireylerin ev içindeki düşme risklerini önemli ölçüde azaltabilirler. Düşme risklerini en aza indirmek için, zeminlerin kayganlığının ve aydınlatmanın iyileştirilmesi gibi öneriler sunulabilir (Marmamula et al., 2020).

Toplum içinde sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitimler, bireylerin sağlık durumlarını daha iyi anlamalarına ve kendilerine uygun önleyici tedbirler almalarına yardımcı olabilir (Morin et al., 2016). Hemşireler, yaşlı bireylerde bu farkındalığı artırmak için çeşitli eğitim materyalleri ve seminerler sunabilirler.

Toplum temelli aktif yaşlanma programları, yaşlı bireylerin sosyal katılımını artırırken, fiziksel sağlıklarını da korur. Sosyal etkinlikler ve çeşitli aktiviteler, bireylerin hem fiziksel hem de mental sağlıklarını destekler (Zhao et al., 2019).

b) İkincil Koruma (Erken Tanı ve Müdahale)

Düşme öyküsü olan bireylerin yakın izlenmesi, düşme riskini azaltmak üzere kritik bir stratejidir. Dolan ve arkadaşlarının araştırması, hastalara yönelik düşme risk değerlendirmelerinin önemini vurgulamaktadır (Dolan et al., 2024), çünkü birçok hasta kendi düşme risklerini yeterince değerlendiremeyebilir.

Yaşlı bireylerde polifarmasi, düşme riski üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hemşireler, bu bireylerin ilaç kullanımlarını düzenli olarak gözden geçirerek olumsuz etkilere karşı koruma sağlamak için önemli bir rol oynamaktadırlar (Alodhialah et al., 2024; Morin et al., 2016). Çoklu ilaç kullanımını göz önünde bulundurmak, sağlık profesyonellerinin düşme risklerini azaltmalarına yardımcı olur (Marmamula et al., 2020).

Görme ve işitme kayıpları, düşme riskini artıran önemli faktörlerdir. Hemşireler, bu değerlendirmeleri yaparak bireylerin sensör motor becerilerini artırmalarına yardımcı olabilirler (Thiamwong, 2019; Nawagi et al., 2022).

Halk sağlığı hemşireleri, multidisipliner ekipler ile iş birliği yaparak düşme riskini azaltma stratejilerini geliştirebilirler. Bu durum, doktorlar, fizyoterapistler ve diğer sağlık hizmeti uzmanları ile etkin iletişim ve iş birliğini gerektirir (Johansson et al., 2016).

c) Üçüncül Korunma (Komplikasyonların Azaltılması)

Düşme sonrasında rehabilitasyonun desteklenmesi, yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını korumak için hayati önem taşımaktadır. Hemşireler, rehabi-

litasyon sürecinde bireylerin motivasyonunu artırmak için destek sunabilirler (Wong et al., 2019).

Düşme korkusu yaşayan bireyler için psikososyal destek sağlamak, hemşirelerin düşme önleme stratejilerinde önemli bir yer tutar. Bu yaklaşım, bireylerin psikolojik iyilik hallerini artırarak bağımsız yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olur (Wong et al., 2019).

Yaşlı bireyler için bağımsızlığı korumaya yönelik özel bakım planları oluşturarak düşme riski azaltılabilir. Hemşireler, doğru bakım planları ile bireylerin günlük aktivitelerini daha güvenle sürdürmelerine yardımcı olmalıdırlar (Díez et al., 2022; Ilic et al., 2015).

Halk sağlığı hemşireleri, düşme riskinin azaltılmasına yönelik çok katmanlı stratejiler geliştirme konusunda kritik bir rol oynamaktadır. Birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde yapılan müdahalelerle, yaşlı bireylerin sağlıklı, güvenli ve bağımsız bir yaşam sürmeleri desteklenmekle birlikte yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve düşme oranlarını azaltmak mümkündür. Hemşire liderliğindeki programlar, birçok kanıta dayalı veriler doğrultusunda, düşme oranlarını anlamlı bir şekilde azalttığı gösterilmektedir. Düşmelerin önlenmesi için bütüncül ve kanıta dayalı yaklaşımların uygulanması, yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini artırmada önemli bir katkı sağlamaktadır. (Moreira et al., 2021; Díez et al., 2022).

KAYNAKLAR

- Adams, C., Tancredi, D. J., Bell, J. M., Catz, S. L., & Romano, P. S. (2024). Risk of home falls among older adults after acute care hospitalization: A cohort study. *Journal of Trauma Nursing*, 31(6), 281–289. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000816>
- Aisenbrey, S., & Möller, J. (2021). The economic impacts of aging populations: Public policy responses and challenges. *The Journal of Aging & Social Policy*, 33(4), 357–374. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1895350>
- Allcock, L. M., & O'Shea, D. (2000). Diagnostic yield and development of a neuro-cardiovascular investigation unit for older adults in a district hospital. *The Journals of Gerontology Series A*, 55(8), M458–M462. <https://doi.org/10.1093/gerona/55.8.m458>
- Aly, S., Tawfik, H. M., Bichari, W., Elsadany, M., & Banouby, M. E. (2019). Sarcopenia and risk of falls in patients with chronic kidney disease, a meet of three geriatric giants. *The Egyptian Journal of Geriatrics and Gerontology*, 6(1), 1–5. <https://doi.org/10.21608/ejgg.2019.30889>
- Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. (2024, 28 Ekim). Yaşlı bireylerde düşmelere ilişkin veriler. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/falls/data-research/index.html>
- Arden, N., Crozier, S., Smith, H., Anderson, F. H., Edwards, C. J., Raphael, H., ... & Cooper, C. (2006). Knee pain, knee osteoarthritis, and the risk of fracture. *Arthritis Care & Research*, 55(4), 610–615. <https://doi.org/10.1002/art.22088>
- Bastos, R. A. A., Lima, R. A. D. A., Sousa, R. V. P. d., Gomes, F. C., Garrido, G. d. S., Almeida, R. A. d., ... & Farias, B. J. T. G. d. (2022). Risk factors associated with the occurrence of falls in the life context of the elderly. *Scientific Journal of Applied Social and Clinical Science*, 2(26), 2–8. <https://doi.org/10.22533/at.ed.2162262213127>
- Banakh, I. (2018). Polypharmacy in very elderly hospitalised patients: A single centre study. *Journal of Pharmaceutics and Therapeutics*, 4(1), 156–161. <https://doi.org/10.18314/jpt.v4i1.1139>
- Banerjee, N., Sharma, N., Soni, K., Bansal, V., Mahajan, A., Khajanchi, M., ... & Roy, N. (2022). Are home environment injuries more fatal in children and the elderly? *Injury*, 53(6), 1987–1993. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.03.050>
- Burns, E. R., Stevens, J. A., & Lee, R. (2016). The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults—United States. *Journal of Safety Research*, 58, 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.05.001>
- Cameron, I. D., Dyer, S. M., Panagoda, C. E., Murray, G., Hill, K., Cumming, R. G.,

