

Editör

Doç. Dr. Melike YÖNDER ERTEM

gece
kitaplığı

**Hemşirelik
Alanında
Uluslararası
Araştırmalar ve
Değerlendirmeler**

**Ekim
2025**

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • Eda Altunel

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Gece Kitaplığı

Birinci Basım / First Edition • © Ekim 2025

ISBN • 978-625-388-791-9

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Gece Kitaplığı'na aittir.

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

Gece Kitaplığı / Gece Kitaplığı

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

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 0312 384 80 40

web: www.gecekitapligi.com

e-mail: gecekitapligi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 42488

HEMŞİRELİK
ALANINDA
ULUSLARARASI
ARAŞTIRMALAR VE
DEĞERLENDİRMELER

EDİTÖR

DOÇ. DR. MELİKE YÖNDER ERTEM

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1

İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerini Azaltmaya Yönelik Çözüm Önerileri

Sevim ÇELİK, Sibel ALTINTAŞ—1

Bölüm 2

Yoğun Bakım Hemşireliğine Yapay Zekânın Entegrasyonu: Güncel Uygulamalar, Etkiler ve Gelecek Perspektifleri – Derleme

Ayfer BAYINDIR ÇEVİK, Meryem KAR—17

Bölüm 3

Hemşirelikte Kişi - Çevre Uyumu

Yusuf SARI, Aysun TÜRE, Özlem KERSU—35

Bölüm 4

Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme ve Hemşirelik

Melek ÖZTÜRK GÜL, Özlem KERSU, Aysun TÜRE—57

Bölüm 5

Engelli Yaşlı Bireylerde Özyeterlilik, Yalnızlık ve Hemşirenin Rolü

Melek ARDAHAN, Aysun ÇOBADAK ÇALT—69

Bölüm 6

Motivasyonel Görüşmenin Hemşirelikte Kullanımı: Engelli Yaşlı Birey ile Motivasyonel Görüşme Örneği

Aysun ÇOBADAK ÇALT, Melek ARDAHAN—83

//

Bölüm 1

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN SAĞLIK ÜZERİNE OLUMSUZ ETKİLERİNİ AZALTMAYA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sevim ÇELİK¹, Sibel ALTINTAŞ²

1 Prof. Dr. Sevim ÇELİK, Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 0000-0002-2016-5828

2 Dr. Öğr. Üyesi Sibel ALTINTAŞ, Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 0000-0001-9392-2423

1. Giriş

İklim değişikliğinin 21. yüzyılda insanların refahını tehdit eden en önemli risk olduğu ve uzun süreçte küresel sağlıkta elde edilen ilerlemeleri tehlikeye atma potansiyeline sahip olduğu değerlendirilmektedir. Dünyadaki nüfus artışı, sanayileşme ve kentleşmenin artışı, atık yönetimi, enerji üretimi ve ulaşım için fosil yakıtların kullanımı, CO₂ ve metan gibi sera gazı emisyonlarının artmasına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak küresel sıcaklık hızla artmıştır. Yapılan çalışmalar, tüm emisyonlar hemen durdurulsa bile, küresel sıcaklığın önümüzdeki on yıl boyunca 0.2–0.5°C artmaya devam edeceğini ortaya koymuştur (Babar vd., 2021; Chain vd., 2022; De Guzman vd., 2024; Goldfarb ve Patel, 2024). Hükümetler arası İklim Değişikliği Paneli (IPCC) raporlarında da insan kaynaklı faaliyetlerin, küresel sıcaklığı yaklaşık 1,0 °C arttırdığına ve bu sıcaklığın daha da artacağına dikkat çekilmiştir (Agache vd., 2022; Ben Nun, 2022). Bazı analizler, 1.5°C ısınma eşiğinin 2030'ların başlarında ulaşılabileceğini öngörmektedir (Matthews ve Wynes, 2022; Papies vd., 2024). Küresel ısınmanın sonucu olarak buzulların ve buzul kapaklarının erimesi, deniz seviyelerinin yükselmesi ve geniş çapta permafrostun çözülmesi gerçekleşerek büyük miktarlarda güçlü ve kısa ömürlü bir sera gazı salınımı meydana gelebilir, bu durum iklim değişikliğini daha da pekiştirebileceğine vurgu yapılmaktadır (De Guzman vd., 2024). Çalışmalar ayrıca, iklim değişikliği ile ilişkili kuraklık, sıcak hava dalgaları, seller, şiddetli yağmur, fırtınalar, orman yangınları gibi aşırı hava olaylarındaki artışın, biyolojik çeşitlilikteki değişikliklerin ve göçteki artışın küresel sağlığı olumsuz şekilde etkileyeceğine dikkat çekmektedir (De Guzman vd., 2024; Goldfarb ve Patel, 2024).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2030 ile 2050 arasında, iklim değişikliğinin dünyada sadece bulaşıcı hastalıklar ve gıda kıtlığı nedeniyle yılda yaklaşık 250.000 ek ölüme neden olması beklenmektedir. Sıcaklığa bağlı ölümlerin en azından 2050'ye kadar artması öngörülmektedir. Bu sonucun sağlık altyapısı üzerinde büyük bir stres yaratacağı, hem sağlık sisteminde hem de tedarik zincirinde önemli zorlanmalara yol açabileceği vurgulanmaktadır (Goldfarb ve Patel, 2024; Leal Filho vd., 2022; WHO, 2021; Zhao vd., 2021).

İklim değişikliği insan sağlığını çok çeşitli yönler ile etkilemekte ve önümüzdeki 20 yıl içinde de etkilemeye devam edecektir (IPCC, 2022; Papies vd., 2024; Quiggin vd., 2021; Romenello vd., 2022). Yağışlardaki artış ve kuraklıkların neden olacağı su kıtlığı, tarım zararlılarında artışa ve mahsul başarısızlıklarına yol açarak gıda krizlerinin gelişmesinde etkili olacaktır. Bu durumun potansiyel olarak milyarlarca insanda gıda güvensizliğine ve yetersiz beslenmeye yol açacağı tahmin edilmektedir.

Aşırı sıcakların ölümleri tetikleyeceğine, geniş alanların yaşanamaz veya çalışılmaz hale gelmesiyle, geçim kaynaklarının kaybına, ekonomik aksamalara ve sosyal huzursuzluklara yol açacağına dikkat çekilmektedir (Papies vd., 2024; Romenello vd., 2022). Fırtınalar, orman yangınları ve sel gibi aşırı hava olaylarının, gıda, sağlık hizmetleri ve diğer ihtiyaçların karşılanmasında etkili olan altyapıların giderek daha fazla yok olmasına katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır (Agache vd., 2022; Alexander vd., 2013; Ben Nun, 2022; Lane vd., 2022; Papies vd., 2024). Tüm bu sonuçların da göç olaylarını tetikleyeceği ve buna bağlı karmaşık sorunların ortaya çıkacağı bildirilmektedir (Papies vd., 2024).

2. İklim Değişikliğinin Sağlık ile İlişkisi

İklim değişikliği, habitat ve bitki sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olup biyolojik çeşitliliği ve hava kalitesini azaltırken, zararlıların yayılmasını artırır. Hidrolojik döngüdeki değişiklikler ve aşırı hava olayları, gıda üretimini ve temiz suyun bulunabilirliğini etkiler (Ebi, 2022; Fairweather vd., 2020; Talukder vd., 2024). Bu olaylar yetersiz beslenmeye, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarına, kanserlere, mental sağlıkta bozulmalara, gastrointestinal sistem rahatsızlıklarına ve bulaşıcı hastalıklara neden olarak insanlardaki hastalık ve ölüm oranlarında artışa yol açar (Chain vd., 2022; Fairweather vd., 2020; Johnston ve Williams, 2024; Nogueira ve Yabroff, 2024). İklim değişikliğinin bu sağlık risklerinden en çok yaşlılar, çocuklar, kadınlar, yerli halklar ve engelli bireyler etkilenmektedir (Bowen vd., 2024).

2.1. Aşırı hava olayları kaynaklı etkiler

Aşırı hava olayları, atmosferik sıcaklık, rüzgar hızı ve yağış gibi uzun dönemli ortalama hava gözlemlerinden önemli bir sapmayı ifade eden anormallikler olarak tanımlanır. Kuraklıklar, aşırı sıcak veya soğuk dönemler ve seller, aşırı hava olaylarına örnek olarak verilebilir. İklim değişikliği ile paralel aşırı hava olaylarının şiddeti ve sıklığının artması beklenmektedir. Aşırı hava olayları, sağlık ve çevre üzerinde derin etkiler yaratır. Aşırı sıcak ve soğuk, hava koşullarına bağlı ölümlerde ani artışların birincil nedenidir. Daha genel olarak, seller, tsunamiler, depremler, tropikal siklonlar (örneğin kasırgalar ve tayfunlar) ve hortumlar gibi doğal afetler, ishal hastalıkları, akut solunum yolu enfeksiyonları, sıtma, leptospiroz, kızamık, dang humması, viral hepatit, tifo, menenjit, tetanoz ve cilt mukormikozu gibi bulaşıcı hastalıklarla ikincil olarak ilişkilendirilmiştir (Bowen vd., 2024; Talukder vd., 2024).

Aşırı hava olaylarının diğer taraftan sağlık tesislerini zarar vererek acil durumlarda gerekli sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramasına da neden olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bunların tanı koyma, tedavi başlat-

ma ve bakımının devamını geciktirebileceği ve genel hasta sonuçlarını etkileyebileceği belirtilmektedir (De Guzman vd., 2024; Nogueira ve Yabroff, 2024; Papias vd., 2024; Talukder vd., 2024). Aşırı hava olayları (özellikle sel), ayrıca meyve ve sebze kıtlıklarına neden olarak gıda fiyatlarının artışında ve yetersiz beslenme prevalansının kötüleşmesinde etkili olabilir. Kuraklıkların neden olduğu zararların ve kayıpların %83'ünün tarım sektöründe olduğu ve iklim değişikliği hafifletilmezse 2050 yılına kadar mahsul verimlerinin %25 oranında azalacağı tahmin edilmektedir (Bowen vd., 2024). Bir çalışmada, kasırgalar yaşayan hamile bireylerin doğum sırasında fetal stres ve düşük doğum ağırlığı risklerinin arttığına da dikkat çekilmiştir (Hill ve Waghela, 2024). Dünya Sağlık Örgütü tarafından seller; boğulma, yaralanmalar, gıda ve su güvencesizliği, bulaşıcı hastalıklar (vektör ve su yoluyla bulaşan) ile birlikte yerinden edilme ve mental sağlık sorunlarına yol açan sağlık tehlikeleri arasında gösterilmektedir (WHO, 2024).

İklim değişikliği olaylarının kaygı, depresyon, akut travmatik stres, travma sonrası stres bozukluğu, intihar, madde bağımlılığı ve uyku problemleri gibi sonuçlar üzerinde zararlı etkileri gözlemlenmektedir (Agache vd., 2022; Ben Nun, 2022; Clayton, 2021; IPCC, 2022; Lowe vd., 2024; Papias vd., 2024). Özellikle düşük gelirli haneler, kadınlar ve gençler gibi riskli gruplarda ruhsal bozukluklar daha da kötüleşmektedir (Johnston vd., 2024; Bowen vd., 2024). Bu gruplarda çevresel değişiklik kaynaklı gözlemlenen sıkıntı, gelecek korkusu, aşırı hava olaylarıyla doğrudan temas etmeden bile endişeye yol açabilmektedir (Fairweather vd., 2020).

2.2. Hava kalitesindeki değişiklik kaynaklı etkiler

Dünya Sağlık Örgütü partikül madde (PM), ozon, nitrojen dioksit ve kükürt dioksiti ana hava kirleticiler olarak tanımlamaktadır. Bunlara ilave olarak benzen, toluen ve ksilen, perkloroetilen ve metilen klorür, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, kadmiyum, krom, kurşun ve civayı da hava kirleticileri olarak nitelendirmiştir (Agache vd., 2022; Chain vd., 2022). İklim değişikliği, hava kalitesini hem doğrudan (örneğin, sıcak hava dalgalarında hava kirleticilerin dağılımının azalması ve orman yangınları nedeniyle artan üretim hem de dolaylı olarak (aşırı sıcaklıkları karşılamak için enerji santrallerinden artan emisyonlar) etkilemektedir. Küresel sıcaklıkların artışı ayrıca, petrol sızıntıları nedeniyle artan su kirliliğine ve nem ve durağan havanın benzen konsantrasyonlarını ve ozon oluşumunu artırmasına yol açmaktadır (Lichtblau vd., 2024).

Karbondioksit, karbonmonoksit, azot ve kükürt oksitleri, uçucu organik bileşikler ve polikiklik aromatik hidrokarbonlar gibi gazlar ile organik ve inorganik karbon bileşenleri ve metaller gibi askıda kalan

parçacıklardan oluşur. Birçok bileşen sağlık üzerinde olumsuz etkilere sahip olsa da, çoğu araştırmalarda bir belirteç olarak 2.5 mm'den küçük aerodinamik çaplı parçacıkların (PM2.5) olumsuz sağlık sonuçlarının kapsamı ve büyüklüğü konusunda artan bir uyum görülmüştür. Bu sağlık sonuçları arasında özellikle inme, iskemik kalp hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve ölüm oranlarında artış dikkate değerdir (Babar vd., 2021). Bir çalışmada, PM2.5'e uzun süreli maruz kalma PM2.5'teki her 10µg/m³ artış için kardiyovasküler kaynaklı ölümlerde %10'luk bir artışın gözlemlendiği bildirilmiştir (Khraishah vd., 2022). Bir meta-analiz çalışmasında da, CO, NO₂, SO₂, PM10 ve PM2.5'e kısa süreli maruz kalındığında miyokard enfarktüsü riskinin arttığı saptanmıştır (Mustafic vd., 2012).

Uzun süreli kötü hava kalitesine maruz kalma, akciğer kanseri için de bilinen bir risk faktörüdür. 2013 yılında Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) hava kirliliğini resmi olarak kanserojen olarak sınıflandırmıştır. Kirli havadaki elementlerden azot dioksit, sülfür dioksit, ozon ve çapı 10 µm veya daha küçük olan partikül maddeler (PM10) ile PM2.5'in kanserojen özellikleri vardır (De Guzman vd., 2024). Çalışmalarda hava kirliliği ile COVID-19 mortalite oranları arasında ilişki olabileceğine de dikkat çekilmiştir. Uzun süreli PM2.5 maruziyetinin COVID-19 kaynaklı hastaneye yatışta etkili olduğunu ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü, hava kirliliğini, yılda yaklaşık 7 milyon ölümden sorumlu en büyük çevresel risk olarak tanımlamaktadır (Agache vd., 2022). Hava kirliliği, erken ölüme neden olan küresel risk faktörleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (Goldfarb vd., 2024; Johnston vd., 2024; Lichtblau vd., 2024).

Orman yangını sonrası duman ile de hava kalitesi düşmektedir. Orman yangını sonrası oluşan duman ile bazı akut solunum sonuçları genellikle diğer çevresel PM2.5 kaynaklarının etkilerinden daha büyük gözlenmiştir. Orman yangını sonrası dumanının astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve enfeksiyonların kötüleşmesi, bronkodilatör ilaçların reçetelenmesi, birincil sağlık hizmeti ziyaretleri, ambulans çağrıları, acil servis ziyaretleri ve hastane yatışlarında artışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Orman yangını sonrası duman, çevresel PM2.5 ile benzer şekilde, yangın dumanı ile otonom sinir sistemi disregülasyonu, miyokard enfarktüsü, kardiyak arrest ve inme gibi durumlar ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, kardiyovasküler sağlık sorunları nedeniyle doktor ziyaretlerinde, acil servis başvurularında ve hastane yatışlarında artışlar gözlemlenmiştir. Duman maruziyetinden olumsuz etkilenmede yüksek riskli olarak belirtilen hamile kadınlar, gelişmekte olan bebekler ve küçük çocuklar, kardiyovasküler ve solunumsal hastalıklar, diyabet ve böbrek hastalığı gibi önceden mevcut sağlık koşulları olan bireyler, yaşlı

yetişkinler gibi gruplarda gerekli önlemlerin alınması oldukça önemlidir (Johnston vd., 2024). Çalışmalarda, iklim değişikliği hava kalitesini kötüleştirdikçe, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riskinin arttığı, sperm hasarı ve bebek gelişim bozukluklarının gözlemlendiği bildirilmiştir (Agache vd., 2022; Hill ve Waghela, 2024).

2.3. Aşırı sıcaklık değişiklikleri kaynaklı etkiler

Sıcak hava dalgaları, özellikle altta yatan kronik hastalıkları olan kişilerde, sıvı kaybı, elektrolit dengesizliği ve asit-baz dengesi bozuklukları riskini artırır. Bu durumlar, mental ve davranışsal bozukluklar, sinir ve kardiyovasküler sistem hastalıkları, solunum hastalıkları, kanser ve böbrek hastalıklarını içeren kronik hastalıklarda daha da belirgindir (Bowen vd., 2024; Nogueira ve Yabroff, 2024; Schneider vd., 2022). Sıcak havayla sürekli temas kardiyovasküler fonksiyonları bozarak kalp krizlerine, kalpte ölümcül aritmilere, tromboembolik hastalıklara ve ısı kaynaklı sepsise yol açabilir (Ben Nun, 2022). Bir çalışmada, sıcaklıktaki %1'lik artışın kardiyovasküler kaynaklı ölümleri %0.2 oranında artıracığı bildirilmiştir (Liao vd., 2010). Benzer şekilde bir meta-analiz çalışmasında, ortamdaki her 1°C'lik sıcaklık artışında miyokard infarktüsü kaynaklı hastaneye yatış riskinin 1.016 ve her 1°C'lik düşüşte de riskin 1.014 olduğu rapor edilmiştir (Chen vd., 2019).

Çalışmalar, sıcaklık maruziyeti ile böbrekle ilgili acil servis başvuruları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Ben Nun, 2022). 2005–2013 yılları arasında New York Eyaleti'nde yapılan bir çalışmada, aşırı sıcak maruziyeti sonrasında böbrek hastalığıyla ilgili acil servis ziyaretlerinin riskinin %1.7–3 arasında olduğu bulunmuştur (Qu vd., 2023). İnme ile sıcaklık ilişkisi incelendiğinde, meta-analiz çalışmaları inme riski ile düşük sıcaklıkların ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Lian vd., 2015; Zorrilla-Vaca vd., 2017). Diğer taraftan aşırı sıcaklıkların insanların fiziksel aktivitelerini azaltacağı ve bu durumun obeziteye yol açacağı beklenmektedir. Bilindiği üzere obezite, birçok kronik hastalıklar için bir risk faktörüdür (Bowen vd., 2024). Yaşlılar (65 yaş ve üzeri), çocuklar, hamile kadınlar, açık hava çalışanları, sporcular ve mevcut sağlık sorunları olan hastalar en yüksek risk altında olan gruplar olarak nitelendirilmiştir (Agache vd., 2022; Goldfarb vd., 2024; Meade vd., 2020; Patel vd., 2022; Sorensen ve Hess, 2022). Aşırı sıcaklıklar kadın ve üreme sağlığı üzerinde derin etkiler yapmaktadır. Gebeliklerde, aşırı sıcaklıklar erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve ölü doğum gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Hill ve Waghela, 2024). Çalışmalar, intihar girişimlerinin de sıcak havalarda en yoğun, rüzgarla birlikte atmosferik basınç ve sıcaklık düştüğünde ise en az gözlemlendiğini rapor etmişlerdir (Ben Nun,

2022). Artan sıcaklıklar göç, ekonomik sorunlar ve gıda ve su kıtlığı sonrası da ruh sağlığına yönelik tehditler artmaktadır (Agache vd., 2022).

2.4. Gıda ve su güvenliği kaynaklı etkileri

İklim değişikliği, gıda sistemlerini ve dolayısıyla gıda güvenliğinin tüm yönlerini potansiyel olarak olumsuz etkiler, bunlar arasında gıdaya erişim, gıdanın kullanımı ve fiyat istikrarı yer alır. İklim değişikliği ayrıca gıda zincirinin çeşitli aşamalarında, ilk üretimden tüketime kadar, gıda güvenliği tehlikelerinin meydana gelme sıklığını artırır. Artan sıcaklıklar ve yağışlardaki değişkenlik, mahsul verimlerini azaltarak ve gıda güvenliğini tehlikeye atarak yetersiz beslenmeyi derinleştirebilir. Artan CO₂ seviyeleri, buğday, pirinç, yulaf, arpa, patates, soya fasulyesi ve man-yok gibi C3 tahılları ve baklagillerde çinko ve demir miktarını azaltarak insan beslenmesini tehdit edebilir. Bu tahıllar ve baklagiller, milyarlarca insanın temel çinko ve demir kaynağıdır ve bu ürünlerdeki çinko ve demir eksikliği, önemli bir küresel halk sağlığı sorunudur. Gıda güven-sizliği, yetersiz beslenmeye yol açarak kısa vadede ölümler, hastalıklar ve sakatlıklar ile sonuçlanabilir. Çocuklarda yetersiz beslenme (düşük kilo-lu, büyüme geriliği, şiddetli yetersiz beslenme ve anemi) mevsimselliği, kuru/sıcak yaz mevsimlerinde daha yüksek oranlar gösterdiğine dikkat çekilmektedir. Ayrıca, uzun vadede yetişkin boyu, entelektüel yetenek, üreme performansı, metabolik ve kardiyovasküler hastalıklar üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Diğer taraftan obezite, yetersiz beslenme ve diğer diyet riskleri dahil olmak üzere tüm beslenme bozuklukları, küre-sel çapta kötü sağlık durumunun başlıca nedeni olarak gösterilmekte ve obezite görülme sıklığının iklim değişikliği tarafından daha da artacağı tanımlanmıştır (Bowen vd., 2024; Papias vd., 2024; Talukder vd., 2024).

Su kirliliği, ölüm ve içilebilir su kaynaklarının kaybı ile vektör kay-naklı hastalıkların ve su kaynaklı patojenlerin yayılması, maruz kalma yoluyla enterik enfeksiyonlara ve hepatitlere, toksik kimyasallara maruz kalma yoluyla zehirlenme ve evlerde küf gibi başka akut etkilere yol açabilir (Agache vd., 2022; Ben Nun, 2022). Değişen iklim, kolera ve ishal hastalığı gibi su kaynaklı bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını da et-kileyecektir. İklim değişikliği, sel riskini artırmış ve bu da sıtma, dang humması, hepatit A, kolera, şistozomiyazis ve ishal gibi birçok bulaşıcı hastalığın yayılmasına neden olmuştur. Ayrıca, sel olaylarıyla ilişki-li olarak cilt ve yumuşak doku enfeksiyonları, konjonktivit ve dermatit vakaları da artış göstermektedir (Talukder vd., 2024).

2.5. Vektör kaynaklı etkileri

Sivrisinekler, keneler, sinekler ve pireler dahil olmak üzere salyango-zlar ve eklembacaklılar, hastalıklara neden olabilen vektörlerdir (Agache

vd., 2022). İklim değişikliğinin, coğrafi dağılımlarını değiştirerek bazı vektör kaynaklı hastalıkların prevalansını, insidansını ve mortalitesini doğrudan ve dolaylı olarak etkilemesi beklenmektedir. İklimde duyarlı ana vektörle bulaşan hastalıklar sıtma, dang ateşi, leptospiroz, lenfatik filaryazis, sarı hummadır (Ben Nun, 2022; Bowen vd., 2024; Schneider vd., 2022; Talukder vd., 2024). Sivrisinekler daha uzaklara ve daha yüksek rakımlara yayıldıkça bu hastalıklar iklim değişikliğine karşı en hassas olabilir. Örneğin, küresel olarak sıcaklıkların 2–3°C artmasının sıtma riski taşıyan insan sayısını yaklaşık %35 artıracak tahmin edilmektedir. Daha nadirler arbovirüsler (örneğin Chikungunya ve Zika)'dır. Zika'nın yayılmasındaki artış ile dünya çapında mikroensefali ve Guillain-Barr sendromu vakalarında bir artışla birlikte görülmüştür. Kasırgalar Zika'yı taşıyan sivrisinekler için uygun üreme alanlarının sayısını artırabileceğine dikkat çekilmektedir (Bowen vd., 2024; De Souza ve Weaver, 2024; Talukder vd., 2024). Dünya Sağlık Örgütü, vektör kaynaklı hastalıkların küresel ölüm oranının yılda 700.000'den fazla olduğunu tahmin etmektedir (Agache vd., 2024).

3. İklim Değişikliğinin Sağlığa Etkilerini Azaltmaya Yönelik Stratejiler

İklim değişikliğinin sağlık üzerine etkilerini azaltmak üzere, iklim değişikliğine dirençli sağlık sistemlerinin oluşturulması, sağlık politikalarının geliştirilmesi, risklerin tanımlanması ve erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi, afet yönetimi, bireylerin sağlıklı ve sürdürülebilir davranışlarını destekleyecek bilinçlendirme ve sağlık eğitimlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Bowen vd., 2024; De Guzman vd., 2024; Papias vd., 2024). Bu bağlamda Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 193 ülke, iklim değişikliği ile mücadele etmek üzere anlaşmaya varmışlardır (Babar vd., 2024). İklim değişikliği ile ilgili mücadele kapsamında düzenlemeler, ulusal ve uluslararası ölçekte işbirlikçi politikaların geliştirilmesini, toplumun uyumunu ve direncini dikkate alarak eylemlerin hayata geçirilmesini gerektirir (Ammann vd., 2021; Leal Filho vd., 2024; WHO, 2021).

3.1. Dirençli sağlık sistemlerinin kurulması

Dirençli sağlık sistemlerinin kurulması; öncelikle tesislerin inşası, nitelikli ve yeterli sayıda sağlık işgücünün oluşturulması, liderlik ve yönetim, teknoloji destekli sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, güçlü tedarik zincirinin oluşturulması, hizmet sunumu ve finansmanı ile ilişkilidir (Bowen vd., 2024).

İklim değişikliği ve demografik değişimle ilgili artan taleplerle başa çıkabilmek için sağlık tesislerinde artan arzı karşılayacak kapa-

site oluşturulması önceliklidir. Bu, sağlık çalışanlarının sayısının ve türünün gözden geçirilmesini, ardından işe alım, eğitim ve sürekli mesleki gelişim için yatırım yapılmasını gerektirmektedir. Sağlık personeline iklim direnci, aşırı hava olayları bağlamında uzmanlaşmış bakım sağlamak için verilen eğitim buna dahildir. Ayrıca sağlık tesislerinin iklim değişikliğine karşı hassasiyetlerini değerlendirerek risk analizleri ve gerekli tesis güçlendirmeleri acil olarak gerçekleştirilmelidir. Sağlık tesislerinin aşırı hava olaylarına dayanıklı hale getirilmesi, afet hazırlık planlarının yapılabilmesi için kaynak ayırma gibi önlemlerin alınması ve risk azaltma, iyileştirme ve yeniden yerleştirme konularında deneyime sahip mimarların ve organizasyonların etkinleştirilmesi önemlidir. Ayrıca, yatırımın bir kısmı, erken hasta tahliye stratejileri, kritik bakım ihtiyacı olan hastalar için güvenli taşıma ve bakım ve ilaç teslimatını koordine etmek için sağlam bir iletişim ağı geliştirme gibi kapsamlı bir afet hazırlık planının geliştirilmesine yönlendirilebilir. Daha sonra sağlık tesislerinin güvenli su ve sanitoryona erişimi sağlanmalıdır. Yeşil sağlık tesislerini ölçeklendirmek için ağlar oluşturulmalıdır. İklim değişikliğinin etkilerini azaltmak üzere başarılı çalışmalar yapan hastanelerin desteklenmesi sürdürülebilirlik açısından etkili olacaktır (De Guzman vd, 2024; Bowen vd., 2024).

Elektronik sağlık kayıtları, hasta bakımında geleneksel kağıt kayıtlarına göre belirgin avantajlar sunar, ancak afetler sıklıkla elektrik kesintileri ve tesis hasarı ile birlikte gelir, bu da erişilebilirliklerini kriz durumlarında engelleyebilir. Tıbbi kayıtların erişimini korumak için alternatif yaklaşımlar keşfetmek, bakımın devamını sağlamak için zorunludur. Bu yaklaşımlar arasında yedeklilik önlemleri, tıbbi kayıtların uzaktan veya saha dışı depolanması ve öngörülemez afetler için acil durum planlarının geliştirilmesi olarak sıralanabilir. Elektronik sağlık kayıtları, böyle krizler sırasında korunması karşılaşılan zorluklar, bilgi paylaşım teknolojilerinin kritik rolünü vurgular. Afetler sırasında özellikle sağlık tesislerine uzak veya iklim riskine açık bölgelerde yaşayan kronik sağlık sorunları olan hastalar için kesintisiz bakım sağlamak amacıyla teletıp ve uzaktan izleme çözümlerinin benimsenmeye devam edilmesi önemlidir. Tele sağlık teknolojileri, sanal danışmanlıklar, sürekli hasta izleme ve ilaç gözetimi konusunda kritik bir rol oynar ve şiddetli hava olayları sırasında yüz yüze ziyaret gereksinimini azaltır (De Guzman vd., 2024).

Aşırı hava olaylarında sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilememesi için temel ilaçların üretimi, tedarik zinciri ve depolanması konuları önemli hale gelmektedir (Fairweather vd., 2020; Collins vd., 2021). Bu nedenle ilaç endüstrisi, iklim kontrollü depolama tesislerine ve gelişmiş sıcaklık izleme sistemlerine daha fazla yatırım yapmalıdır. Sıcaklık değişiklikleri, aşırı hava olayları da dahil olmak üzere, belirli kanser ilaçları için

gerekli depolama koşullarını etkileyebilir. Artan sıcaklıklar, özellikle sıcaklığa duyarlı ilaçların stabilitesini tehlikeye atabilir. İlaçların sıcaklık değişimlerine karşı dayanıklılığını artıran ilaçların geliştirilmesine daha fazla odaklanılmalıdır. Ayrıca, dayanıklı tedarik zinciri stratejileri uygulanmalıdır. Bu stratejiler, tedarik kaynaklarının çeşitlendirilmesi ve izlenebilirliği artırmak için blok zinciri teknolojisinin benimsenmesini içerebilir. Bu önlemler, iklimle ilişkili kesintilerin hastaların tedaviye erişimini olumsuz etkileyen risklerini hafifletmeye yardımcı olabilir (De Guzman vd., 2024).

3.2. Risk belirleme ve erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi

Entegre risk izleme ve erken uyarı sistemleri geliştirirken nitel, nicel, disiplinler arası çok sektörlü ve geleneksel bilgiler dikkate alınmalıdır. Başka yerlerde başarıyla uygulanmış sistemlerden öğrenme fırsatları değerlendirilmelidir. İklim değişikliği nedeniyle gelecekte risk oluşturan, ortaya çıkan ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar dikkate alınarak sistemlerin geliştirilmesine özen gösterilmelidir (Bowen vd., 2024). İnternet tabanlı geliştirilen sistemler, risklere yönelik kullanıcıları uyarmada etkili olabilir. Bu sistem, aşırı hava olayları, hava kalitesi, su seviyesi raporları, endemik enfeksiyon haritaları gibi mevcut veri kaynaklarını bir uygulamada entegre edecek şekilde kurgulanmalı ve dijital bilgi sağlamalıdır (Schneider vd., 2022). Bu türde hava/iklim erken uyarı sistemlerine yapılacak bir yatırım iklim değişikliği ile mücadelede önemli sağlık kazançları sağlayabilir (Bowen vd., 2024). Sağlık hizmeti sağlayıcılarını, hastaları ve savunmasız toplulukları yaklaşan aşırı hava olaylarına karşı uyaran erken uyarı sistemleri geliştirip entegre etmelidir. Bu, tedavi planlarında ve hasta yönetiminde zamanında ayarlamalar yapılmasını sağlayacaktır (De Guzman vd., 2024; Lichtblau vd., 2024).

3.3. Dayanıklı ve yaşanılabilir şehirlerin inşası

Sürdürülebilir iletişim, enerji, su ve atık altyapısına sahip evlerin ve tesislerin inşası afet hazırlığında ve yönetiminde önemlidir (Patel vd., 2022). Aşırı hava olaylarına göre karar vericilerin arazi kullanım kararlarını yeniden gözden geçirmesi ve kentsel drenaj sistemleri kurmaları önceliklidir. Dere ıslahı ve erozyonun önlenmesi çalışmaları yapılmalı, taşkın koruma yapılarının inşası hızlandırılmalıdır (Uysal, 2022). Bunun yanı sıra kamu ve aktif ulaşım seçeneklerinin büyük ölçüde iyileştirilmesi, atık bertarafının düzenlenmesi ve yeni bina planlarının azaltılması da dikkate alınmalıdır (Lichtblau vd., 2024).

İklim değişikliğine uyumda kentlerdeki açık ve yeşil alanların planlanması ve tasarımı da dikkate alınması gereken önceliklerden biridir. Toplum düzeyinde uzun vadeli politikalar, şehir bölgelerinde ısın-

mayı azaltmak ve sıcaklık barınakları ile iklim dirençli binalar inşa etmek için doğa peyzajının kullanılmalıdır. Bu nedenle, kentlerde yeşil alan master planların yapılması önerilmektedir (Lichtblau vd., 2024; Uysal, 2022). Sera gazı emisyonlarını azaltarak yaşanılabilir şehirler inşa etmede bir diğer yaklaşım, bisiklet kullanımının yaygınlaştırılması olabilir. Bu bağlamda insanların ihtiyaçlarını karşılamada kullanabilecekleri bisiklet yollarının ve parklarının yapılması özendirilmelidir (Uysal, 2022).