- ... & Kerse, N. (2020). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005465.pub4>
- Campani, D., Caristia, S., Amariglio, A., Piscione, S., Ferrara, L., Barisone, M., ... & Molin, A. (2021). Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nursing*, 38(3), 493–501. <https://doi.org/10.1111/phn.12852>
- Canaslan, K., Bulut, E. A., Koçyiğit, S. E., Aydın, A. E., & Işık, A. T. (2022). Predictivity of the comorbidity indices for geriatric syndromes. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03066-8>
- Caner, Ş., & Avcı, İ. A. (2022). Yaşlılarda düşme riski, korkusu ve düşme davranışları ile düşmeye yönelik evde bakım gereksinimlerinin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 193–208.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Vaccines for older adults. Retrieved from <http://www.cdc.gov>
- Chen, P., Lin, H., Ong, J. R., & Ma, H. (2020). Development of a fall-risk assessment profile for community-dwelling older adults by using the National Health Interview Survey in Taiwan. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8286-8>
- Claassen, D., Adler, C., Hewitt, L., & Gibbons, C. (2018). Characterization of the symptoms of neurogenic orthostatic hypotension and their impact from a survey of patients and caregivers. *BMC Neurology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1129-x>
- Cox, N., Ilyas, I., Roberts, H. C., & Ibrahim, K. (2022). Exploring the prevalence and types of fall-risk-increasing drugs among older people with upper limb fractures. *International Journal of Pharmacy Practice*, 31(1), 106–112. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riac084>
- Crews, J. E., Chou, C., Stevens, J. A., & Saaddine, J. (2016). Falls among persons aged ≥65 years with and without severe vision impairment—United States, 2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(17), 433–437. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6517a2>
- Díez, R., Cadenas, R., Susperregui, J., Sahagún, A. M., Fernández, N., García, J. J., ... & López, C. (2022). Potentially inappropriate medication and polypharmacy in nursing home residents: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(13), 3808. <https://doi.org/10.3390/jcm11133808>
- Dolan, H., Slebodnik, M., & Taylor-Piliae, R. E. (2021). Older adults' perceptions of their fall risk in the hospital: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(17–18), 2418–2436. <https://doi.org/10.1111/jocn.16125>

- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2021, 26 Nisan). Düşmeler. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Finucane, C., O'Connell, M., Donoghue, O., Richardson, K., Savva, G., & Kenny, R. (2017). Impaired orthostatic blood pressure recovery is associated with unexplained and injurious falls. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(3), 474–482. <https://doi.org/10.1111/jgs.14563>
- Gosch, M., Joosten-Gstrein, B., Heppner, H., & Lechleitner, M. (2012). Hyponatremia in geriatric inpatient patients: Effects on results of a comprehensive geriatric assessment. *Gerontology*, 58(5), 430–440. <https://doi.org/10.1159/000339100>
- Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Tseng, C. (2018). Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults. *JAMA*, 319(16), 1696. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3097>
- Gyllencreutz, L., Björnstig, J., Rolfsman, E., & Saveman, B. (2014). Outdoor pedestrian fall-related injuries among Swedish senior citizens–injuries and preventive strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 225–233. <https://doi.org/10.1111/scs.12153>
- Hiên, L. T. T., Cumming, R. G., Cameron, I. D., Chen, J. S., Lord, S. R., March, L., ... & Sambrook, P. N. (2005). Atypical antipsychotic medications and risk of falls in residents of aged care facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(8), 1290–1295. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53403.x>
- Horikawa, E., Matsui, T., Arai, H., Seki, T., Iwasaki, K., & Sasaki, H. (2005). Risk of falls in Alzheimer's disease: A prospective study. *Internal Medicine*, 44(7), 717–721. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.44.717>
- Huang, X., Jiang, Y., Liu, Y., Shen, L., Pan, J., & Zhang, Y. (2023). Influencing factors of falls among older adults in Chinese retirement institutions: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 18(12), e0296348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296348>
- Ilić, D., Bukumirić, Z., & Jankovic, S. (2015). Impact of educational intervention on prescribing inappropriate medication to elderly nursing homes residents. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 143(3–4), 174–179. <https://doi.org/10.2298/sarh1504174i>
- Johansson, T., Paier-Abuzahra, M., Keller, S., Mann, E., Faller, B., Sommerauer, C., ... & Sönnichsen, A. (2016). Impact of strategies to reduce polypharmacy on clinically relevant endpoints: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 82(2), 532–548. <https://doi.org/10.1111/bcp.12959>
- Juraschek, S., Daya, N., Appel, L., Miller, E., Windham, B., Pompeii, L., ... & Selvin, E. (2017). Orthostatic hypotension in middle-age and risk of falls. *American Journal of Hypertension*, 30(2), 188–195. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpw108>

- Kallstrand-Ericson, J., & Hildingh, C. (2009). Visual impairment and falls: A register study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 366–372. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02516.x>
- Khattak, H. G., Arshad, H., Anwar, K., & Majeed, Y. (2021). Fall prevalence and associated risk factors in geriatric population. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(9), 2161–2164. <https://doi.org/10.53350/pjmhs211592161>
- Lee, C., Chen, L., Lo, Y., Liang, C., Chou, M., Lo, C., ... & Lin, Y. (2011). Urinary incontinence: An under-recognized risk factor for falls among elderly dementia patients. *Neurourology and Urodynamics*, 30(7), 1286–1290. <https://doi.org/10.1002/nau.21044>
- Lin, T., Yang, C., & Shih, W. (2017). Fall prevention shoes using camera-based line-laser obstacle detection system. *Journal of Healthcare Engineering*, 2017, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2017/8264071>
- Lin, W., Lin, L., Yuan, L., Pan, L., Huang, T., Sun, M., ... & Liu, H. (2022). Association between meteorological factors and elderly falls in injury surveillance from 2014 to 2018 in Guangzhou, China. *Heliyon*, 8(10), e10863. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10863>
- Lord, S. R., & Dayhew, J. (2001). Visual risk factors for falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 508–515. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49107.x>
- Magnuszewski, Ł., Wojszel, A., Kasiukiewicz, A., & Wojszel, Z. B. (2022). Falls at the geriatric hospital ward in the context of risk factors of falling detected in a comprehensive geriatric assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10789. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710789>
- Marmamula, S., Barrenkala, N. R., Challa, R., Kumbham, T. R., Modepalli, S. B., Yellapragada, R., ... & Khanna, R. (2020). Falls and visual impairment among elderly residents in ‘homes for the aged’ in India. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70066-2>
- Massa, E., Donisi, C., Liscia, N., Madeddu, C., Impera, V., Mariani, S., ... & Lai, E. (2021). The difficult task of diagnosing depression in elderly people with cancer: A systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 17(1), 295–306. <https://doi.org/10.2174/1745017902117010295>
- Meulenens, L., Fraser, M. L., Bulsara, M., Chow, K., & Ng, J. Q. (2016). Risk factors for recurrent injurious falls that require hospitalization for older adults with dementia: A population based study. *BMC Neurology*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0711-3>
- Ming, Y., & Zecevic, A. (2018). Medications & polypharmacy influence on recurrent fallers in community: A systematic review. *Canadian Geriatrics Journal*, 21(1), 14–25. <https://doi.org/10.5770/cgj.21.268>