3.4. Sağlık politikalarının oluşturulması

İklim değişikliğine savunmasız olan toplumlarda periyodik beslenme taramaları gerçekleştirilmesi, yüksek riskli bölgelerde entegre gıda güvenliği, beslenme ve sağlık programlarının önceliklendirilmesi, mental sağlık hastaları için acil durum hazırlık planlarının geliştirilmesi, afet ve travma mağduru toplulukların mental sağlık ihtiyaçlarının ele alınması sağlık politikaları içerisinde yer almalıdır (Bowen vd., 2024).

Sağlık hizmeti sunumunda daha basit bir tanı sürecinin kurgulanması, sağlık hizmeti ile ilgili maliyetleri ve atıkları azaltmakla kalmayıp, hastaları daha az komplikasyona maruz bırakabilir. Daha basit, daha verimli tanı araçları ve risk değerlendirme puanlarının bulunması, e-sağlık çözümlerinden faydalanabilecek stabil, düşük riskli hastalarda sağlık hizmeti aşımını azaltabilir; paralel olarak, yüksek riskli hastalarda yakın izleme ve erken tedavi hastaneye yatışları azaltabilir. Bu bağlamda sağlık politikalarının geliştirilmesi acil durumlar için yararlı olabilecektir (Lichtblau vd., 2024).

Doğrudan sağlık ile ilgili politikaların yanı sıra çevre sağlığı açısından da tarım, ulaşım, konut ve enerji sektörlerini de kapsayacak şekilde politikaların geliştirilmesi iklim değişikliğinin sağlığa olumsuz etkilerini azaltmada önemli yer tutmaktadır. Su güvenliği, gıda güvenliği ve vektör kontrolü konularında politikaların desteklenmesi ülkelerin iklim değişikliğine dirençli olmalarına katkı sunacaktır (Bowen vd., 2024). Küresel sağlığı korumak için, fosil yakıtların aşamalı olarak ortadan kaldırılması ve yenilenebilir enerjiye geçiş yapılması konularında da politikalar geliştirilmelidir (Lokmic-Tomkins ve Bone, 2024).

3.5. Bilinçlendirme ve sağlık eğitimi

Toplumlara değişen iklim ile birlikte oluşabilecek sağlık riskleri hakkında bilgi vermek için halk sağlığı kampanyaları düzenlenmelidir. Sağlık tehdidi hakkında bilgi sahibi olmak, bu tehdidi ele almak için harekete geçirmede yeterli olmayabilir. Bunun için iklim değişikliğinin acil ve önemli tehditleri hakkında bireyler bilgilendirilmez. Bu yaklaşım bi-

reylerde önemli davranış değişikliklerini motive edebilir (De Guzman vd., 2024; Papies vd., 2024; Romanello vd., 2022).

Yaşam tarzı değişiklikleri, sigara içmenin bırakılmasını teşvik etmek, fiziksel aktiviteyi artırmak ve çevresel kirleticilere maruziyeti azaltmak, iklim değişikliğinin sağlık sorunlarının insidansı ve sonuçları üzerindeki etkisini hafifletmek için kritik öneme sahip adaptasyon stratejilerindendir (De Guzman vd., 2024). Bireysel düzeyde, bazı çalışmalar orman yangınları sırasında N95 maskeleri takmanın veya hava kirliliği için hava filtreleme sistemlerinin kullanılması, solunum hastalığı olan hastalara evlerini odun veya biyokütle yakarak ısıtmaktan kaçınmaları ve iç mekan havalandırmasını iyileştirmeleri tavsiye edilebilir (Lichtblau vd., 2024). Ayrıca evlerde, araçlarda yenilenebilir enerji biçimlerine geçilebilecek olasılıklar değerlendirilmeli, kişisel plastik kullanımı ve et tüketimi azaltmalıdır (Agache vd., 2024).

3.6. Araştırmaların desteklenmesi ve kanıtların sentezlenmesi

Araştırmalar, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerini, sağlık hizmetlerine erişim, iklimle ilgili kesintilere karşı yüksek dirençli tedavi yöntemlerinin ve terapötik müdahalelerini, ilaç tedariki, iklim değişikliğine neden olan faktörleri azaltıcı uygulamalar konusunda öncelikli olarak yapılmalıdır. Ayrıca, iklimle ilgili değişkenlerin hastalık insidansı ve klinik sonuçlar üzerindeki etkilerine odaklanan titiz veri toplama çabalarına yatırım yapılmalıdır. Bu çalışmalar ile kanıtların girişimleri desteklemek ve kaynak yaratmak, iklim değişikliğine uyum sürecinde geliştirilen politikaların etkinliği hakkında bilgilendirme sağlarken gelecek planlamaları için yardımcı olacaktır (Bowen vd., 2024; De Guzman vd., 2024; Lichtblau vd., 2024). Bu bağlamda, politika yapıcılar, sivil toplum kuruluşları, araştırma kuruluşları gibi tüm paydaşlar araştırma süreçlerine dahil edilmelidir. Araştırmacıların planlama, politika ve paydaş gruplarına bilgi sunmalarını sağlayacak şekilde mekanizmaların geliştirilmesine özen gösterilmelidir (Bowen vd., 2024). Diğer taraftan bu araştırmaların gerçekleştirilmesi için finansman tahsisi ve kapsamlı destek sağlama çabalarına yönelmek gerekmektedir (De Guzman vd., 2024).

Kaynakça

- Agache, I., Sampath, V., Aguilera, J., Akdis, C. A., Akdis, M., Barry, M... Nadeau, K. C. (2022). Climate change and global health: a call to more research and more action. *Allergy*, 77(5), 1389-1407.
- Alexander, K.A., Carzolio, M., Goodin, D. ve Vance E. (2013). Climate change is likely to worsen the public health threat of diarrheal disease in Botswana. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(4), 1202-1230.
- Ammann, P., Dietler, D. ve Winkler, M.S. (2021). Health impact assessment and climate change: A scoping review. *The Journal of Climate Change and Health*, 3, 100045.
- Babar, M. S., Tazyeen, S., Khan, H., Tsagkaris, C., Essar, M. Y. ve Ahmad, S. (2021). Impact of climate change on health in Karachi, Pakistan. *The Journal of Climate Change and Health*, 2, 100013.
- Ben Nun, L. (2022). *Impact of Climate Changes On Human Health*. Israel: B. N. Publication House.
- Bowen, K.J., Ebi, K.L., Woodward, A., McIver, L., Tukuitonga, C. ve Nayna Schwerdtle, P. (2024). Human health and climate change in the Pacific: a review of current knowledge. *Climate and Development*, 16(2), 119-133.
- Chain, G. S., Chain, B. M. ve Pelliccia, F. B. (2022). Climate change affects health: Are we listening?. *Global Pediatric Health*, 9, 2333794X221091799.
- Chen, K., Breitner, S., Wolf, K., Hampel, R., Meisinger, C., Heier, M... Strauch, K. (2019). Temporal variations in the triggering of myocardial infarction by air temperature in Augsburg, Germany, 1987–2014. *European Heart Journal*, 40(20), 1600-1608.
- Clayton, S. (2021). Climate change and mental health. *Current Environmental Health Reports*, 8(1), 1-6.
- Collins, A., Demorest, S. ve Slutzman, J.E. (2021). Climate, health care, and the race to zero: An urgent call to action. *The Journal of Climate Change and Health*, 4, 100050.
- De Guzman, R.B., Malik, M., Singh, N., Loong, H.H.F. ve Mohan, A. (2024). Lung cancer in Asia: the impact of climate change. *E Clinical Medicine*, 74, 102680.
- De Souza, W.M. ve Weaver, S.C. (2024). Effects of climate change and human activities on vector-borne diseases. *Nature Reviews Microbiology*, 22, 476-491.
- Ebi, K.L.(2022). Methods for quantifying, projecting, and managing the health risks of climate change. *NEJM Evidence*, 1(8), EVIDra2200002.
- Fairweather, V., Hertig, E. ve Traidl-Hoffmann, C. (2020). A brief introduction to climate change and health. *Allergy*, 75(9), 2352-2354.
- Goldfarb, D.S. ve Patel, A.A. (2024). Climate change and its implications for kidney health. *Current Opinion in Urology*, 34, 377-383.

- Hill, N. ve Waghela, S. (2024). Women, climate change, and health: A call for action. *Journal of Environmental Health*, 86(7), 40-16.
- IPCC. (2022). Climate change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability. Contribution of working group II to the sixth assessment report of the intergovernmental panel on climate change. Erişim Adresi (30 Eylül 2024): <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>
- Johnston, F.H., Williamson, G., Borchers-Arriagada, N., Henderson, S.B. ve Bowman, D.M. (2024). Climate change, landscape fires, and human health: A global perspective. *Annual Review of Public Health*, 45, 295-314.
- Khraishah, H., Alahmad, B., Ostergard, R. L., AlAshqar, A., Albaghdadi, M., Vellanki, N... Rajagopalan, S. (2022). Climate change and cardiovascular disease: implications for global health. *Nature Reviews Cardiology*, 19(12), 798-812.
- Lane, M. A., Walawender, M., Carter, J., Brownsword, E. A., Landay, T., Gillespie, T. R., ... & Kraft, C. S. (2022). Climate change and influenza: A scoping review. *The Journal of Climate Change and Health*, 5, 100084.
- Leal Filho, W., Ternova, L., Fayyaz, M. M., Abubakar, I. R., Kovaleva, M., Donkor, F. K., ... & Begum, H. (2022). An analysis of climate change and health hazards: results from an international study. *International Journal of Climate Change Strategies and Management*, 14(4), 375-398.
- Lian, H., Ruan, Y., Liang, R., Liu, X. ve Fan, Z. (2015). Short-term effect of ambient temperature and the risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12, 9068–9088.
- Liao, S. Y., Tseng, W. C., Chen, P. Y., Chen, C. C. ve Wu, W. M. (2010). Estimating the economic impact of climate change on cardiovascular diseases—Evidence from Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(12), 4250-4266.
- Lichtblau, M., Reimann, L. ve Piccari, L. (2024). Pulmonary vascular disease, environmental pollution, and climate change. *Pulmonary Circulation*, 14(2), e12394.
- Lokmic-Tomkins, Z. ve Bone, A. (2024). Global health and climate action: achievements and imperatives from COP28. *Public Health Research & Practice*, 34(2), e3422412
- Lowe, S.R., Bonumwezi, J.L., Valdespino-Hayden, Z. ve Galea, S. (2019). Posttraumatic stress and depression in the aftermath of environmental disasters: a review of quantitative studies published in 2018. *Curr Environ Health Rep.*, 6(4), 344–60.
- Matthews, H.D. ve Wynes, S. (2022). Current global efforts are insufficient to limit warming to 1.5°C. *Science*, 376(6600), 1404–1409.
- Meade, R., Akerman, A.P., Notley, S.R., McGinn, R., Poirier, P., Gosselin, P. ve Kenny, G.P. (2020). Physiological factors characterizing heat-vulnerable older adults: a narrative review. *Environ Int*, 144, 105909.

- Mustafić, H., Jabre, P., Caussin, C., Murad, M. H., Escolano, S., Tafflet, M... Jouven, X. (2012). Main air pollutants and myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 307(7), 713-721.
- Nogueira, L.M. ve Yabroff, K.R. (2024). Climate change and cancer: the environmental justice perspective. *Journal of the National Cancer Institute*, 116(1), 15-25.
- Papies, E.K., Nielsen, K.S. ve Soares, V.A. (2024). Health psychology and climate change: time to address humanity's most existential crisis. *Health Psychology Review*, 1-31.
- Patel, L., Conlon, K.C., Sorensen, C., McEachin, S., Nadeau, K., Kakkad, K. ve Kizer, K.W. (2022). Climate change and extreme heat events: how health systems should prepare. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 3(7), CAT-21.
- Qu, Y., Zhang, W., Boutelle, A.M., Ryan, I., Deng, X., Liu, X. ve Lin, S. (2023). Associations between ambient extreme heat exposure and emergency department visits related to kidney disease. *Am J Kidney Dis*, 81(5), 507–516.
- Quiggin, D., De Meyer, K., Hubble-Rose, L. ve Froggatt, A. (2021). Climate change risk assessment 2021. The Royal Institute of International Affairs: London, UK, 2021
- Romanello, M., Napoli, C. D., Drummond, P., Green, C., Kennard, H., Lampard, P... Costello, A. (2022). The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: Health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet*, 400(10363), 1619–1654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01540-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01540-9)
- Schneider, S., von Winning, A., Grüger, F., Anderer, S., Hoffner, R. ve Anderson, L. (2022). Physical activity, climate change and health—a conceptual model for planning public health action at the organizational level. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4664.
- Sorensen, C. ve Hess, J. (2022). Treatment and prevention of heat-related illness. *N Engl J Med*, 387, 1404–1413. 22.
- Talukder, B., Schubert, J.E., Tofighi, M., Likongwe, P.J., Choi, E.Y., Mphepo, G.Y...Orbinski, J. (2024). Complex adaptive systems-based framework for modeling the health impacts of climate change. *The Journal of Climate Change and Health*, 15, 100292.
- Uysal, Y. (2022). İklim değişikliği ve küresel ısınma ile mücadelede yerel yönetimlerin rolü: Tespitler ve öneriler. *Kesit Akademi Dergisi*, 8 (30), 324-354.
- WHO W. (2024). Sanitation, drinking water and health in Pacific Island Countries: 2015 update and future outlook [Internet]. United Nations Children's Fund The Pacific Community. Water and Sanitation Programme United Nations Human Settlements Programme. Erişim Adresi (28 Eylül 2024): <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13130>.

- World Health Organization. (2021). Climate change and health. World Health Organization key facts. Erişim Adresi (28 Eylül 2024): [www.who. int/ news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health).
- Zhao, Q., Guo, Y., Ye, T., Gasparrinni, A., Tong, S., Overcenco, A...Li, S. (2021). Global, regional, and national burden of mortality associated with nonoptimal ambient temperatures from 2000 to 2019: a three-stage modelling study. *Lancet Planet Health*, 5, 415–425
- Zorrilla-Vaca, A., Healy, R.J. ve Silva-Medina, M.M. (2017). Revealing the association between cerebrovascular accidents and ambient temperature: a meta-analysis. *Int. J. Biometeorol*, 61, 821–832.

Bölüm 2

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNE YAPAY ZEKÂNIN ENTEGRASYONU: GÜNCEL UYGULAMALAR, ETKİLER VE GELECEK PERSPEKTİFLERİ – DERLEME

Ayfer BAYINDIR ÇEVİK¹, Meryem KAR²

1 Prof. Dr., Bartın University, Health Science Faculty, <https://orcid.org/0000-0002-8667-4094>

2 Öğr. Gör., Bilgi University, Health Science Faculty, <https://orcid.org/0009-0000-7479-2985>

Giriş

Yapay zekâ (YZ), muhakeme etme ve öğrenme gibi insanın bilişsel süreçlerini taklit eden disiplinler arası hesaplama teknolojilerini ifade eder [1]. Bu teknolojiler, belirli cihazların insan rollerini üstlenmesine olanak tanır. YZ'nin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, hasta bakımını ve sağlık hizmeti sunum biçimini köklü biçimde dönüştürmüştür.

Başlangıçta radyoloji, kardiyoloji ve onkoloji gibi belirli uzmanlık alanlarında yoğunlaşan YZ'nin kapsamı, zaman içinde önemli ölçüde genişlemiş; günümüzde risk tahmini, kaynak tahsisi ve hasta katılımı dâhil olmak üzere, hasta yönetiminin neredeyse tüm yönlerine uzanmıştır [2]. Yapılan literatür taramalarında, sağlık alanında en sık kullanılan YZ teknolojileri arasında tanı ve inceleme araçları, kişiselleştirilmiş tıp, sanal asistanlar, hastalık ve hasta bakımına yönelik klinik karar destek sistemleri (CDS), ilaç keşfi, idari iş akışı sistemleri, halk sağlığı risk belirleme ve robot destekli cerrahi ile rehabilitasyon yer almaktadır [3].

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ), hastaların klinik durumu hızlı ve öngörülemez bir biçimde kötüleşebileceğinden, YZ hasta bakımını güçlendirmek ve klinik karar verme süreçlerini desteklemek açısından umut verici araçlar sunmaktadır. YZ'nin yoğun bakım hemşireliğine entegrasyonu, özellikle klinik sonuçlar üzerinde anlamlı etkiler yaratma potansiyeline sahiptir [4,5]. Yoğun bakım hemşireleri, hastaların sürekli izlenmesinden, zamanında müdahale edilmesinden ve karmaşık hasta verilerinin yönetiminden sorumludur [6]. YZ teknolojileri, elektronik sağlık kayıtları (EHR), yaşamsal bulgular ve diğer veri kaynaklarından elde edilen büyük veri setlerini analiz ederek, klinisyenlerin anında fark edemeyeceği örüntüleri tanımlayabilir. Örneğin, sepsis, basınç yarası ve deliryum gibi olumsuz olayları öngörebilen algoritmalar geliştirilmiş ve bu sayede erken müdahale yoluyla hasta sonuçlarının iyileştirilebildiği bildirilmiştir [7].