- Moreira, R. P., Guerra, F. V. G., Ferreira, G. d. O., Cavalcante, T. F., Felício, J. F., Ferreira, L. C. C., ... & Guedes, N. G. (2021). Effects of the nursing intervention fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(2), 147–161. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12346>
- Moreland, B., Kakara, R., & Henry, A. (2020). Trends in nonfatal falls and fall-related injuries among adults aged ≥ 65 years—United States, 2012–2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(27), 875–881. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6927a5>
- Mortazavi, S., Delbari, A., Vahedi, M., Fadayevatan, R., Moodi, M., Fakhrzadeh, H., ... & Sharifi, F. (2023). Low physical activity and depression are the prominent predictive factors for falling in older adults: The Birjand Longitudinal Aging Study (BLAS). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3282511/v1>
- Nadobnik, F. (2021). The role of fall prophylaxis in the quality of life of the geriatric patients. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*, 33, 43–52. <https://doi.org/10.18276/cej.2021.1-04>
- Nawagi, F., Mukisa, J., Najjuma, J. N., & Nabirye, R. C. (2022). “We are never taught anything about the elderly.” Establishing the gap in elderly health care competencies in nursing education in Uganda. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00936-9>
- O’Neil, C. A., Krauss, M. J., Bettale, J., Kessels, A., Costantinou, E., Dunagan, W. C., ... & Fraser, V. J. (2018). Medications and patient characteristics associated with falling in the hospital. *Journal of Patient Safety*, 14(1), 27–33. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000163>
- Onishi, M., Takeshita, Y., Masuda, H., Katsuhisa, M., Saizen, Y., Ikuta, K., ... & Takeya, Y. (2024). Prediction models for early post-discharge falls among older adults using machine learning: A prospective cohort study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5399207/v1>
- Orces, C. H. (2014). Prevalence and determinants of fall-related injuries among older adults in Ecuador. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2014, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/863473>
- Osibona, O., Solomon, B., & Fecht, D. (2021). Lighting in the home and health: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 609. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020609>
- Özdemir, A., & Barshan, B. (2014). Detecting falls with wearable sensors using machine learning techniques. *Sensors*, 14(6), 10691–10708. <https://doi.org/10.3390/s140610691>
- Özden, G., Gokdas, H., & Kızıldoğan, E. T. (2025). Artificial intelligence in healthcare: Fall risk assessment in older adults by using machine learning techniques. Po-

liteknik Dergisi, 28(5), 1415–1423. <https://doi.org/10.2339/politeknik.1446723>

- Özşaker, E., Yapsu, F., & Yılmaz, G. D. (2019). Cerrahi kliniğinde yatan 65 yaş üstü hastaların düşme risklerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 245–249. <https://doi.org/10.35440/hutfd.486797>
- Pantong, U., Trapero, I., & Jareaprapal, U. (2023). Analysis and prevention of falls among community-dwelling older adults in southern Thailand. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15945>
- Rimland, J. M., Abraha, I., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A. J., Soiza, R. L., Gudmusson, A., ... & Cherubini, A. (2016). Effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent falls in older people: A systematic overview. The SENATOR Project ONTOP Series. *PLOS ONE*, 11(8), e0161579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161579>
- Said, C. M., Batchelor, F., Shaw, K., & Blennerhassett, J. (2016). Preparing patients at high risk of falls for discharge home after rehabilitation: Do we meet the guidelines? *Geriatrics & Gerontology International*, 16(5), 570–576. <https://doi.org/10.1111/ggi.12511>
- Sattin, R., Rodríguez, J., DeVito, C., & Wingo, P. (1998). Home environmental hazards and the risk of fall injury events among community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(6), 669–676. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb03799.x>
- Scott, D., Blizzard, L., Fell, J., & Jones, G. (2011). Prospective study of self-reported pain, radiographic osteoarthritis, sarcopenia progression, and falls risk in community-dwelling older adults. *Arthritis Care & Research*, 64(1), 30–37. <https://doi.org/10.1002/acr.20545>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., Buskirk, J. V., Bauman, A., ... & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 376, e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Takada, H., Yamashita, K., Osawa, L., Komiyama, Y., Muraoka, M., Suzuki, Y., ... & Enomoto, N. (2024). Assessment of lower limb muscle strength can predict fall risk in patients with chronic liver disease. *Scientific Reports*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-50574-7>
- Thiamwong, L. (2019). A hybrid concept analysis of fall risk appraisal: Integration of older adults' perspectives with an integrative literature review. *Nursing Forum*, 55(2), 190–196. <https://doi.org/10.1111/nuf.12415>
- Vieira, L. S., Gomes, A. P., Bierhals, I. O., Farias-Antúnez, S., Ribeiro, C. G., Miranda, V. I. A., ... & Tomasi, E. (2018). Falls among older adults in the south of Bra-

zil: Prevalence and determinants. *Revista de Saúde Pública*, 52, 22. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000103>

- Wang, P., Zhang, L., Yin, H., Kan, J., Wang, L., Lang, Y., ... & Wang, E. (2024). Controlled study of multidisciplinary team decision-making intervention to prevent falls in the elderly. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine Research*, 8(3), 379–384. <https://doi.org/10.26855/ijcemr.2024.07.002>
- Wong, F. M. F., Ng, Y. T. Y., & Leung, W. (2019). Oral health and its associated factors among older institutionalized residents—A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4132. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214132>
- Wu, X., Li, X., Xu, M., Zhang, Z., He, L., & Li, Y. (2021). Sarcopenia prevalence and associated factors among older Chinese population: Findings from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *PLOS ONE*, 16(3), e0247617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247617>
- Yang, C., Ye, T. T., & Gao, Y. (2025). Association between sarcopenia and falls in Chinese older adults: Findings from the China health and retirement longitudinal study. *PLOS ONE*, 20(6), e0326193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326193>
- Zhang, X., Huang, P., Dou, Q., Wang, C., Zhang, W., Yang, Y., ... & Zeng, Y. (2020). Falls among older adults with sarcopenia dwelling in nursing home or community: A meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 39(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.01.002>
- Zhao, Y., Alderden, J., Lind, B. K., & Stibrany, J. (2019). Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults. *Public Health Nursing*, 36(6), 772–778. <https://doi.org/10.1111/phn.12651>



SAĞLIK DAVRANIŞLARININ OLUŞUMUNA KURAMSAL BİR BAKIŞ: SAĞLIK İNANÇ MODELİ

“ ”

Burcu DAYSAL GÜLER¹

¹ Öğr.Gör.Dr.,Hitit Üniversitesi Alaca Avni Çelik MYO, Çorum, Türkiye,
ORCID: 0000-0003-1787-9536

Giriş

Hızlı teknolojik dönüşümlerin getirdiği alışkanlıklarla birlikte günümüzde her yaş grubundan bireyin sağlık davranışları önemli ölçüde değişime uğramıştır. Bu davranışların önemli bir kısmı, fiziksel ve ruhsal sağlık açısından risk oluşturabilecek niteliktedir. Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak bireylerde olumlu sağlık davranışlarının desteklenmesi ve riskli davranışların sağlıklı alternatiflerle değiştirilmesi kritik bir gereksinim hâline gelmiştir (Dönmez, 2021). Bu gereksinimi karşılamak amacıyla, bireylerin sağlıklı davranışları benimsemesi, sürdürmesi ve günlük yaşamlarında uygulayabilmesi için çeşitli kuramsal modeller geliştirilmiştir (Gözüm ve Çapık, 2014; Öncel ve ark., 2016). Sağlık davranışlarının açıklanması amacıyla en sık kullanılan modellerden biri de Sağlık İnanç Modelidir (Glanz ve ark., 2002). Sağlık İnanç Modeli, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını benimseme, tedavi arayışına yönelme ve sağlığı geliştirici uygulamalara katılma süreçlerini açıklamada sağlam bir kuramsal zemin sunmaktadır. Model, yalnızca sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik davranışların anlaşılmasında değil, aynı zamanda çeşitli sağlık sorunlarında hastaların tedaviye uyumunu etkileyen motivasyon artırıcı ya da engelleyici faktörlerin belirlenmesinde de etkili bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014).

Sağlık İnanç Modeli

Yirminci yüzyılın ortalarında Amerika’da bazı hastalıkların önlenmesi ve erken tanınması için kullanılan tarama programlarına büyük önem verilmekteydi. O dönemde sağlık profesyonelleri, risk altındaki gruplara tarama yapmak istemesine rağmen halk, belirtileri olmayan hastalıklar için test yapılmasını istememiştir. Bu karmaşa özellikle de tüberküloz hastalığı için oluşmuştur (Hayden 2009). Bu model de 1950’li yıllarda Amerika’da ücretsiz tarama testlerine halkın katılımının yetersizliğini açıklamak amacıyla Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Champion, 1984; Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960). Bireylerin sağlık davranışlarının çeşitli inanç, değer ve tutumlardan etkilendiğini savunan Sağlık İnanç Modeli zaman içerisinde revize edilmiştir (Conner ve Brkshire, 2005). Model kullanılabilir hale ilk kez 1966 yılında Rosenstock tarafından getirilmiştir (Jane, 2004). 1974 yılından itibaren ise, sağlık ve sağlık hizmetlerinin kabulünü açıklayan kavramların oluşturulmasında ve açıklanmasında kullanılmaya başlanmıştır (Glanz ve ark., 2002).

Sağlık İnanç Modeli, sağlıkla ilişkili davranış değişimlerini açıklamada, sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik süreçleri anlamada ve koruyucu sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik müdahale çalışmalarının tasarlanmasında sıkça başvurulan bir kuramsal çerçevedir (Glanz ve ark. 2008). Birincil, ikincil ve üçüncül koruma ile ilgili sağlık davranışların uy-

gulanmasında önemli bir yere sahiptir. Model ilk defa Tüberküloz hastalığını saptamak için uygulanan tarama programlarında kullanılmıştır. Çalışmada, halkın tarama programına katılımı kolaylaştıran ya da engelleyen etmenler belirlenmiştir (Glanz ve ark., 2002). Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta davranışı ile sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran ve engelleyen etmenleri de açıklamıştır (Grubbs ve Tabano, 2000; Janz ve ark., 2002; Nahcivan ve Seçginli, 2003).

Sağlık açısından istenen ya da istenmeyen bir sağlık davranışının o birey tarafından neden uygulandığını, reddedildiğini ya da ertelendiğini açıklayan (Champion, 1993; Smith ve ark., 2011). Sağlık İnanç Modelinin ilk hedefi, birey ve gruplar için hastalıktan kaçınma ya da sağlıklı olmanın onlar açısından ne anlama geldiğini belirlemek; bunun yanı sıra, sağlığı etkileyen tutum ve davranışları tespit edip sağlık üzerindeki etkilerini anlamak ve sağlığı koruma ile iyileştirmeyi engelleyen faktörleri ortadan kaldırarak olumlu sağlık davranışlarını geliştirmek, modelin temel amacını oluşturur (Petro-Nustus ve Mikhail, 2002).