YZ'nin yoğun bakım alanındaki uygulamaları yalnızca öngörü analitiğiyle sınırlı değildir. Ayrıca kanıta dayalı öneriler sunan klinik karar destek sistemlerini, rutin dokümantasyonun otomasyonunu ve hasta vizitleri sırasında gerçek zamanlı veri girişini sağlayan sesli asistan teknolojilerini de kapsamaktadır.

Bu araçlar yalnızca verimliliği artırmakla kalmaz; aynı zamanda hemşirelerin doğrudan hasta bakımına daha fazla zaman ayırmasına olanak tanır [3]. Sağlık hizmetlerinde yapay zekâyâ yönelik artan ilgiye karşın, özellikle yoğun bakım hemşireliğinde YZ'nin uygulama alanlarını inceleyen çalışmalar hâlen sınırlıdır.

Mevcut araştırmaların büyük kısmı, YZ tabanlı tanı, izleme veya klinik karar destek sistemlerini hekim merkezli bir bakış açısıyla ele almakta ve çoğunlukla yoğun bakım hemşirelerinin özgün rollerini, sorumluluklarını ve deneyimlerini göz ardı etmektedir [8].

Bu durum, YZ'nin hemşireliğe özgü işlevleri örneğin hasta değerlendirmesi, kötüleşmenin erken saptanması, bakım önceliklendirme ve iş yükü yönetimi nasıl destekleyebileceğine ilişkin önemli bir bilgi eksikliğini ortaya koymaktadır.

Ayrıca sınırlı sayıda çalışma [3,9,10], hemşire merkezli bir yaklaşım benimseyerek YZ'nin kullanılabilirliği, güven düzeyi, disiplinler arası iş birliği ve eğitim süreçlerine katkısı gibi konuları incelemiş ya da yoğun bakım koşullarına özel YZ araçlarının tasarımı ve uygulamasında hemşireleri aktif olarak dâhil etmiştir.

Bu derlemenin amacı, mevcut literatür ışığında yoğun bakım hemşireliğinde YZ teknolojilerinin mevcut durumunu, uygulama alanlarını, hemşirelik bakımına olan olumlu ve olumsuz etkilerini ve geleceğe yönelik yönelimleri ortaya koymaktır. Bu unsurların anlaşılması, hemşirelik profesyonellerinin ve sağlık kurumlarının YZ'yi yoğun bakım ortamlarına daha etkin biçimde entegre etmesini sağlayarak, hasta bakım kalitesini ve sonuçlarını iyileştirmeye katkıda bulunacaktır.

2. Yoğun Bakımda Yapay Zekâ Uygulamaları

Yapay zekâ (YZ), yoğun bakım hemşireliğini; klinik karar verme, hasta izleme ve komplikasyon tahmini, idari iş yükü yönetimi ve eğitim-öğretim süreçlerinin geliştirilmesi gibi pek çok alanda dönüştürmektedir.

2.1 Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS)

Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS), yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakım kalitesini artırmak için giderek daha önemli hale gelen YZ uygulamalarıdır [11]. Bu sistemler, YBÜ hemşirelerinin karmaşık hasta verilerini analiz etmesine ve kanıta dayalı, bilinçli klinik kararlar almasına yardımcı olur [9]. YZ tabanlı KKDS'ler, yaşamsal bulgular, laboratuvar sonuçları, ilaç kayıtları ve klinik öyküler gibi geniş veri setlerini entegre edip analiz ederek, zamanında ve kanıta dayalı öneriler sunar [11]. Bu sistemler, potansiyel komplikasyonları öngörebilir, uygun müdahale stratejileri önerir ve hemşirelere rehberlik edecek kanıta dayalı protokoller sağlar [9]. Yapılan araştırmalar, YZ tabanlı KKDS'lerin sepsis ve akut solunum yetmezliği gibi komplikasyonlarda erken müdahaleyi kolaylaştırarak hasta sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir [9,12].

KKDS, yoğun bakım hemşirelerine ilaç dozajı ayarlama, ventilatör yönetimi ve basınç yarası riskinin belirlenmesi gibi görevlerde destek sağlar. Bu durum, hemşirelerin klinik farkındalığını artırırken bilişsel yükünü azaltır [13]. Hemşireler, özellikle hızla değişen klinik durumlarda karar verme güvenlerinde belirgin bir artış bildirmiştir [10].

Ayrıca KKDS, klinik protokollere uyumu artırarak yüksek riskli ortamlarda zamanında karar alınmasını kolaylaştırır [14]. Ancak bu sistemlerin etkili biçimde kullanılabilmesi için, hemşirelerin iş akışına uygun entegrasyon ve kapsamlı eğitim gereklidir [15]. Sistemlerin hemşirelik karar süreçlerine uygun biçimde özelleştirilmesi ve algoritmaların şeffaf olması, kullanıcı güveninin sürdürülebilmesi açısından kritik öneme sahiptir [14].

2.2 Öngörü Analitiği ve Hasta İzleme

YZ algoritmaları, yoğun bakım hastalarına ilişkin geniş veri setlerini işleyerek klinik olayları önceden tahmin etmede son derece başarılıdır. Öngörü analitiği, elektronik sağlık kayıtları (EHR), fizyolojik sinyaller ve laboratuvar değerleri gibi veriler üzerinde eğitilen makine öğrenimi modellerini kullanarak, klinik kötüleşmeyi belirtiler ortaya çıkmadan önce tahmin eder [16]. Bu modeller, solunum yetmezliği, sepsis veya kardiyak arrest gibi kritik olayları yüksek doğrulukla öngörebilir. YZ ile entegre edilmiş gerçek zamanlı izleme sistemleri, yaşamsal bulgulardaki küçük değişiklikleri (kalp atım hızı değişkenliği, oksijen saturasyonu, solunum paterni, kan basıncı vb.) sürekli değerlendirerek, hemşireleri zamanında klinik değerlendirme ve müdahaleye yönlendiren erken uyarılar üretir [16,17].

Bu sistemler, hem bakımın doğruluğunu ve hızını artırır hem de hemşirelerin zamanında müdahale edebilmesini sağlayarak morbidite ve mortalite oranlarını düşürür [18]. Çeşitli çalışmalar, YZ tabanlı izleme ve tahmin araçlarının hasta sonuçlarını belirgin biçimde iyileştirdiğini göstermektedir. Örneğin, sepsis yönetiminde kullanılan öngörü modelleri sayesinde antibiyotik uygulamasının daha erken başlatıldığı ve ölüm oranlarının azaldığı bildirilmiştir [19]. Benzer biçimde, YZ uzamış mekanik ventilasyon riski taşıyan hastaları belirlemede yardımcı olarak erken ekstübasyon protokollerini desteklemektedir [20].

YZ destekli öngörü analitiği ayrıca erken uyarı ve yanıt protokollerini güçlendirir [21].

Bu sistemler yalnızca karar vermeyi desteklemekle kalmaz; aynı zamanda iş yükü yönetimini optimize ederek, hemşirelerin kritik hasta-

lara öncelik vermesini sağlar [22]. YZ ile geliştirilmiş telemetri sistemleri, aritmi veya hipoksemik atakları geleneksel alarm eşiklerinden daha yüksek duyarlılık ve özgüllikle tespit eder; böylece alarm yorgunluğunu azaltır ve hasta güvenliğini artırır [23].

Bu araçları kullanan hemşireler, izleme doğruluğunun arttığını ve hasta yönetiminde daha fazla kontrol sağladıklarını bildirmiştir [24]. Ancak bu sistemlerin etkinliği, klinik iş akışına kesintisiz entegrasyon, algoritma doğrulama süreçleri ve kullanıcı güveni gibi faktörlere bağlıdır [25].

2.3 İdari Görevlerin Otomasyonu ve İş Akışı Optimizasyonu

Klinik görevlerin yanı sıra, yoğun bakım hemşireleri dokümantasyon ve organizasyonel işlemlerden de sorumludur. YZ, bu iş yükünü azaltmak amacıyla geliştirilen çeşitli araçlarla hemşireleri desteklemektedir. Örneğin Doğal Dil İşleme (Natural Language Processing – NLP) teknolojisi, sözlü veya yazılı ifadeleri otomatik olarak metne dönüştürerek klinik notların yapılandırılmasını ve belgelenmesini sağlar [10]. Buna ek olarak, YZ destekli vardiya planlama sistemleri, personel uygunluğu, hasta gereksinimleri ve çalışma çizelgelerini analiz ederek optimum personel dağılımı oluşturabilir [1].

Bu tür sistemler sayesinde rutin ancak zaman alıcı görevler otomatikleştirilir; böylece hemşireler doğrudan hasta bakımına daha fazla zaman ayırabilir. Sonuç olarak, hemşirelik verimliliği artar, tükenmişlik azalır ve hem hastalar hem de sağlık çalışanları için daha olumlu sonuçlar elde edilir [10,26].

2.4 Eğitim ve Öğretimin Geliştirilmesi

YZ destekli eğitim teknolojileri, hemşirelik eğitimi ve klinik yetkinliklerin sürdürülmesi süreçlerinde köklü bir dönüşüm yaratmaktadır. Bu araçlar, bireyin öğrenme hızı, güçlü yönleri ve bilgi eksikliklerine göre kişiselleştirilmiş öğrenme yolları sunar. Bu yeniliklerden biri, YZ tabanlı simülasyon platformlarıdır. Bu platformlar, yüksek riskli klinik senaryoları güvenli bir şekilde yeniden oluşturur [8,27]. Simülasyonlar, kritik karar verme, klinik uygulama ve ekip çalışması becerilerinin tekrarlı olarak uygulanmasına olanak tanır ve bunu yaparken hasta güvenliğini riske atmaz. Bu yaklaşım yalnızca beceri geliştirmeyi değil, aynı zamanda sürekli öğrenmeyi destekler; böylece hemşirelerin değişen sağlık hizmeti gereksinimlerine uyum sağlamasını kolaylaştırır. Günümüzün karmaşık sağlık sisteminde, YZ'nin hemşirelik eğitimine entegrasyonu, mesleki yeterliliğin ve öz güvenin sürdürülmesi açısından vazgeçilmezdir [27].

3. Yoğun Bakım Hemşireliği Uygulamasına Etkileri

Hemşireler sağlık hizmetlerinde temel sorumluluklara sahip olsalar da, katı vardiya sistemleri, deneyim düzeyleri, profesyonel dinamikler, hemşire-hasta oranları ve yoğun iş yükü gibi faktörler, yüksek kaliteli bakım sunmalarını çoğu zaman zorlaştırmaktadır. Bu koşullar, iş doyumsuzluğu ve kişiler arası çatışmalarla birleştiğinde, tükenmişliğe ve bakım kalitesinde düşüşe yol açabilir [28]. Bu noktada, ortaya çıkan yeni teknolojiler özellikle yapay zekâ hemşirelerin mesleki yetkinliklerini güçlendirme ve bakım sonuçlarını iyileştirme açısından büyük bir potansiyele sahiptir. YZ'nin hemşirelik uygulamalarına giderek artan entegrasyonu, sağlık hizmeti sunum biçimlerini yeniden şekillendirmekte ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde önemli dönüşümler yaratmaktadır [9]. YZ kullanımı, yoğun bakım ünitelerinde hasta sonuçlarını, iş akışı verimliliğini ve profesyonel gelişimi artırmaktadır [27].

3.1 Yoğun Bakım Hemşireliği Uygulamasına Olumlu Etkiler

Hasta Sonuçlarında İyileşme: YZ'nin yoğun bakım hemşireliği uygulamalarına entegrasyonunun en temel avantajlarından biri, komplikasyonların erken saptanması, hayatta kalma oranlarının artması ve yoğun bakımda kalış süresinin kısalmasıdır. Yoğun bakım ortamları, gecikmenin yaşamı tehdit edebileceği koşullarda hızlı ve doğru karar vermeyi gerektirir. YZ araçları, hemşirelere gerçek zamanlı klinik içgörüler sunarak zamanında ve doğru karar almalarını destekler [9].

Bu durum, risklerin daha erken belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş müdahalelerin daha hassas biçimde uygulanması anlamına gelir. Tepkisel değil, proaktif bakım yaklaşımını teşvik eden YZ; yalnızca bireysel hasta sonuçlarını değil, aynı zamanda genel yoğun bakım verimliliğini de artırır [11]. Ayrıca YZ, klinik yanıt süresini hızlandırır, hasta güvenliğini güçlendirir ve yüksek stresli ortamlarda hemşirelerin bilişsel yükünü azaltır [2].

İş Akışı Verimliliği: Zamanın ve hassasiyetin kritik önem taşıdığı YBÜ ortamlarında, YZ'nin iş akışını optimize etmedeki rolü giderek artmaktadır. Tekrarlayıcı ve rutin görevlerin otomasyonu, hemşirelerin doğrudan hasta bakımına daha fazla odaklanmasına olanak tanır ve bu da daha güvenli ve insan merkezli bir klinik ortam yaratır [9].

YZ sistemleri, veri girişi, yaşamsal bulguların dokümantasyonu, ilaç planlaması ve raporlama gibi görevleri düzenler [29]. Örneğin, Doğal Dil İşleme (NLP) teknolojisi, sözlü ifadeleri veya klinik notları otomatik olarak yapılandırılmış dokümantasyona dönüştürerek manuel iş yükünü azaltır [2]. Benzer biçimde, YZ entegreli izleme sistemleri karmaşık

hasta verilerini gerçek zamanlı olarak sentezler ve hemşireleri yalnızca klinik açıdan anlamlı değişiklikler konusunda uyararak bilgi yüklenmesini azaltır [16].

Bu dönüşüm, bürokratik yükü azaltmakla kalmaz, aynı zamanda ekip içi iletişimi güçlendirir, hasta devrini (handoff) optimize eder ve önceliklendirmeyi kolaylaştırır böylece genel iş akışını geliştirir [2]. Kritik bakım ortamlarında, her dakikanın önem taşıdığı durumlarda, idari ve izleme süreçlerinin otomasyonu hemşirelere daha fazla yatak başı zamanı ve doğrudan bakım fırsatı sağlar.

Araştırmalar, YZ destekli otomasyonun dokümantasyon süresini azalttığını, manuel veri girişi hatalarını düşürdüğünü ve karar verme verimliliğini artırdığını göstermektedir.

Bu gelişmeler, hemşireler arasında iş doyumunun artmasına ve tükenmişliğin azalmasına katkı sağlamaktadır [11,30]. Sonuç olarak YZ, iş akışı verimliliğini artırır, bakım ortamını geliştirir ve hemşire-hasta etkileşimlerinin daha anlamlı hale gelmesini destekler [11].

Profesyonel Gelişimin Desteklenmesi: Yoğun bakımda YZ teknolojilerine sürekli maruz kalmak, hemşirelerde yaşam boyu öğrenmeyi ve uyum yeteneğini güçlendirir. YZ'nin entegrasyonu yalnızca iş akışlarını dönüştürmekle kalmaz; aynı zamanda profesyonel gelişimi de teşvik eder.

Karar destek sistemleri, öngörü analitiği ve otomatik dokümantasyon gibi YZ araçlarının kullanımı, hemşirelerin gelişen teknolojilerle etkileşim kurmasını ve sürekli öğrenme kültürünü benimsemelerini sağlar [10]. Bu araçlar, geleneksel klinik becerilerin ötesinde; eleştirel düşünme, veriyorumlama ve teknoloji destekli bakım planlaması gibi ek yetkinlikler gerektirir. Birçok kurum, bu geçişi desteklemek için sağlık bilişimi, veri etiği ve YZ kullanımı konularında eğitim programları geliştirmiştir [13].

YZ'nin günlük kullanımına alışmak, hemşirelerin dijital araçları klinik karar süreçlerinde güvenle uygulama becerisini artırır; bu da özerklik, disiplinler arası kararlara katılım ve kanıta dayalı uygulamalarda aktif rol alma açısından güçlendirici bir etkidir [26]. Gerçek zamanlı verilerin sağladığı bu destek, hemşirelerin bakım kalitesini değerlendirme ve sürekli iyileştirme çalışmalarına katılımını da artırır [31].