Sağlık İnanç Modeli bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını anlamak, açıklamak ve değiştirmek amacıyla farklı hastalık ve sağlık durumlarında yaygın şekilde kullanılmıştır. Model; astım, diyabet, osteoporoz ve meme kanserinin erken tanınması gibi çeşitli kronik hastalıklara yönelik davranışların yanı sıra, kadınların Pap-smear testine yönelme ile ulusal aşılama programlarına katılımın artırılmasına yönelik birçok araştırmada olumlu sağlık davranışlarını desteklemek amacıyla uygulanmıştır (Bal, 2014; Çimen ve ark., 2012; Kılıç ve Eriçi 2004; Nahcivan ve Seçginli, 2003; Olgun ve Altun 2012; Smith ve ark., 2011). Model, özellikle aşılarda kabulü, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, kanser taramaları ve kronik hastalıkların yönetimi gibi alanlarda etkili bir çerçeve sunmaktadır (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). Örneğin, HBM kadınlarda meme kanseri taramalarına katılımı etkileyen faktörleri anlamak ve sağlıklı beslenme ile fiziksel aktivite alışkanlıklarını artırmaya yönelik programlarda kullanılmak üzere başarıyla uygulanmıştır (Champion & Skinner, 2008). Ayrıca model, HIV/AIDS, diyabet, hipertansiyon ve obezite gibi kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, bireylerin risk algısı, algılanan yarar ve engeller gibi bilişsel süreçlerinin sağlık davranışlarına etkilerini incelemek için de tercih edilmektedir (Carpenter, 2010). Bu yönüyle Sağlık İnanç Modeli, hem bulaşıcı hem de kronik hastalıkların önlenmesi, tedaviye uyumun artırılması ve sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi için sağlam bir kuramsal temel sağlamaktadır.

Bu modelin temel amacı, bireylerin sağlığı koruma ve hastalıklardan kaçınma süreçlerinde var olan engelleyici tutumlarının tanımlanmasıdır; böylece bireye özgü sağlık eğitimi ve müdahalelerle bu engeller azaltılarak olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi sağlanabilmektedir

Sağlık İnanç Modeli bireyi sağlığı koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak üzere altı bileşenden oluşmaktadır (Champion ve Skinner, 2008).

Modele Ait Bileşenler;

Model altı bileşenden oluşmaktadır;

1. Algılanan duyarlılık,
2. Algılanan ciddiyet,
3. Algılanan yarar,
4. Algılanan engeller,
5. Öz yeterlilik,
6. Davranışla ilgili ipuçları (Glanz ve ark., 2002; Seçginli ve Nahcivan, 2004).

Sağlık İnanç Modeli'ne göre bireyin bir hastalığı önlemeye yönelik davranışta bulunma olasılığı, bazı temel bilişsel değerlendirmelerine bağlıdır. Buna göre kişi; hastalığa yakalanma riskinin kendisi için de geçerli olabileceğini düşünmesi (algılanan duyarlılık), hastalığın ortaya çıkması hâlinde ciddi sonuçlara yol açabileceğini kabul etmesi (algılanan ciddiyet), koruyucu sağlık davranışlarının hastalığı önlemede etkili olacağına inanması (algılanan yarar) ve riskleri azaltmanın sağladığı faydaların eyleme geçmenin olası maliyetlerinden daha ağır bastığını değerlendirmesi (algılanan engeller) durumunda harekete geçme eğilimi göstermektedir (Bulduk ve ark., 2015).

Bireylerin sağlıklı ilgili davranışlarının temelinde, sağlığa verdikleri değer ve hastalıkla ilgili inançlarının yer aldığını öne süren bu modele göre bir kişi, sağlık davranışlarının yararını ve zararını algılayabiliyorsa, bu algılama onun sağlığını korumak ya da iyileştirmek için harekete geçmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988). Bu bağlamda, hastalığa karşı duyarlılık hisseden bireyler, hastalığın potansiyel ciddiyetini kavrayanlar, davranışın sağlayacağı faydaları görenler ve bu davranışı gerçekleştirirken karşılaşılabilecek engellerin farkında olanlar daha olası eyleme geçme eğilimindedir (TheoryPicker, 2025). Ayrıca, eğitim, medya uyarıları, sosyal destek ya da sağlık kontrollerini hatırlatan tetikleyiciler gibi eyleme geçirici ipuçları bireyleri davranışı gerçekleştirmeye yönlendirebilir (Janz & Becker, 1984). Öz-yeterlik ise bireyin bu davranışı gerçekleştirme becerisine ilişkin inancını tanımlar ve özellikle uzun vadeli davranış değişikliğinde önemli bir belirleyici olmaktadır (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988; Sharma & Romas, 2012).

Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri

Hassasiyet/Duyarlılık algısı

Hassasiyet, bireylerin sağlıkla ilgili davranış sergilemesinde önemli bir algıdır (Hayden, 2009). Bireyin kendisini ne kadar yüksek risk altında algıladığı, riskle ilişkili davranışlarını azaltma eğilimini o ölçüde artırmaktadır (Hayden, 2009). Örneğin, ailesinde kalp hastalığı öyküsü bulunan bir birey, kendi sağlığını tehdit altında görmesi nedeniyle düzenli kardiyolojik kontrollerini aksatmamakta ve yaşam tarzı değişikliklerine daha fazla uyum gösterebilmektedir.

Ciddiyet algısı

Ciddiyet algısı, bireyin durumunun ciddiyeti ve hastalığının ortaya çıkacağı sonuçlara ilişkin kişisel algısıdır (Janz ve ark., 2002). Bu algıyı bireyin sağlık bilgisi şekillendirir. Bireyin bir hastalığa ilişkin bilgi düzeyi, söz konusu hastalığın sonuçlarını nasıl algıladığını ve buna bağlı olarak ciddiyet algısının nasıl şekillendiğini belirlemektedir. Örneğin, tansiyonu normal seyreden bir birey zaman zaman yaşadığı baş ağrısını geçici bir durum olarak değerlendirebilirken, hipertansiyon hastalığı olan bir kişi aynı belirtiyi daha ciddi bir sağlık riski olarak yorumlayabilmektedir. Bu farklılık, bireylerin hastalığa dair farkındalıklarının ciddiyet algısına doğrudan yansıdığını göstermektedir (Hayden, 2009). Algılanan ciddiyet, hastalığın ölüm, sakatlık ya da uzun süreli ağrı gibi tıbbi ve klinik sonuçlarının yanı sıra iş yaşamı, aile sorumlulukları ve sosyal ilişkiler üzerindeki muhtemel etkilerinin de değerlendirilmesini içermektedir (Glanz ve ark., 2008).

Duyarlılık ve ciddiyet boyutlarının birlikte değerlendirilmesi, bireyin hastalığa yönelik "algılanan tehdit" düzeyini oluşturmaktadır. Meme kanserinin sonuçlarını ciddi gören ve bu hastalığa yakalanma olasılığını yüksek algılayan bir kadının, benzer yaş grubundaki başka bir kadına kıyasla Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yapma ya da mamografi taramasına başvurma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Glanz ve ark., 2008).