YZ odaklı profesyonel gelişim, hemşirelikte liderlik rolleri ve kariyer ilerlemesi açısından da yeni fırsatlar yaratmaktadır. Teknolojiye hâkim hemşireler, giderek artan şekilde klinik bilişim, YZ yönetimi ve yenilikçi uygulama ekiplerinde yer almaktadır böylece bakım süreç-

lerini “hasta başından yönetim kademesine kadar” etkilemektedir [30]. Bu teknolojik ve mesleki uyum, hemşireliğin dijital sağlık dönüşümündeki değerini pekiştirir. Dolayısıyla YZ entegrasyonu, yalnızca klinik mükemmeliyeti desteklemekle kalmaz; aynı zamanda YBÜ hemşirelerinin güncel, uyumlu ve motive kalmasını sağlar.

3.2 Yoğun Bakım Hemşireliği Uygulamalarına Olumsuz Etkiler

Zorluklar ve Etik Hususlar: YZ, yoğun bakım hemşireliğinde dönüştürücü bir potansiyele sahip olsa da uygulama sürecinde etik ve pratik düzeyde çeşitli zorluklar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların ele alınması, YZ’nin potansiyel faydalarının en üst düzeye çıkarılması ve risklerinin en aza indirilmesi açısından kritik öneme sahiptir [32,33].

Başlıca endişe konuları arasında veri gizliliği, YZ çıktılarının doğru yorumlanabilmesi için kapsamlı eğitim gerekliliği ve teknolojiye aşırı bağımlılık riski yer almaktadır. Bunun yanında, farklı YZ uygulamaları arasındaki çeşitlilik ve çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklar, etkinliklerine ilişkin net sonuçlar elde edilmesini zorlaştırmaktadır [7]. Bu durum, yoğun bakımda YZ kullanımına ilişkin etik çerçevenin sınırlarını belirlemekte ve insan merkezli entegrasyonun önemini vurgulamaktadır. Bu zorlukların aşılabilmesi için sürekli araştırma, etik denetim ve disiplinler arası iş birliği büyük önem taşımaktadır [34].

Veri Gizliliği ve Güvenliği Sorunları: YZ’nin sağlık hizmetlerinde kullanımına ilişkin temel etik kaygılardan biri, hasta gizliliğinin korunmasıdır. YZ sistemleri, doğru tahminler ve kararlar üretebilmek için tıbbi öyküler, laboratuvar sonuçları ve gerçek zamanlı yaşamsal bulgular gibi son derece hassas verilerden yararlanır [32,35]. Bu verilerin toplanması, iletilmesi ve depolanması süreçlerinin, ABD’deki HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) gibi katı gizlilik yasalarına uygun şekilde yürütülmesi gerekir [36]. Veri ihlalleri veya kötüye kullanımlar, hasta güvenliğini tehlikeye atabilir, kurumsal güveni zedeleyebilir ve hukuki sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle güçlü şifreleme yöntemleri, güvenli veri depolama sistemleri ve yetki kontrollü erişim protokolleri, veri güvenliğini sağlamak için zorunlu önlemlerdir [37].

Algoritmik Önyargı ve Eşitsizlik: Bir diğer önemli sorun, algoritmik önyargıdır.

Bu durum, genellikle çeşitliliği yetersiz veri setleriyle eğitilen modellerden kaynaklanır [38].

Belirli etnik veya sosyoekonomik gruplardan elde edilen verilerle eğitilen sistemler, farklı hasta gruplarındaki durumları yanlış tahmin edebilir veya hatalı tanımlar üretebilir; bu da sağlık hizmetlerinde eşitsizliklere yol açar [6]. Bu tür eşitsizliklerin önlenmesi için, düzenli algoritma denetimleri, eğitim verilerinde demografik çeşitliliğin sağlanması ve YZ çıktılarında önyargı testlerinin yapılması gerekmektedir [39]. Ayrıca, YZ'nin önerilerini yorumlama sürecinde insan gözetimi şarttır; bu, adil ve kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunumunun sürdürülebilmesi açısından vazgeçilmezdir [32,33].

Teknolojiye Aşırı Bağımlılık: YZ'nin iş akışlarını ve karar verme süreçlerini kolaylaştırdığı doğrudur; ancak aşırı bağımlılık, hemşirelerin eleştirel düşünme ve klinik yargı becerilerini zayıflatabilir [40]. YZ, klinik uzmanlığın yerini almak yerine, onu destekleyici bir araç olarak kullanılmalıdır. Başarılı bir entegrasyon için sürekli mesleki eğitim gereklidir; bu sayede hemşireler temel klinik yetkinliklerini koruyabilir ve teknolojiyi bilinçli şekilde kullanabilir [41].

Hukuki ve Sorumlulukla İlgili Sorunlar: Klinik karar verme süreçlerinde YZ kullanımının artması, hukuki sorumluluk konusunu gündeme getirmektedir. Eğer bir YZ aracı hasta bakımında hatalı bir sonuca katkıda bulunursa, bu durumda sorumluluğun kime ait olacağı sağlık profesyoneline mi, sistem geliştiricisine mi, yoksa kuruma mı net biçimde tanımlanmalıdır [42]. YZ destekli klinik sonuçlarda sorumluluğu açık biçimde belirlemek için yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır. Yoğun bakım gibi yüksek riskli ortamlarda, bakım protokolleri ve sorumluluk sınırlarının net bir şekilde tanımlanması hem hastaların hem de sağlık profesyonellerinin korunması açısından hayati önem taşır [43].

4. Geleceğe Yönelik Perspektifler

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte, yoğun bakım ünitelerinde yapay zekânın (YZ) rolü giderek genişleyecek; bu da hasta bakımını geliştirme, iş akışlarını optimize etme ve hemşirelik uygulamalarını ileriye taşıma açısından yeni fırsatlar sunacaktır. Ancak, bu potansiyelin tam olarak gerçekleştirilebilmesi için titiz planlama, etkin iş birliği, sistemin sorunsuz entegrasyonu ve sürekli değerlendirme süreçleri gereklidir.

4.1 Entegrasyon Stratejileri: Gelecekte YZ'nin entegrasyonu, hem klinik bakım hem de hemşirelik uygulamaları açısından devrim niteliğinde değişimlere yol açabilir.

Bu sürecin etkin biçimde yönetilebilmesi için iş birliğine dayalı bir yaklaşım ve sürekli iyileştirme kültürü benimsenmelidir. YZ'nin entegrasyonu yalnızca teknolojinin uygulanmasından ibaret değildir; aynı za-

manda mevcut süreçlerle uyumlu olması ve hemşirelerin işini kolaylaştıracak şekilde tasarlanması gerekir [24]. Bu nedenle, YZ araçları kullanıcı dostu arayüzlerle geliştirilmeli ve hemşirelerin kolayca etkileşim kurabileceği bir yapıya sahip olmalıdır. Ayrıca, sistemlerin farklı YBÜ'lerin ve hasta popülasyonlarının özgün gereksinimlerine göre özelleştirilebilir olması önemlidir [4].

YZ entegrasyonu için uygulanabilir bir strateji, önce küçük ölçekli ve kontrollü ortamlarda pilot çalışmalar yürütmeyi, ardından olumlu sonuçlar elde edildiğinde genişletilmiş uygulamalara geçmeyi içerir. Gerçek dünya testleri, kullanıcı geri bildirimini alınmasına ve sistemlerin tekrarlayan iyileştirmelerle geliştirilmesine olanak tanır. YZ sistemlerinin, elektronik sağlık kayıtları (EHR) ve hasta izleme sistemleri gibi diğer klinik teknolojilerle tam uyumlu olması gerekir. Bu sayede, veri farklı cihazlar arasında kesintisiz akabilir ve tüm ekip üyeleri en güncel bilgilere gerçek zamanlı erişim sağlayabilir. Ayrıca, hemşirelerin yeni teknolojilere uyum sağlayabilmesi için etkili eğitim ve destek sistemlerinin kurulması büyük önem taşır [13].

4.2 Disiplinler Arası İş Birliği: Yoğun bakım hemşireliğinde YZ'nin başarılı bir şekilde uygulanması ve optimize edilmesi, çok paydaşlı bir iş birliği gerektirir. Bu paydaşlar arasında hemşireler, bilişim uzmanları ve politika yapıcılar yer alır. Hemşireler, sahip oldukları klinik bilgi birikimi ve hasta bakım deneyimi sayesinde, YZ araçlarının uygunluğu ve etkinliği açısından kilit rol oynar [44]. Bilişim uzmanları, sistemlerin güvenli, kullanıcı dostu ve klinik iş akışlarına uyumlu biçimde geliştirilmesinden sorumludur. Politika yapıcılar ise, yenilik ile hasta güvenliği ve veri gizliliği arasındaki dengeyi gözetken yasal düzenlemeleri oluşturur [45].

Disiplinler arası iş birliği, sağlık kurumlarının teknik açıdan sağlam ve hemşirelik uygulamalarının gerçeklerine duyarlı YZ sistemleri geliştirmesine imkân tanır. Bu yaklaşım, ortak sahiplenme ve hesap verebilirlik kültürünü destekleyerek YZ'nin benimsenmesini daha sorunsuz ve sürdürülebilir hale getirir. Ayrıca, iş birliği yalnızca hastanelerle sınırlı kalmamalı; akademik kurumlar, araştırma merkezleri ve endüstri paydaşlarını da kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Bu tür ortaklıklar, YZ teknolojilerinin sürekli gelişimine katkı sağlayacaktır [24].

4.3 Sürekli Değerlendirme: YZ'nin yoğun bakım hemşireliğine giderek daha fazla entegre edilmesiyle birlikte, bu sistemlerin hasta bakımı ve hemşirelik uygulamaları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla sürekli izleme ve değerlendirme mekanizmaları oluşturulmalıdır. Bu süreçler, YZ uygulamalarının hem faydalarını hem de olası sınırlılıklarını belirlemeye yardımcı olur. Değerlendirmeler; YZ destekli karar ver-

me süreçlerinin düzenli denetimini, hasta sonuçlarının (sağkalım oranı, komplikasyon sıklığı, YBÜ'de kalış süresi vb.) takibini içermelidir. Ayrıca, hemşirelik uygulamaları üzerindeki etkiler örneğin iş yükü, iş doyumu ve mesleki beceri gelişimi de periyodik olarak incelenmelidir. Bu sayede YZ'nin, hemşirelerin temel klinik rollerini destekleyici bir işlev gördüğünden emin olunur [45,46].

Bu süreçte hasta güvenliği birincil öncelik olmalıdır. YZ sistemleri, en güncel kanıtlar ve iyi uygulama örnekleri doğrultusunda düzenli olarak güncellenmelidir. Hemşirelerden gelen geri bildirimler, değerlendirme süreçlerine mutlaka dahil edilmeli ve sistemler bu geri bildirimlere göre uyarlanmalıdır. YZ'nin sağlık hizmetlerine uzun vadeli etkilerini tam olarak anlayabilmek için boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar, değişen teknolojiler ve hasta gereksinimleri doğrultusunda sistemlerde yapılacak iyileştirmelere yön verecektir [46].

Sonuç

Yapay zekânın (YZ) yoğun bakım ünitelerinde geniş kapsamlı bir etkiye sahip olduğu ve bu yüksek yoğunluklu klinik ortamlarda sağlık hizmeti sunum biçimini köklü biçimde dönüştürdüğü açıktır. YZ, manuel iş yükünü azaltma ve insan hatasını en aza indirme potansiyeline sahip olsa da bu teknolojinin sınırlılıklarının ve eksikliklerinin farkında olunması gerekir. Bu nedenle, YBÜ'lerde manuel emeğin tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir.

YZ algoritmalarının amacı, yoğun bakım hemşirelerinin yerini almak değil; onların görevlerini daha verimli, hızlı ve güvenli biçimde yerine getirmelerini desteklemektir. Her ne kadar birçok yoğun bakım süreci YZ aracılığıyla kolaylaştırılabilse ve hızlandırılabilse de mevcut uygulamalar ölçeklenebilirlik, klinik uygulanabilirlik, yeniden üretilebilirlik ve gerçek klinik senaryolarda test eksikliği gibi faktörlerle sınırlı kalmaktadır.

YZ'nin, hemşirelerin yoğun bakımdaki sorumluluklarını yerine getirme biçimlerini yeniden şekillendirmesi muhtemeldir. Birçok YZ modeli, belirli görevlerde geleneksel araçlardan ve hatta klinik uzmanlardan daha iyi performans göstermektedir. Bu durum, yoğun bakımda tekrarlayan ve emek yoğun görevlerin YZ desteğiyle önemli ölçüde azaltılabileceğini göstermektedir.

Dolayısıyla, yoğun bakım hemşireleri değişen bakım gereksinimlerine uyum sağlayacak şekilde daha iyi donanımlı olmalıdır. Hemşirelik eğitim programları gerek lisans düzeyinde gerekse yoğun bakım hemşireliği uzmanlık alanında dijital algoritmaların izlenmesi, değerlendirilmesi ve etkin kullanımı için gerekli bilgi ve becerileri içerecek biçimde

güncellenmelidir. YZ'ye yönelik temel eğitim, hemşirelik eğitiminin erken aşamalarında başlamalıdır.

Ayrıca, YZ'nin kritik bakım ortamlarında hemşirelik hizmetlerini dönüştürmesi ve potansiyelinden tam anlamıyla yararlanılabilmesi için, hemşirelerin bu sürecin liderliğini üstlenmeleri gerekmektedir. YZ geliştiricileri ve sağlık politikası yapıcıları da, yoğun bakım hemşirelerinin eğitim ve uygulama süreçlerinde karşılaştıkları güçlükleri dikkate almalı ve bu zorluklara uygun çözümler geliştirmelidir.

YZ'nin hasta bakımı ve hemşirelik uygulamaları üzerindeki etkisini değerlendirebilmek için, yüksek kaliteli kanıta dayalı araştırmaların hem kısa hem uzun vadeli sonuçları içeren yürütülmesi zorunludur. YZ'nin en güçlü yönlerinden biri, gerçek zamanlı olarak güncellenebilme ve sürekli değişen verileri işleyerek doğru çıktılar üretebilme kapasitesidir.

Etkili biçimde benimsendiğinde, YZ yalnızca yoğun bakımda değil, genel olarak sağlık hizmetlerinde de geleceğe yön veren bir güç olabilir. Bununla birlikte, YZ'nin hiçbir zaman insan merkezli hemşire-hasta ilişkisinin yerini tam anlamıyla alamayacağı gerçeği göz ardı edilmemelidir.

Kaynakça

- [1] Secinaro S, Calandra D, Secinaro A, et al. The role of artificial intelligence in healthcare: a structured literature review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021;21:125. [https://doi: 10.1186/s12911-021-01488-9](https://doi.org/10.1186/s12911-021-01488-9).
- [2] Alowais SA, Alghamdi SS, Alsuhebany N, Alqahtani T, Alshaya AI, Almohareb SN, Aldairem A, Alrashed M, Bin Saleh K, Badreldin HA, Al Yami MS, Al Harbi S, Albekairy AM. Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):689. [https://doi: 10.1186/s12909-023-04698-z](https://doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z).
- [3] Esmacilzadeh P. Challenges and strategies for wide-scale artificial intelligence (AI) deployment in healthcare practices: A perspective for healthcare organizations. *Artif Intell Med.* 2024;151:102861. [https://doi: 10.1016/j.artmed.2024.102861](https://doi.org/10.1016/j.artmed.2024.102861).
- [4] Boulitsakis Logothetis S, Green D, Holland M, Al Moubayed N. Predicting acute clinical deterioration with interpretable machine learning to support emergency care decision making. *Sci Rep.* 2023;13(1):13563. Published 2023 Aug 21. [https://doi:10.1038/s41598-023-40661-0](https://doi.org/10.1038/s41598-023-40661-0).
- [5] Suresh V, Singh KK, Vaish E, et al. Artificial Intelligence in the Intensive Care Unit: Current Evidence on an Inevitable Future Tool. *Cureus.* 2024;16(5):e59797. Published 2024 May 7. [https://doi:10.7759/cureus.59797](https://doi.org/10.7759/cureus.59797).
- [6] Mehrabi N, Morstatter F, Saxena N, Lerman K, Galstyan A. A survey on bias and fairness in machine learning. *ACM Comput Surv.* 2019;54(6):1-35. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1908.09635>
- [7] Porcellato E, Lanera C, Ocagli H, Danielis M. Exploring applications of artificial intelligence in critical care nursing: A systematic review. *Nurs Rep (Pavia, Italy).* 2025;15(2):55. [https://doi: 10.3390/nursrep15020055](https://doi.org/10.3390/nursrep15020055).
- [8] De Gagne JC. The state of artificial intelligence in nursing education: Past, present, and future directions. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(6):4884.
- [9] Almagharbeh WT. The impact of AI-based decision support systems on nursing workflows in critical care units. *Int Nurs Rev.* 2025;72(2):e13011. [https://doi: 10.1111/inr.13011](https://doi.org/10.1111/inr.13011). 13
- [10] Topaz M, Murga L, Gaddis KM, McDonald MV, Bar-Bachar O, Goldberg Y, Bowles KH. Mining fall-related information in clinical notes: Comparison of rule-based and novel word embedding-based machine learning approaches. *J Biomed Inform.* 2019 Feb;90:103103. doi: 10.1016/j.jbi.2019.103103. [https://doi: 10.1016/j.jbi.2019.103103](https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103103)
- [11] Sendak MP, Ratliff W, Sarro D, et al. Real-world integration of a sepsis deep learning technology into routine clinical care: implementation study. *JMIR Med Inform.* 2020;8(7):e15182. [https://doi: 10.2196/15182](https://doi.org/10.2196/15182).
- [12] Vincent JL, Moreno R. Clinical review: scoring systems in the critically ill. *Crit Care.* 2010;14(2):207. [https://doi: 10.1186/cc8204](https://doi.org/10.1186/cc8204).