Yarar algısı

Algılanan yarar algısı, bireyin önerilen davranışın sağlık kazanımı veya risk azaltımı sağlayacağına ilişkin inancını içermektedir. Bireyin, hastalığı önlemeye ya da mevcut bir sağlık sorununun etkilerini hafifletmeye yönelik önerilen koruyucu davranışların kendisine sağlayacağı olumlu sonuçlara yönelik inancı olarak tanımlanmaktadır (Hayden, 2009). Kişi yeni davranışın hastalık gelişme riskini azaltacağına inanırsa istenen davranışı uygulamaya daha eğilimli olur. Eğer birey söz konusu davranışın kendine yarar sağlayacağını düşünürse önerilen sağlık davranışını gerçekleştirecektir (Champion ve Skinner, 2008; Hayden, 2009). Algılanan yarar, özellikle tarama davranışları

gibi sekonder koruyucu davranışların kazanılmasında önemli rol oynamaktadır (Turner ve ark., 2004). Örneğin, temas ve damlacık yoluyla bulaşabilen bir salgın hastalık durumunda kişinin önlem açısından insanlarla olan temasını ne kadar azaltırsa hastalık riskini o kadar azaltacağını düşünmesi ve davranış olarak sosyal izolasyon tedbirleri alması kişinin yarar algısına göre davranış kazandığını göstermektedir. Bir çalışmada sigara içmeme davranışı ile algıladıkları yararın incelendiği bir çalışma sonucunda, kişilerin algılanan yarar algıları arttıkça sigara içmeme durumlarının da artış gösterdiği saptanmıştır (Mohammadi ve ark., 2017).

Engel Algısı

Engel algısı, kişinin önerilen koruyucu bir sağlık davranışını yapmasını engelleyen ya da zorlaştıran etmenler (maliyet, zaman, tehlike) ile ilgili bireysel algısıdır (Hayden, 2009). Bu algı kişinin olumlu sağlık davranışı sergilemesindeki engellerin yanı sıra olumsuz sağlık davranışlarını sürdürmede ileri sürülen sebepleri de kapsamaktadır (Janz ve ark., 2002). Bireylerde koruyucu sağlık davranışlarının uygulanmasını engelleyen temel unsur, algılanan engeller ile algılanan yararlar arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır (Glanz ve ark., 2008). Model, davranış değişikliğinin gerçekleşebilmesi için algılanan yararın, algılanan engellerden daha baskın olması gerektiğini vurgulamaktadır (Champion & Skinner, 2008). Sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla geliştirilen en eski modellerden biri olan Sağlık İnanç Modeli'ne göre, modelin önemli bir bileşeni olan engel algısı; algılanan duyarlılık, ciddiye ve yarar düzeylerinin artırılmasıyla azaltılabilmektedir. Bununla birlikte bireyler, çeşitli bireysel ve toplumsal etmenlere bağlı olarak koruyucu sağlık davranışlarını yerine getirirken farklı engeller algılayabilmektedir (Baltaş, 2000).

Çeşitli toplumlarda, özellikle kadınlarda meme kanseri ve tarama davranışlarına ilişkin yapılan araştırmalar, kültürel temelli normların, inançların ve değerlerin meme kanseri taramalarına katılımı önemli ölçüde sınırlayabildiğini ortaya koymuştur (Schwartz ve ark., 2008). Arap kökenli Amerikalı kadınlarla yürütülen bir çalışmada ise, algılanan engellerin azalmasının mamografi yaptırmaya sıklığında artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların düzenli mamografi yaptırmakla ilişkili engel olarak algıladıkları düşünceler; “mamografi yaptırmakla ilgili gülünç hissetme”, “mamografiyi utandırıcı olarak algılama” ve “mamografinin meme kanseri hakkında endişe oluşturabileceği” olarak belirtilmiştir (Schwartz ve ark., 2008). Bireylerin sigara kullanmama sebeplerinin incelendiği başka bir çalışmada ise bireylerin ekonomik maliyet, sigaraya ulaşım gibi sebepleri sigara kullanımında engel olarak algıladıkları ve bu nedenle sigara kullanmadıkları tespit edilmiştir (Golechha, 2016).

Öz Yeterlilik

Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, modele 1988 yılında sonradan eklenmiştir (Janz ve ark., 2002; Champion ve Skinner, 2008). Öz Yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini ifade etmektedir (Janz ve ark., 2002). Bireyin öz yeterliği bireyin bir sağlık davranışı oluşturabileceği ya da bir davranışını değiştirebileceğine ve yaptığında da başarılı olabileceğine inanmasını sağlar. Bu nedenle, davranış değişikliğinin hem başlatılmasında hem de sürekliliğinin sağlanmasında öz yeterlilik önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir (Champion, 1993; Glanz ve ark., 2008). Nitekim öz yeterliliğin meme kanserinde erken tanı davranışlarına etkisini değerlendiren ve Tai'li göçmen kadınlar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, öz yeterlilik düzeyi yüksek olan kadınların, düşük öz yeterlilik algısına sahip olanlara kıyasla her ay düzenli olarak Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma olasılıklarının 4.6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Jirog Wong ve MacLennan, 2003). Başka bir çalışmada öz yeterlilikleri yüksek olan bireylerin sigara kullanmadıkları veya sigara kullanımını azalttıkları belirlenmiştir (Moeini ve ark., 2012).