- [13] Booth RG, Strudwick G, McBride S, O'Connor S, Solano López AL. How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ*. 2021;373:n1190. Published 2021 Jun 14. <https://doi:10.1136/bmj.n1190>
- [14] Reddy RK, Fox J, Purohit MP. Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *J R Soc Med*. 2019;112(1):22-28. <https://doi:10.1177/0141076818815510>.
- [15] Carayon P, Wooldridge AR, Hoonakker P, et al. Challenges and opportunities for improving patient safety through human factors and systems engineering. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(11):1862-1869. <https://doi:10.1377/hlthaff.2018.0723>.
- [16] Johnson AEW, Ghassemi MM, Nemati S, et al. Machine learning and decision support in critical care. *Proc IEEE*. 2016;104(2):444-466. <https://doi:10.1109/JPROC.2015.2501978>.
- [17] Moss TJ, Lake DE, Calland JF, et al. Signatures of subacute potentially catastrophic illness in the ICU: model development and validation. *Crit Care Med*. 2016;44(9):1639-1648. <https://doi:10.1097/CCM.0000000000001772>.
- [18] Komorowski M, Celi LA, Badawi O, Gordon AC, Faisal AA. The Artificial Intelligence Clinician learns optimal treatment strategies for sepsis in intensive care. *Nat Med*. 2018;24(11):1716-1720. <https://doi:10.1038/s41591-018-0213-5>.
- [19] Taylor RA, Pare JR, Venkatesh AK, et al. Prediction of in-hospital mortality in emergency department patients with sepsis: a local big data-driven, machine learning approach. *Acad Emerg Med*. 2016;23(3):269-278. <https://doi:10.1111/acem.12876>.
- [20] Yang W, Zou H, Wang M, Zhang Q, Li S, Liang H. Mortality prediction among ICU inpatients based on MIMIC-III database results from the conditional medical generative adversarial network. *Heliyon*. 2023;9(2):e13200. <https://doi:10.1016/j.heliyon.2023.e13200>
- [21] Nemati S, Holder A, Razmi F, et al. An interpretable machine learning model for accurate prediction of sepsis in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(4):547-553. <https://doi:10.1097/CCM.0000000000002936>.
- [22] Fleuren LM, Klausch TLT, Zwager CL, et al. Machine learning for the prediction of sepsis: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy. *Intensive Care Med*. 2020;46(3):383-400. <https://doi:10.1007/s00134-019-05872-y>.
- [23] Xiao R. The role of telemetry monitoring: From diagnosing arrhythmia to predictive models of patient instability. *J Electrocardiol*. 2025;89:153861. <https://doi:10.1016/j.jelectrocard.2024.153861>
- [24] Wei Q, Pan S, Liu X, Hong M, Nong C, Zhang W. The integration of AI in nursing: addressing current applications, challenges, and future directions. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1545420. <https://doi:10.3389/fmed.2025.1545420>
- [25] Yu KH, Beam AL, Kohane IS. Artificial intelligence in healthcare. *Nat Biomed Eng*. 2018;2(10):719-731. <https://doi:10.1038/s41551-018-0305-z>.

- [26] Dailah HG, Koriri M, Sabei A, Kriry T, Zakri M. Artificial Intelligence in Nursing: Technological Benefits to Nurse's Mental Health and Patient Care Quality. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(24):2555. Published 2024 Dec 18. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242555>
- [27] Glauber G, Ito-Fujita A, Katz S, Callahan J. Artificial Intelligence in Nursing Education: Opportunities and Challenges. *Hawaii J Health Soc Welf*. 2023;82(12):302-305.
- [28] Qureshi SM, Purdy N, Mohani A, Neumann WP. Predicting the effect of nurse-patient ratio on nurse workload and care quality using discrete event simulation. *J Nurs Manag*. 2019;27(5):971-980. <https://doi.org/10.1111/jonm.12757>
- [29] Brereton TA, Malik MM, Lifson M, Greenwood JD, Peterson KJ, Overgaard SM. The Role of Artificial Intelligence Model Documentation in Translational Science: Scoping Review. *Interact J Med Res*. 2023 Jul 14;12:e45903. <https://doi.org/10.2196/45903>. PMID: 37450330; PMCID: PMC10382950..
- [30] Ayoola, Ayoola A., et al. "Leveraging artificial intelligence to alleviate nurse workload and improve patient care." *ResearchGate Health Operations* 2024;11:2.45-59.
- [31] Darvish A, Bahramnezhad F, Keyhanian S, Navidhamidi M. The role of nursing informatics on promoting quality of health care and the need for appropriate education. *Glob J Health Sci*. 2014;6(6):11-18. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p11>.
- [32] Kumar A, Upadhyay U. Ethical implications in AI-based health care decision making: A critical analysis. *AI in Precision Oncol*. 2024;1(5):246-255. <https://doi.org/10.1089/aipo.2024.0007>
- [33] Goktas P, Grzybowski A. Shaping the future of healthcare: Ethical clinical challenges and pathways to trustworthy AI. *J Clin Med*. 2025;14(5):1605. <https://doi.org/10.3390/jcm14051605>
- [34] Hassan EA, El-Ashry AM. Leading with AI in critical care nursing: challenges, opportunities, and the human factor. *BMC Nurs*. 2024;23(1):752. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02363-4>
- [35] Rony, Moustaq Karim Khan et al. Nurses' perspectives on privacy and ethical concerns regarding artificial intelligence adoption in healthcare. *Heliyon*, 10: 17, <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e36702>
- [36] U.S. Department of Health and Human Services. Health information privacy: Your rights under HIPAA. Available at: <https://www.hhs.gov/programs/hipaa/index.html> Accessed June 2025.
- [37] Seh AH, Zarour M, Alenezi M, Sarkar AK, Agrawal A, Kumar R, Khan RA. Healthcare Data Breaches: Insights and Implications. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(2):133. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020133>.
- [38] Obermeyer Z, Emanuel EJ. Predicting the future — big data, machine learning, and clinical medicine. *N Engl J Med*. 2016;375(13):1216-1219. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1606181>.

- [39] Holstein K, Wortman Vaughan J, Wallach H, Daumé III H, Wallach D. Improving fairness in machine learning systems: What do industry practitioners need to know? Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2019:1-14. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1812.05239>
- [40] McGrow K. Artificial intelligence in nursing: A journey from data to wisdom. *Nursing*. 2025;55(4):16-24. <https://doi:10.1097/NSG.0000000000000165>
- [41] Brown J, Pope N, Bosco AM, Mason J, Morgan A. Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2020;29(15-16):2801-2819. <https://doi:10.1111/jocn.15321>
- [42] Medium. Who's responsible when AI makes a mistake? Available at: <https://medium.com/@shreemanya.ai/whos-responsible-when-ai-makes-a-mistake-008bd690f8c6> Accessed April 2025.
- [43] Beauden J. Ensuring Patient Autonomy and Informed Consent in AI-Assisted End-of-Life Decisions. 2025. https://www.researchgate.net/publication/388476534_Ensuring_Patient_Autonomy_and_Informed_Consent_in_AI-Assisted_End-of-Life_Decisions
- [44] Choi H, Tak SH, Song YA, Park J. Nurses' perspectives on the adoption of new smart technologies for patient care: focus group interviews. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):391. <https://doi:10.1186/s12913-025-12578-z>
- [45] Varnosfaderani M.S, Forouzanfar M. The Role of AI in Hospitals and Clinics: Transforming Healthcare in the 21st Century. *Bioengineering (Basel)*. 2024;11(4):337. Published 2024; 11(4):337. <https://doi:10.3390/bioengineering11040337>.
- [46] Chen IY, Pierson E, Rose S, Joshi S, Ferryman K, Ghassemi M. Ethical Machine Learning in Healthcare. *Annu Rev Biomed Data Sci*. 2021;4:123-144. <https://doi:10.1146/annurev-biodatasci-092820-114757>

Bölüm 3

HEMŞİRELİKTE KİŞİ-ÇEVRE UYUMU

Yusuf SARI¹, Aysun TÜRE², Özlem KERSU³

1 Doktora Öğrencisi, Yusuf SARI

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, 26040 Eskişehir/Türkiye yusuf1sari@gmail.com Orcid ID:0000-0001-8258-5599

2 Doç. Dr., Aysun TÜRE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, 26040 Eskişehir/Türkiye ature@ogu.edu.tr Orcid ID: 0000-0003-2513-0904

3 Dr. Öğr. Üyesi Özlem KERSU

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 26040 Eskişehir/Türkiye oozkaya@ogu.edu.tr Orcid ID: 0000-0003-3592-2892

1.GİRİŞ

Sağlık alanında, sunulan hizmetin niteliğini etkileyen birçok dinamik yer almaktadır. Çalışanı ve verdiği hizmetin niteliğini etkileyen bu dinamiklerden birisi de kişi-çevre uyumudur. Çalışanların iş çevresiyle uyumu kişi-çevre uyumu şeklinde belirtilmektedir (Kristof-Brown vd., 2023). Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar ile hemşireler arasında da kişi-çevre uyumunun sağlanması önem taşımaktadır. Kuramsal olarak kişi-çevre uyumu, ihtiyaç-tatmin teorisi ve işe uyumlaşma/uyumlaştırma teorisi ile ilişkilendirilmektedir (Kennedy, 2005). İhtiyaç-tatmin teorisiyle kişinin ihtiyaçlarının karşılanmasıyla tatmin olan kişi, uyumlaşma teorisiyle de kendisinden beklenen örgütsel performansı sergileyerek dengeyi oluşturmaktadır (De Massis, 2024).

Kişi-çevre uyumu teorik temelini benzerlik ve tamamlayıcılıktan almaktadır (Muchinsky & Monahan, 1987). İlk olarak benzerlik bakış açısında ele alınan kişinin değerleri ve hedefleriyle örgütün değer ve hedeflerinin benzerlik göstermesi, tamamlayıcı uyumda ise kişi örgütün eksikliklerini gidermesiyle kişi örgütle uyumunu yakalamaktadır (Park vd., 2022).

Kişi-çevre uyumu, literatürde farklı boyutlarıyla ele alınmaktadır. Bu boyutlar iş, örgüt, meslek, yönetici ya da grup olarak ele alınabilmektedir. Bu bağlamda çevre için tanımlanmış kavramlara bağlı olarak çeşitli uyum sınıflandırmaları ortaya çıkmış, çevrenin birçok boyutlarına odaklanılarak kişi-çevre uyumu türleri incelenmiştir; kişi-örgüt uyumu, kişi-iş uyumu, kişi-meslek uyumu, kişi-grup uyumu ve kişi-kişi uyumu.

Uyumun sağlanmasıyla çalışanların örgütlerine olan bağlılık, iş doyum ve örgütsel başarı nitelikleri olumlu yönde etkilenmektedir (Jansen & Shipp, 2024; Weng vd., 2024; Jia & Yuan, 2025). Çalışanların kurumda devamlılığını belirleyen devir hızlarının azalması, iş doyum düzeylerinin ve hasta memnuniyetlerinin artması gibi sonuçlar bununla birlikte çalışanların örgüt ile uyumlu olması ile mümkün kılınmaktadır (Smith vd., 2024). Hemşirelerin iş doyum düzeylerine yönelik ülkemizde yapılan bir çalışmada, bu düzeyin ortanın biraz üzerinde ya da düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir (İntepeler vd., 2014). Bir kurumun refahının, çalışanların iş ve kariyer doyumlarının ve örgütsel bağlılıklarının sürekli güçlü tutulmasına ilgili olduğu, iş doyumlarının, kariyer doyumlarının ve örgütsel bağlılıkların da kişi-çevre uyumuyla güçlü bir ilişkisi olduğu görülmüştür. (Küçükıylmaz vd., 2006).

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kişi-Çevre Uyumu

Çalışan bireylerin temel gereksinimlerinin ve ortaya çıkan farklı ihtiyaç ile beklentilerinin örgütler tarafından karşılanabilmesi, kişi-çevre uyumu olarak tanımlanmaktadır (Irak, 2012). Kişi-çevre uyumu, bireysel ve durumsal değişkenler arasındaki uyum veya zıtlık derecesi şeklinde belirtilmektedir (Lawson, 2024). Kişi-çevre uyumu, kişinin iş atmosferindeki farklı dinamikler (iş, çalışma grubu, meslek özellikleri, çalışma ortamı) tarafından şekillenmiş çevreyle eşleşmesi, uygunluk göstermesi, bağdaşması ya da benzerlik derecesi olarak belirtilmektedir (Schneider, 1987; Warr, 2007; Zhang vd., 2025). Kişinin değerlerinin çevresinin değerleriyle benzerlik göstermesi ya da kişinin ihtiyaçlarına cevap veren bir çevre yapısının olması, iş doyumunun, örgütsel bağlılığın ve iş performansının artması, zihinsel-fiziksel sağlık gibi pozitif sonuçların ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı rolü yer almaktadır (Wang vd., 2023). Çevresiyle uyumu yakalayan kişi, işlerine karşı mutluluk duymaktadır ve işe karşı verimliliği yakalamaktadır (Al-Husseini vd., 2025). Uyumun dolayısıyla örgütsel performansı artırıcı gücü yer almaktadır.

Kişi ile çalıştığı örgüt arasındaki uyum, örgütün performansını etkilemektedir (Kim vd., 2024). Bu bağlamda kişi-çevre uyumu, örgütsel vatandaşlık davranışı ve çalışanın görevine devamlılığı ile ilişkili olarak tanımlanmaktadır (Cable & DeRue, 2002; Kim vd., 2024). Ayrıca, örgütsel uyum iş doyumunu ve işe bağlılık açısından önemli bir kavram olarak görülmektedir (Cable & Judge, 1996; De Massis, 2024). Ancak tam tersi bir durumda, yani bireyin ve örgütün değerleri arasında uyumsuzluk oluştuğunda bilişsel çelişki ve memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır (O'Reilly, Chatman & Caldwell, 1991). Kişi-çevre uyumu yaklaşımında, çalışanların özellikleri ile iş ortamının özellikleri arasındaki benzerlikler incelenmektedir (Ostroff & Schulte, 2007). Kişi ile çevre arasındaki uyumun kavramsal tanımı konusunda fikir birliği bulunmaması, bu konunun araştırılmasını zorlaştırmaktadır.

Kişi-çevre uyumu üzerine yapılan ilk çalışmalar, bireyin davranış ve tutumlarını çevresiyle olan etkileşim üzerinden ele almıştır (Chatman, 1989; Muchinsky & Monahan, 1987). Bu yaklaşıma göre bireysel veya durumsal özellikler, bireyin davranışlarını ve tutumlarını tek başına açıklamak için yeterli değildir; her iki özellik arasındaki etkileşimin sonuçları önem taşımaktadır. Buna göre davranış, birey ve çevrenin fonksiyonunun bir ürünü olarak değerlendirilir. Bu çerçevede kişi ve çevre, tek bir fonksiyon olarak görülmektedir. Ancak bu yaklaşım, etkileşimin nasıl

gerçekleştiğine dair yeterli açıklama sunmamaktadır (Ostroff & Schulte, 2007).

Kişi-çevre uyumunun tanımlarında, birey ile örgüt arasındaki özelliklerin benzerliği (Chatman, 1991; O'Reilly, Chatman, & Caldwell, 1991; Cable & Edwards, 2004) veya bireyin ihtiyaçlarının örgüt tarafından karşılanıp karşılanmadığı konusu üzerinde durulmaktadır (Muchinsky & Monahan, 1987; Edwards, 1991). Bazı araştırmacılar, kişi-çevre uyumunu bireyin değerleri ve hedefleri gibi özelliklerinin çevrenin bu tür özellikleri ile örtüşmesi olarak tanımlarken (Cable & Edwards, 2004), diğerleri bu kavramı kişinin ve çevrenin karşılıklı olarak ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılamasıyla açıklamaktadır (Muchinsky & Monahan, 1987; Edwards, 1991).

Kavramsal temel olarak kişi-çevre uyumu, ihtiyaç-tatmin teorisi (Murray, 1938) ve işe uyumlaştırma teorisi (Dawis & Lofquist, 1984) ile ilişkilendirilmektedir (Kennedy, 2005). İhtiyaç-tatmin teorisine göre (Murray, 1938), bireyin ihtiyaçlarının karşılanmasında iki boyut yer almaktadır. Birinci boyutta çevresel uyaranlar davranış üzerinde etki gösterirken, ikinci boyutta geçmiş deneyimlerden hareketle birey, ihtiyaçlarının karşılanmasına göre davranışlarını şekillendirmektedir.

İşe uyumlaştırma teorisine göre ise birey, ihtiyaçlarının çevre tarafından karşılanmasıyla işten tatmin olmaktadır. Bu teori, tatmin (satisfaction) ve tatminin yeterliliği (satisfactoriness) olmak üzere iki temel faktör üzerine kurulmuş, süreç odaklı bir ilişkiyi esas alır (Dawis & Lofquist, 1984). Dawis, England & Lofquist tarafından 1964 yılında geliştirilen işe uyumlaştırma teorisi, birey ile iş çevresi arasındaki “karşılıklılık” ilkesine dayanır ve kişi-iş çevresi, birey ve iş ortamı arasında karşılıklı bir etkileşim olarak tanımlanır.

Birey ile çevre arasında kavram-faktör açısından karşılıklı ve tamamlayıcı bir ilişki vardır: birey çevrenin ihtiyaçlarını karşılar, çevre de bireyin gereksinimlerini karşılar. Tamamlayıcılık ile bu karşılıklılık sağlandığında bireyin iş ortamında kalması mümkün olur. İşten ayrılmama, bireyin bu karşılıklılık durumunu sürdürmesi anlamına gelir ve dengeyi sağlar. Böylece tatmin olmuş çalışan ve tatmin edici bir iş ortamı, uyumun doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Dawis vd., 1968; Bayl-Smith & Griffin, 2018).

Kişi-çevre uyumu çalışmalarında öne çıkan iki temel yaklaşım benzerlik uyumu ve tamamlayıcı uyumdur (Muchinsky & Monahan, 1987). Benzerlik uyumu, bireylerin çevrelerindeki diğer kişilerle benzer özelliklere, değerlere, normlara veya ilgi alanlarına sahip olmaları nedeniyle uyum içinde olduklarını ifade eder (Muchinsky & Monahan, 1987; Cable

& Edwards, 2004). Tamamlayıcı uyum ise çevredeki eksikliklerin birey tarafından giderilmesiyle oluşur. Bu yaklaşım iki alt başlıkta ele alınır: ihtiyaç-tamamlama uyumu (needs-supplies fit) ve talep-yetenek uyumu (demands-abilities fit). Çalışanların ihtiyaçlarının örgüt tarafından karşılanması ihtiyaç-tamamlama uyumunu oluştururken; iş gerekliliklerinin çalışanların bilgi, beceri ve yetenekleriyle karşılanması talep-yetenek uyumunu ortaya çıkarır (French, Caplan, & Harrison, 1982; Edwards & Shipp, 2007; Ostroff & Schulte, 2007).

Kişi-çevre uyumu çok boyutlu olmasına rağmen, ulusal ve uluslararası literatürde daha çok kişi-iş ve/veya kişi-örgüt uyumuna odaklanıldığı görülmektedir (Fang vd., 2022). Çoğu araştırmada kişi-örgüt uyumu düzeyinde benzerlik uyumu yaklaşımı benimsenmekte ve değerler, hedefler, kişilik özellikleri veya kültür uyumu ölçülmektedir (Adkins, Russell & Werbel, 1994; Chatman, 1991; Cable & Edwards, 2004; Fang vd., 2022).

Kişi-çevre uyumu çalışmalarında bir diğer önemli yaklaşım Schneider'in (1987) çekim-seçim-ayrılma (attraction-selection-attrition) modelidir. Bu modele göre benzer hedeflere sahip kişiler, kendilerine uyumlu gördükleri ortamlar tarafından çekilir, seçilir ve orada çalışmaya devam ederler. Ancak, bireyler bu ortamda uyum sağlayamayacaklarına inanırlarsa, ortamdaki uzaklaşırlar yani işten ayrılırlar. Bu yaklaşımda çalışma ortamı, ortamda bulunan bireylerin bir fonksiyonu olarak görülür. Sosyal kimlik kuramı ve Schneider'in çekim-seçim-ayrılma yaklaşımı açısından değerlendirildiğinde, bireyin değerleri ile örgüt değerleri uyuşmazsa düşük iş doyumu veya yüksek işten ayrılma niyeti ortaya çıkmaktadır. Schneider'e göre yüksek iş doyumu, bireysel beklentiler ile örgütsel yaşam arasındaki uyuma bağlıdır (Lee vd., 2024).

Holland'ın (1964) kariyer yaklaşımına göre kişiler, ilgi duydukları ve uygun buldukları işleri seçmelidirler. Bireylerin ihtiyaçlarının iş tarafından karşılanma derecesi, iş memnuniyeti, kariyer tatmini ve mesleki bağlılık ile olumlu ilişkilidir (Cable & DeRue, 2002). Holland'ın meslek teorisi ile Schneider'in çekim-seçim-ayrılma yaklaşımı, iş yerinde uyum algısında kişi ile çevre özelliklerinin etkileşiminin önemini vurgulamaktadır. Holland daha çok kariyer ve meslek odaklı iken, Schneider çevre ve örgütsel yaşam üzerinde durmuştur.

Kişi-çevre uyumu araştırmaları çevreyi farklı düzeylerde ele almaktadır. Çevrenin incelenme biçimi, araştırmalarda kullanılan perspektifi değiştirebilmektedir. Kişi-çevre uyumu çalışmaları, çevreyi iş, örgüt, meslek, yönetici veya grup düzeyinde incelemektedir (Kristof, 1996; Ostroff & Schulte, 2007; Wheeler, Buckley, Halbesleben, Brouer & Ferris, 2005; Fang vd., 2022; Wang vd., 2023). Böylece değerler uyumu kavramı, çalışanın

sahip olduğu değerlerin yöneticinin değerleriyle (kişi-yönetici uyumu), aynı işi yapan çalışanların değerleriyle (kişi-iş uyumu), grup çalışanlarının değerleriyle (kişi-grup uyumu) veya örgütteki diğer çalışanların değerleriyle (kişi-örgüt uyumu) karşılaştırılması ile analiz edilebilmektedir (Ostroff & Schulte, 2007). Çevre kavramına bağlı olarak, çeşitli uyum türleri ortaya çıkmış ve çevrenin ele alınan boyutuna göre kişi-çevre uyumu türleri sınıflandırılmıştır (Kristof, 1996; Yang vd., 2008).

2.2.Kişi-Çevre Uyumunun Sınıflandırmaları

Uyumun sınıflandırılmasında ilk olarak benzerlik uyumu ve tamamlayıcılık uyumunun ayrımı yapılmıştır (Muchinsky & Monahan, 1987; Astakhova, Beal, Camp, 2017). Benzerlik uyumuna göre birey, çalışma ortamındaki bireylerle benzerliklerini bulmakta ve kendini iş çevresine uyumlu olarak algılamaktadır.

Tamamlayıcılık uyumu, bireyin sahip olduğu özelliklerin çevrenin eksikliklerini gidermesi ile ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Tamamlayıcılık uyumu yaklaşımına göre, kişi ile çevre arasındaki ilgili niteliklerin dengeli bir modeli, kişi-çevre uyumunun temelini oluşturmaktadır (Muchinsky & Monahan, 1987; Astakhova, Beal, Camp, 2017).

İkinci bir sınıflandırmada, ihtiyaçlar-sağlananlar uyumu ile talep edilenler-yetenek uyumu ayrımı yapılmıştır (Kristof, 1996). İhtiyaçlar-sağlananlar uyumu, iş ortamının bireylerin gereksinimlerini, beklentilerini veya tercihlerini (kariyer gelişim olanakları, finansal, fizyolojik ve psikolojik açıdan motive edici unsurlar) karşılaması durumunda gerçekleşmektedir. İş ortamı ise bireyden, örgüte karşı bağlılık göstermesini ve bilgi ile yeteneklerinden hareketle örgüte katkı sağlamasını talep etmektedir (Vogel, 2024).

Talep edilenler-yetenek uyumu, bireyin iş çevresinin taleplerini karşılaması durumunu ifade eder. Bu uyum türünde, birey örgütün belirlediği iş taleplerini yerine getirecek gerekli yeteneklere sahip olduğunda uyum sağlanmış olur (Kristof, 1996). Talep edilenler-yetenek uyumu da tamamlayıcılık uyumu perspektifine dayanmaktadır. İş, örgüt ve mesleki talepler (zaman, çaba, bağlılık, bilgi, beceri ve kabiliyetler) bu talepleri karşılayabilecek bireylerin özellikleri ile ilişkilendirilmektedir (Kristof, 1996; Astakhova, Beal, Camp, 2017).

Başka bir sınıflandırmada, algılanan-gerçek (subjektif-objektif) uyumu ayrımı yapılmaktadır. Algılanan veya subjektif uyum, bireyin çevresi ile uyumuna yönelik algısına dayanırken; gerçek veya objektif uyum, bireysel ve çevresel özelliklerin ayrı ayrı değerlendirilerek karşılaştırılmasıdır (Cable ve Judge, 1996; Kristof, 1996).

Algılanan uyum, bireyin çevresiyle uyum düzeyine dair inancını ifade eder. Algılanan uyum, bireylerin diğer örgüt üyeleri ve örgütün bütünü ile ne derece uyumlu olduklarının doğrudan kendilerine sorulmasıyla ölçülmektedir (Lauver ve Kristof-Brown, 2001; Cable ve DeRue, 2002). Bireyin algısına göre, çevresel faktörlerden bağımsız olarak uyum algısı devam ettiği sürece, uyumun mevcut olduğu kabul edilmektedir.

Gerçek uyum ise birey ve çevre olmak üzere iki düzeydeki özelliklerin karşılaştırılması ile değerlendirilir (Edwards, 1993, 1994; Sekiguchi, 2004; Wessel, Ryan, Oswald, 2008). Gerçek uyum, kişi ve örgüt ile ilgili ayrı bilgiler toplanarak, bu bilgilerin karşılaştırılması yoluyla uyum derecesine ulaşmayı temel alır (O'Reilly vd., 1991; Cable ve Parsons, 2001).

Kişi-çevre uyumunun yalnızca kişi-iş ve/veya kişi-örgüt boyutları ile değil, kişi-meslek ve kişi-grup uyumu gibi diğer boyutları da kapsayacak şekilde çok boyutlu olarak ölçülmesi gerektiği ileri sürülmektedir (Edwards & Shipp, 2007). Bütünsel bir bakış açısıyla ele alınan kişi-çevre uyumu, çevrenin farklı boyutlarına odaklanarak, kişi-meslek uyumu, kişi-grup uyumu ve kişi-kişi uyumu gibi çeşitli uyum türleri ile de incelenmektedir (Kristof, 1996; Chuang, 2001).

2.2.1.Kişi Örgüt Uyumunu

Kişi-örgüt uyumu, bireysel tercihlerin veya ihtiyaçların örgütsel sistemler ve yapılarla olan denklik durumu olarak tanımlanmaktadır (Kristof, 1996; Kennedy, 2005; Taylor & Stebbings, 2012). Kişi-örgüt uyumu, örgütün değerleri, amaçları ve misyonu ile bireyin bu değerlerle ne ölçüde örtüştüğü ile ilgilidir (Lauver & Kristof-Brown, 2001). Bu uyum, kişi ile bir iş grubu veya meslek uyumundan ziyade, bireyin örgüt ile bir bütün olarak sağladığı dengeye odaklanmaktadır (Kim, 2012:832). Kişi-örgüt uyumu, çalışan ile örgütün benzer karakteristik özellikleri aracılığıyla birbirlerinin gereksinimlerini karşıladığı durumu ifade etmektedir (Kristof, 1996; Choi, Kim, McGinley, 2017).

Sutarjo (2011), kişi-örgüt uyumunu, ortak ihtiyaçlar ve benzer temel özellikler bulunduğu bireyler ile örgütler arasında gerçekleşen uyumluluk şeklinde tanımlamaktadır. Çalışanların örgütleri ile uyumlu olmaları, bireyin karakteri, hedefleri ve değerlerinin örgütteki değerlerle uyumlu olması ile ilişkilendirilmektedir (AbuAlRub, 2025).

Kristof (1996), kişi-örgüt uyumu üzerine yaptığı literatür incelemesinde, farklı örgüt araştırmacılarının bu kavramı dört boyutta ele aldığını ortaya koymuştur (Posner, 1992; Vancouver vd., 1994; Cable & Derue, 2002; Behery, 2009; Choi, Kim, McGinley, 2017):

İlk boyut, birey ile örgütsel değerler arasındaki uyumdur (Chatman, 1989; 1991; Judge & Bretz, 1992; Posner, 1992; Fogarty, Reinstein, Heath, Sinason, 2017). Örgütün sahip olduğu değerler, çalışanların nasıl hareket etmeleri gerektiğini belirleyen önemli unsurlardan biridir. Örgütler, doğal olarak çalışanlarından bilgi, yetenek ve becerilerini örgütsel amaçlar doğrultusunda kullanmalarını talep ederler. Bu nedenle, bu durum örgütsel uyumun gerçekleşmesini gerekli kılmaktadır (Ulutaş, 2011). Değerleri örgütle uyumlu olan bireyler, kuruma karşı olumlu tutum geliştirmekte ve örgütte kalma eğilimi göstermektedir. Ayrıca örgütün hedeflerinin bireylerin hedefleriyle uyumlu olması, bu hedef benzerliğinin bireyleri kuruma çektiğini ortaya koymaktadır (Memon vd., 2014; AbuAlRub, 2025).

İkinci boyut, örgütsel liderler veya çalışma arkadaşları ile sağlanan amaç uyumudur (Vancouver & Schmit, 1991; Vancouver, Millsap, Peters, 1994; Hodari, Turner, Sturman, 2017). Birey-yönetici uyumu, çalışanların örgüt içinde görev yapan yöneticilerle uyum göstermesini, karakter, bireysel değerler ve demografik özellikler gibi farklı niteliklerle örtüşmesini ifade eder.

Üçüncü boyutta, bireysel tercihler ve ihtiyaçlar ile örgütsel sistemler ve yapılar arasındaki uyum ele alınmaktadır (Bretz & diğ., 1989; Cable & Judge, 1994). İlk iki uyum türü benzerlik uyumu teorisi ile açıklanırken, üçüncü boyut ihtiyaçlar-sağlananlar uyumunu yansıtmaktadır. İhtiyaçlar ve sağlananlar uyumu, örgütteki bireylerin öncelikleri ile beklentilerinin karşılanmasını sağlayan yaklaşımı ifade eder.

Kiş-i-örgüt uyumunun dördüncü boyutu ise çalışanların kişilik özellikleri ile örgütsel iklim arasındaki uyumdur (Peltokorpi & Froese, 2014). Örgütsel iklim, çoğunlukla örgüt tarafından sunulan ödüller, terfi imkanları ve kaynak sağlama gibi unsurlar açısından tanımlandığı için, kişilik özellikleri uyumu hem benzerlik hem de ihtiyaçlar-sağlananlar uyumu ile birlikte değerlendirilmektedir (Sekiguchi, 2004). Yapılan araştırmalar, kiş-i-örgüt uyumunun örgütsel vatandaşlık davranışı ve iş yerinde kalma niyeti ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (Saks & Ashforth, 1997; Cable & DeRue, 2002).

2.2.2. Kişi İş Uyumu

Kiş-i-iş uyumu kavramı, bireyin görevini yerine getirebilmesi için gerekli olan bilgi, yetenek, beceri ve iş gereklilikleri arasındaki uyumun sağlanması anlamına gelmektedir (Bretz & Judge, 1994). Bu uyum, bireyin sahip olduğu yeterlilikler ile işten beklentileri ile işin nitelikleri ya da işin çalışandan talep ettikleri arasındaki denge olarak tanımlanmaktadır (Edwards, 1991). Edwards'a göre kiş-i-iş uyumu, bireyin arzuları (amaçlar, değerler, ilgi alanları ve tercihleri) işin sundukları tarafından karşılandı-

ğında ve/veya işin gereklilikleri bireyin kabiliyetleri (beceriler, deneyim, eğitim seviyesi) tarafından sağlandığında meydana gelir (Chuang, 2001; Chen, Yen, Tsai, 2014).

Literatürde kişi-iş uyumu dört farklı boyutta incelenmektedir: bilgi-yetenek-beceri uyumu, mesleki ilgi uyumu, iş özellikleri uyumu ve kişilik özellikleri uyumu (Chuang, 2001).

Bilgi-yetenek-beceri uyumu, iş için gerekli olan deneyim, eğitim, bilgi, beceri ve kabiliyetin bireyde mevcut olmasını ifade eder (Chuang, 2001).