Eyleme geçiriciler

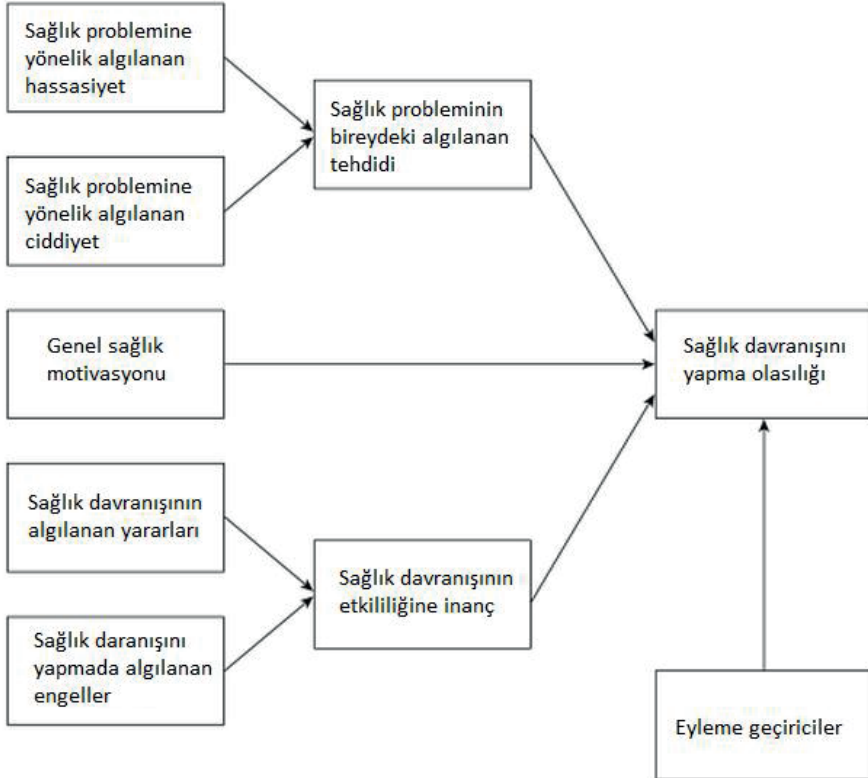
Eyleme geçiriciler bireyde davranışın gerçekleştirilmesini sağlayan iç ya da dış kaynaklı motivasyon araçlarıdır (Janz ve ark., 2002). Bireyin önerilen bir sağlık davranışını kabul etmesi ya da bir davranışı değiştirmek için karar verme sürecini tetikleyen içsel veya dışsal uyarılar (sağlık uyarıları, sosyal destek, medya mesajları) kapsamaktadır (Glanz ve ark., 2008; Champion ve Skinner, 2008). Bir sağlık davranışını gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluk (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), sadece davranışın nedeni olan ipuçları ile artmaktadır. Eyleme geçiriciler ipuçları olarak da açıklanan bu kavram davranış tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. (Janz ve ark., 2002). Eyleme geçiriciler, koruyucu sağlık davranışını başlatmak için gereklidir ve davranışları tetikleyebilecek ipuçlarına yönelik kavramları içermektedir. Bu ipuçları bedenin durumunu algılamaya yönelik içsel (huzursuzluk, ödem, ağrı gibi) veya çevrenin etkisiyle dışsal (aile ve yakın çevrenin deneyimleri ve önerileri, akranlarının tutumu, medya gibi) uyarılar olabilir (Champion ve Skinner, 2008). Eyleme geçiriciler ile bireyin demografik özelliklerinin birlikte, kişinin algıladığı duyarlılık ve ciddiyeti artırarak hedeflenen sağlık davranışını ortaya çıkarma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir (Champion, 1993).

Algılanan duyarlılık ve ciddiyet düzeyleri, bireyin sağlık arayışı davranışına yönelmesini sağlayan temel bilişsel süreçler olmakla birlikte, tek başına davranış değişikliğini başlatmada yeterli olmayabilir. Bu noktada bedensel belirtiler, çevresel uyarıcılar ve medya mesajları gibi dışsal tetikleyiciler bi-

reyi eyleme geçmeye yönlendiren önemli faktörler olarak tanımlanmaktadır (Champion & Skinner, 2008). Nitekim meme kanserinde erken tanıya yönelik davranışları inceleyen araştırmalar, telefon aramaları, e-posta hatırlatmaları, akran gruplarının desteği ve sağlık profesyonellerinin önerileri gibi hatırlatıcı nitelikteki eyleme geçiricilerin bireylerin tarama davranışını sürdürmesinde etkili olduğunu göstermektedir (Tuzcu & Bahar, 2012).

Diğer Değişkenler

Çeşitli demografik, sosyo-psikolojik ve yapısal değişkenler bireylerin algısını etkileyerek dolaylı olarak kişinin sağlıkla ilişkili davranışlarını etkileyebilmektedir. Diğer değişkenlerin (örneğin eğitim düzeyi) kişinin yatkınlık, ciddiyet, fayda ve engel algılayışını etkilemesi dolaylı yoldan bireyin sağlık davranışlarının şekillenmesine zemin hazırlamakta ve bireyin gösterdiği davranışı etkilemektedir (Champion ve Skinner, 2008).



Sağlık İnanç Modeli (Rohleder, 2012)

Sağlık İnanç Modelinin Araştırmalarda Kullanımı

Odak noktası koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin ön-görülmesi olan Sağlık İnanç Modeli, sağlık davranışlarını yalnızca bireysel inançlar üzerinden açıklamakla kalmayıp, aynı zamanda müdahale geliştirmede kanıta dayalı bir rehber sunmaktadır (Janz, Champion ve Strecher, 2002). Modelde, bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarının temelinde yer alan algıların belirlenmesi ve bu algılardaki yanlış ya da eksik unsurların giderilmesi, bireylerin sağlık davranışlarına yönelik eyleme geçmesini kolaylaştırmakta; bunun bir sonucu olarak erken tanı ve tarama programlarına katılımın arttırmaktadır. Sağlık İnanç Modeli, başlangıçta tüberküloz hastalarında erken tanı ve tedaviye yönelik davranışları etkileyen unsurları belirlemek amacıyla kullanılmış olsa da, zaman içerisinde kullanım alanı genişlemiştir. Günümüzde model; meme, prostat, serviks ve testis kanseri taramalarına katılımın desteklenmesi, osteoporoz ve diyabet yönetimi, hipertansiyonda tedavi uyumu, astım kontrolü, aşı kabulü, kronik hastalıkların izlem ve yönetimi ile riskli sağlık davranışlarının azaltılmasına yönelik çalışmalarda etkili bir kuramsal çerçeve sunmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014). Bu yönüyle model, bireylerin sağlıkla ilişkili karar süreçlerini anlamada hem teorik hem de uygulamalı bir temel oluşturmaktadır.

Sağlık İnanç Modelinin Kısıtlılıkları

- **Modelin ölçme araçlarındaki tutarsızlıklar:** Sağlık İnanç Modeline dayalı ölçeklerin farklı araştırmalarda değişen versiyonlarla kullanılması, bileşenlerin kapsamına ilişkin standartlaşmayı azaltmaktadır. Özellikle bazı çalışmalarda sağlık motivasyonu ve eyleme geçiriciler gibi temel unsurlara yer verilmemesi, modelin bütüncül değerlendirilmesini güçleştirmektedir.

- **Bileşenlerin etkileşimine ilişkin belirsizlik:** Araştırmalarda çoğunlukla modelin her bir bileşeninin davranış üzerindeki etkisi ayrı ayrı incelenmektedir. Ancak bazı bileşenlerin davranışı açıklama gücü yüksekken diğerlerinin düşük kalması, bileşenlerin birbiriyle nasıl ilişkili olduğuna dair kuramsal bir açıklık bulunmadığını göstermektedir.

- **Davranış üzerinde etkili diğer değişkenlerin göz ardı edilmesi:** Model, sağlık davranışını belirleyen faktörleri açıklamada sınırlı kalmaktadır. Örneğin düzenli egzersiz yapan bireylerin fiziksel olarak zinde olmaları, sağlık motivasyonlarını yüksek gösterse de bu durum modeli aşan başka değişkenlerin etkisini işaret etmektedir.

- **Sosyal ve kültürel engellerin dikkate alınmaması:** Sağlık İnanç Modeli, bireyin öz yeterli algısını değerlendirirken sosyal çevre, kültürel normlar ve yapısal engellerin davranış üzerindeki potansiyel etkisini yeterince hesaba katmamaktadır.

• **Niyetin davranıştaki rolünün ihmal edilmesi:** Model, bireyin sağlık davranışını yalnızca inançlar üzerinden açıklamaya odaklanmakta; oysa davranışın oluşumunda bireysel niyet, istek ve motivasyon gibi psikolojik süreçlerin de belirleyici olabileceği göz ardı edilmektedir (Rohleder, 2012).

Sonuç

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlık davranışlarının; bireylerin inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Modele göre, bireyin sağlığını korumak ve iyileştirmek amacıyla harekete geçmesi kendi sağlık davranışıyla ilgili yararları ve engelleri algılamasına bağlı olmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014; Öncel ve ark., 2016). Bireylerin sağlıklarının koruma geliştirmede engel olarak gördükleri bütün değişkenler toplumu bilgilendirici ve farkındalık yaratıcı uygulamalar ile aşılabılır ve sağlığı koruyucu olumlu sağlık davranışları toplumun birçok kesiminde oluşturulabilir.

Sağlık İnanç Modeli bireylerin sağlık davranışlarını şekillendiren psikososyal unsurları sistematik bir şekilde ele alarak araştırmacılara ve uygulayıcılara güçlü bir kuramsal bakış açısı sunmaktadır. Algılanan tehdit, yarar-engel dengesi ve öz-yeterlik gibi bileşenleri sayesinde model, sağlık davranışlarını anlamada ve davranış değişikliği müdahalelerini yapılandırmada kapsamlı bir çerçeve oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

- Bal MD. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi [Evaluation of women having pap smear test by Health Belief Model Scale]. MÜSBED. 2014; 4(3): 133-8.
- Baltas, Z. (2000) Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bulduk, S., Seher, Y. U. R. T., DİNÇER, Y., & ARDIÇ, E. (2015). Sağlık davranış modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Champion VL. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*. 6(3): 73-85.
- Champion VL. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nurs Res*. 42(3): 139-43.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 45–65). Jossey-Bass.
- Conner M & Brkshire PN. (2005). *Predicting health behaviour*. Berkshire. McGraw-Hill Education.
- Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B. Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. [A group of asthma patients' treatment related thoughts based on Health Belief Model and perception of medication success]. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(1): 87-96.
- Dönmez, A. (2021). Sağlık geliştirilmesi bağlamında sağlıklı davranış değişikliği oluşturma: Mobil sağlık uygulamalarının ve sosyal medya gruplarının etkisi. *Bilgi Yönetimi*, 4(1), 16–24. <https://doi.org/10.33721/by.886887>
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education theory, research, and practice. Orleans T (ed). 4 th Edition, Jossey Bass; 2008: 45-50.
- Glanz, K., Rimer, B.K, Lewis F.M. (2002). *Health Behavior and Health Education*. Jossey- Boss CO: San Fransisco.
- Golechha M. Health promotion methods for smoking prevention and cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward. *Int J Prev Med*. 2016; 7: 7.
- Gottwald M, Goodman-Brown J. Health Belief Model. A Guide To Practical Health Promotion. 1nd ed. England, McGraw-Hill Education; 2012. p. 73-78.
- Gözüm S, Çapık C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli [A guide to the development of health behaviors:

Health Belief Model (HBM)]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi [Dokuz Eylul University School of Nursing Electronic Journal], 7(3): 230-237.

- Grubbs LM, Tabano M. Use of Sunscreen in Health Care Professionals: The Health Belief Model. *Cancer Nursing*. 2000; 23: 164-167.
- Hayden J. (2009). Health belief model. introduction to health behavior theory. Canada. Jones and Barlett Publishers.
- Hochbaum, G.M. (1958). Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study. PHS publication No.572. Washington D.C. Government Printing Office.
- Jane O. (2004). Health psychology: a text book. Berkshire. McGrawHill Education.
- Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. (2002). The Health Belief Model. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education*. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss; p. 45-66.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Kılıç D, Eriç B. (2004). Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz Etkililik/Yeterlilik Ölçeği ve Osteoporoz Bilgi Testi'nin Geçerlik ve Güvenirliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, [Journal of Atatürk University School of Nursing]. 7(2): 89-102.
- Mohammadi S, Ghajari H, Valizade R, Ghaderi N, Yousefi F, Taymoori P, et al. (2017). Predictors of smoking among the secondary high school boy students based on the Health Belief Model. *International Journal of Preventive Medicine*. 8(1): 24.
- Nahcivan ÖN, Seçginli S. (2003). Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar; Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7: 33- 37.
- Olgun N, Altun ZA. (2012). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi [Effects of education based on Health Belief Model on nursing implication in patients with diabetes]. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*. 19(2): 46-57.
- Öncel S, Akcan A, Meydanlıoğlu A. (2016). Health Promotion and Disease Prevention; Health Belief Model. Gözüm S, editör. *Okul dönemindeki çocukların sağlığının geliştirilmesi*. 1. Baskı. İstanbul: Vize; 2016. p. 195-196.
- Petro-Nustus W, Mikhail B. (2002). Factors associated with breast self examination among Jordanian women. *Public Health Nursing*. 19(4): 263-71.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rosenstock, I.M. (1960). What Research in Motivation Suggests for Public He-

alth. American Journal of Public Health. 50: 295-301.

- Schwartz K, Fakhouri M, Bartoces M et al. (2008). Mammography Screening Among Arab American Women in Metropolitan Detroit. *Journal Immigrant Minority Health*. 10:541-549.
- Sharma, M., & Romas, J. A. (2012). *Theoretical foundations of health education and health promotion* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Smith PJ, Humiston SG, Marcuse EK, Zhao Z, Dorell CG, Howes C, et al. (2011). Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Reports*. 126(2): 135-46.
- TheoryPicker. (2025). Health Belief Model summary. ORAU Theory Picker.
- Tuzcu, A., & Bahar, Z. (2012). Göçmen Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(2), 91-103.