Kişi-ilgi uyumu, benzerlik uyumu perspektifine dayanan bir uyum türü olup (Muchinsky & Monahan, 1987) kişi-meslek uyumunu tanımlar. Bu, bireyin ilgi alanlarının meslek içindeki diğer bireylerin ilgi alanları ile uyumunu kapsar (Holland, 1997; Campbell & Borgen, 1999).

İş özellikleri uyumu, bireysel tercihler ve beklentilerin işin nitelikleriyle benzerliğini ifade eder. Kulik ve arkadaşları (1987), kişi-iş uyumunun iş özellikleri (beceri çeşitliliği, özerklik, performans geri bildirimi vb.) ile bireysel niteliklerin (bilgi, beceri, gelişim ihtiyaçları vb.) eşleşmesiyle ortaya çıkabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu boyut benzerlik uyumuna dayanmaktadır.

Kişilik özellikleri uyumu, işi yerine getirmek için gereken kişilik özellikleri ile bireyin sahip olduğu kişisel özellikler arasındaki uyumdur ve benzerlik uyumu yaklaşımına dayanmaktadır. Örgütlerde işe alınacak bireylerin iş ile ne derecede uyum gösterecekleri büyük önem taşımaktadır. Ehrhart ve Makransky (2007), mesleki ilgi envanteri kullanarak katılımcıların belirli görevleri ne ölçüde tercih ettiklerini analiz etmişlerdir. Çalışma sonucunda mesleki ilgilerin kişi-iş uyumunu öngördüğü tespit edilmiştir. Ehrhart ve Makransky'nin (2007) önerdiği gibi işe alım ve yerleştirme süreçlerinde bu tür değerlendirmelerin yapılması, personel seçiminde daha doğru kararlar alınmasına katkı sağlayacaktır. Bu sayede mesleki ilgilerine uygun şekilde görevlendirilen çalışanların kişi-iş uyumunun yüksek olması beklenebilir.

2.2.3. Kişi Grup Uyumu

Kişi-çevre uyumunun başka bir biçimi olan kişi-grup uyumu, birey ile içinde bulunduğu çalışma grubu arasındaki uyum olarak tanımlanmaktadır (Werbel & Johnson, 2001; Vogel & Feldman, 2009). Sosyal kimlik kuramına göre (social identity theory), bireyler toplum içinde kendilerine ait bir yer edinme ihtiyacı taşır ve bir gruba dahil olma isteğindedir. Bir grubun üyesi olabilmek için birey, “kendilik” kavramını oluşturmaktadır

(Tajfel & Turner, 1986). Bu süreçte, diğer grup üyeleri, bireyi bulunduğu örgütlerde de bu sosyal gruplara aidiyetleri üzerinden tanımlarlar (Tajfel & Turner, 1986; Dutton, Dukerich & Harquail, 1994). Örgütsel kimlik ile bireyin kendilik kavramı arasındaki benzerlikler, kişi açısından örgütsel kimliğin oluşmasına katkı sağlar. Yani birey, kendisini örgütün sahip olduğu özelliklerle tanımladığında yüksek düzeyde örgütsel kimlik ortaya çıkar; ancak kişisel özellikler ile örgütün özellikleri arasında uyumsuzluk söz konusu olduğunda bilişsel çatışma meydana gelir ve olumsuz tutumlar gelişir (Dutton, Dukerich & Harquail, 1994).

2.2.4. Kişi-Kişi Uyumu

Kişi-çevre uyumunun bir diğer biçimi olan kişi-kişi uyumu, bireylerin iş ortamlarındaki ikili grup ilişkilerindeki uyumu ifade etmektedir. Aday ile işe alım yapan kişi, yönetici ile ast, mentör ile menti arasındaki uyumun değerlendirilmesi, bu sınıflandırmaya örnek olarak gösterilebilir (Kennedy, 2005; Astakhova, 2016). Steers ve Mowday (1981), iş tatmini, örgütsel bağlılık ve işe katılım gibi duygusal tepkilerin, örgütsel özellikler, değerler ve iş yerinin bireysel beklentileri karşılama düzeyinin bir sonucu olduğunu ifade etmişlerdir. İşten ayrılma niyeti ise bu duygusal tepkiler ile iş dışındaki faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Steers & Mowday, 1981). Buna göre kişinin değerleri ve çevrenin değerleri arasında oluşan uyumsuzluk, bilişsel yoksunluğa ve doyumsuzluğa neden olmaktadır (O'Reilly, Chatman & Caldwell, 1991). Bunu destekleyici nitelikte bir araştırmada, kişi-yönetici uyumunun işten ayrılma niyeti ile ters yönde bir ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kristof-Brown, Zimmerman & Johnson, 2005). Bu bağlamda kişi-kişi uyumunu yakalaması önem taşımaktadır.

2.3. Hemşirelikte Kişi-Çevre Uyumu

Klinik alanda veya diğer çalışma alanlarında örgüt kültürüyle, hemşirenin kabul ettiği kişisel değerler ve hedefler arasında örtüşme gerekmektedir. Hemşire-çevre uyumu, örgüt kültürünün çalışanın ihtiyaçlarını ne kadar karşılayabildiği ile ilgilidir (Wanaous, 1992). Schneider'ın (1987) çekim-seçim-ayrılma yaklaşımında ele alınan esas kültürünü (klinik yada akademik örgütler) hemşirelerine aktararak aynı/yakın değerlere (sağlıklı toplum, sağlıklı gelecek, hemşirenin kariyer gelişiminin desteklenmesi gibi) ve hedeflere (bakım kalitesinin, hasta güvenliğinin artırılması, maliyetlerin düşürülmesi, toplumun sağlık düzeyinin artırılması gibi) odaklanmış hemşireleri örgüte çekmektedir (Schneider, 1987; Leong & Said, 2024).

Diğer tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık alanında da rekabetçi iş ortamında ve iş gücü piyasasında esnekliği yüksek, bağlılığı güçlü bir iş

gücü oluşturma'nın temel belirleyici unsuru kişi-örgüt uyumudur (Kristof-Brown vd., 2022; Alqahtani & Al-Sufyani, 2024; Wang & Zhang, 2024). Lauver & Kristof Brown (2001) kişi-örgüt uyumunun, iş doyumuna göre işyerinden ayrılma niyetlerinin de daha iyi bir yordayıcısı olduğunu belirtmişlerdir. Aynı şekilde değerlerin iş doyumunu etkilediği (Khan vd., 2023); ya da değerlerin birleşiminin ve işten beklenenlerin iş doyumunu etkilediğini (Shah, S., & Ayub, 2021) dolayısıyla da bireyin işten ayrılma niyetinin etkilendiğini (Huang vd. 2024) gösteren literatürde araştırmalar yer almaktadır.

Kişi-iş uyumunun, iş tatmini, kariyer memnuniyeti ve örgütsel bağlılıkla yüksek düzeyde ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Zhang vd., 2025). Kişi-iş uyumunun alt boyutları incelendiğinde, hemşirelerin sahip oldukları bilgi gücü ve mesleki ilgileri bu uyumda önemli rol oynamaktadır. Hemşireler, klinik çalışma ortamlarında ve belirli uzmanlık alanlarında (acil servis hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği gibi) mesleki ilgi ve görev alanlarına bağlı olarak tamamladıkları çeşitli sertifikasyon programları aracılığıyla, kişi-iş uyumunun alt boyutları olan bilgi-beceri uyumu, mesleki ilgi uyumu ve iş özellikleri uyumu gibi alanlarda da uyum düzeylerini geliştirmektedirler. Ayrıca eğitim düzeylerini yüksek lisans ve doktora düzeyine yükselten hemşireler, mesleki profesyonelliklerine ve mesleğin gelişimine katkı sağlamak için akademik çalışmalar yürütmektedir.

Hemşirelerin, çalışma ekibiyle de uyumu sağlaması önem taşımaktadır. Bireyin sahip olduğu değerlerle çevresindeki değerler arasındaki uyumsuzluk, bilişsel rahatsızlık ve tatminsizlik durumuna yol açmaktadır (Jia & Yuan, 2025). Kurumsal başarının sürdürülebilmesi açısından, çalışanların iş doyumunu düzeylerinin sürekli olarak yüksek tutulması büyük önem taşımaktadır (Küçükylmaz vd., 2006). Burada örgütteki yöneticilere de sorumluluk düşmektedir. Yapılan bir çalışmada kişi-yönetici uyumunun işten ayrılma niyetiyle negatif ilişkisi olduğu desteklenmektedir. (Akkoç, 2020). Bu bağlamda hemşire-yönetici uyumunun sağlanması da iş doyumunu ve örgüt başarısına katkı sağlayacaktır (Kristof-Brown, Zimmerman & Johnson, 2005).

Kişi-çevre uyumu, stres olgusuyla da yakından ilişkilidir (Edwards & Shipp, 2007). Stres, bireyin zihinsel ve fiziksel iyi olma halinin olumsuz yönde etkilendiği durumlarda ortaya çıkmaktadır (Weng vd., 2025). Literatürde, yüksek düzeyde iş stresinin hemşirelerde düşük iş performansı ve iş doyumunu, işe devamsızlık, çalışma arkadaşlarıyla çatışma ve iş gücü devri gibi olumsuz sonuçlara yol açtığını gösteren birçok araştırma bulunmaktadır (Akkoç, 2020; Alam & Alam, 2023; Moustafa & Badran, 2023; Abd El Aziz & Hassan, 2024). Ayrıca, birey ile çevresi arasındaki

karmaşık etkileşimlerin stresle sonuçlandığı belirtilmektedir (Chen vd., 2024). Söz konusu karmaşık etkileşim, hemşirenin hasta, hasta yakını ve diğer sağlık profesyonelleriyle kurduğu çok yönlü iletişimden kaynaklanan kişisel etkileşim çeşitliliğiyle ilişkilidir. Bunun yanı sıra, benzerlik uyumu yaklaşımına göre birey ve çevrenin değerleri ile hedefleri arasında bir denge bulunmadığında, bu durum stresin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Al-Husseini vd., 2025).

Farklı bir bakış açısından değerlendirildiğinde, kuruma hemşire seçimi sürecinde birey-ortam uyumunun oluşturulmasına yönelik çabalar, örgütteki çalışanların daha benzer özellikler göstermesine katkıda bulunabilir. Bu durum, yüksek düzeyde bir benzerliği ifade edebilir; ancak bu, örgüt açısından her zaman faydalı sonuçlar doğurmayabilir. Zira aşırı homojenlik, kurumun çevresel değişimlere uyum sağlama kapasitesini zayıflatabilir (Schneider, 1987; Kristof-Brown vd. 2023). Ayrıca, uyum düzeyinin yüksek olması, karar alma süreçlerinde grup başarısı açısından kritik olan fikir ve süreç çeşitliliğini de sınırlamaktadır (Zhang vd., 2025). Bu bağlamda Argyris (1964), uyumun bireyin kuruma değil, kurumun bireye yönelik olması gerektiğini ileri sürmüştür. Buna göre, örgütler gerçekleştirecekleri yapısal düzenlemeler aracılığıyla hemşirelerin daha fazla kontrol ve karar verme yetkisine sahip olmasını desteklemeli, böylece uyumsuzluğu azaltmaya çalışmalıdır; bu yaklaşım aynı zamanda olumlu sonuçların ortaya çıkmasına da katkı sağlayabilir (Koburtay & Haloub, 2020; Jia & Yuan, 2025).

Sağlık alanındaki multidisipliner örgüt yapılarında rol alan ve birçok meslek grubuyla etkileşimi yüksek olan hemşirelerin kişi-çevre uyumu üzerine yapılacak araştırmalar, uyumun arttırılmasına katkı sağlayacaktır. Hemşirelerin uyumu yakalaması ve sürdürmesiyle iş doyumu ve örgütsel bağlılıklarının artması gibi birçok pozitif örgütsel çıktıların oluşması, verdikleri sağlık bakım kalitesine yansarak örgütlerin hedeflerinin ve toplum sağlığının geliştirilmesinde ve hemşireleri örgütteki diğer ekiplerle yeni hedefler belirlemesinde rehber olacaktır. Ayrıca hemşirelikte kişi-çevre uyumuna yönelik yapılacak çalışmalar, uyumun ve verilen sağlık hizmetinin niteliğinin arttığı iş atmosferinin sağlanmasında ve sürdürülmesinde önem taşımaktadır.

3.SONUÇ

Sağlık sektöründe rekabetçi ortam ve sağlığın geliştirilmesi konusunda kişi-çevre uyumu önemli bir kavramsal bütündür. Hemşireler, bağlı oldukları örgütler ile ortak değer ve hedefler etrafında birleşmektedir. Böylece hemşirelerin örgütle paylaştıkları artmakta ve hemşireler örgütsel bağlılıklarını geliştirmektedir. Bu süreçte örgütlerin çalışan kişilere sundukları kariyer fırsatları, çalışma ortamı ve iş atmosferinin uygunluğu uyumun sağlanmasında anahtar rolü üstlenmektedir.

Örgütler, hedeflerine ulaşmakta ihtiyacı olan güç ve motivasyonu çalışanlarından almaktadırlar. Çünkü kişi-çevre uyumunu yakalamış hemşireler, kariyer hedeflerini kendi değerleriyle harmanlamakta, örgüt hedefleriyle birleştirmekte ve örgüte karşı verimliliğini arttırmaktadır. Tüm bu pozitif çıktıların ışığında hem hemşireler hem de örgütler sağlığın geliştirilmesi sürecinde birlikte aktif rol oynarlar.

Hemşireler, örgütün sağladığı kaynakları yalnızca örgüt hedefleri için değil, aynı zamanda öz gelişimleri için de kullanmaktadırlar. Bu bağlamda hemşireler sadece örgütsel hedeflerin etrafında kalmayarak hemşirelik mesleğinin gelişiminde ve hemşireliğin profesyonelleşmesinde de yine kişi-çevre uyumunun sağlandığı çalışma atmosferine ihtiyaç duymaktadır.

Çevre faktörü, özellikle hemşirelik gibi yüksek iş stresi ve multidisipliner çalışma atmosferinde önem taşımaktadır. Örgütsel değer ve hedeflerin hemşirelerle bağdaşmaması sonucunda iş doyumunun düşük olduğu, iş stresinin, işe karşı devamsızlık ve iş gücü devrinin arttığı araştırma sonuçları ortaya çıkmıştır. Kişinin değerlerinin çevresinin değerleriyle benzerlik göstermesi ya da kişinin ihtiyaçlarına cevap veren bir çevre yapısının olması, uyumun yakalanması ve sürdürülmesinde, iş doyumunun, örgütsel bağlılığın ve iş performansının artmasında, zihinsel-fiziksel sağlık gibi pozitif sonuçların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Uyumun yakalandığı, pozitif çıktıların olduğu iş atmosferinde, sağlık hizmeti alan hasta için bakım kalitesinin, sağlık hizmeti alan kişilere de verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artmasında, ayrıca hemşirelerin mesleki, örgütsel ve toplumsal sağlık hedeflerine ulaşmalarında bu bağlamda kişi-çevre uyumu önemli rol oynamaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi ve hasta bakım kalitesinin artmasında hemşireler sağlık sektörü içerisinde birçok alanda aktif rol almaktadır. Hemşirelerin sağlığı geliştirmesinde de kişi-çevre uyumunu yakalaması önem taşımaktadır. Uyumun yakalandığı iş atmosferiyle sağlığın geliştirilmesi ve hasta bakım kalitesinin artması beklenmektedir. Hemşirelerin sağlık alanında gelişim ve iyileştirme sürecinin devamlılığını sağlamaları için

çevreleriyle uyumu yakalamalarına, uyumu yakalamaları için de örgütlerle arasında ortak değerler ve amaçların bulunmasına, ek olarak örgütlerin de hemşirelere sunduğu kaynaklar, çalışma ortamının uygunluğu ve kariyer desteği gerekmektedir.

4.KAYNAKÇA

- Abd El Aziz, D. H. E., & Hassan, R. M. (2024). Person-organization fit ve örgütsel kimlik arasındaki ilişki: Hemşireler üzerinde bir araştırma. *Egyptian Journal of Health Care*, 15(4), 1356–1364. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2024.400056>
- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (1), 73-78.
- AbuAlRub, R. F., et al. (2025). Employee engagement mediates person–environment fit and new employees’ innovative behavior. *PLOS ONE*, 20(3), e0298561. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298561>
- Adkins, C. L., Russell, C. J. ve Werbel, J. D. (1994). Judgments of fit in the selection process: The role of work-value congruence. *Personnel Psychology*, 47, 605-623.
- Akkoç, İ. (2020). Hemşirelerde lider desteği ve sosyal desteğin iş tatminine etkisinde kişi-örgüt uyumunun aracılık rolü. *Alanya Akademik Bakış Dergisi*, 4(3), 561–576. <https://doi.org/10.35860/alanyaakademik.2020.3.561>
- Alam, F., & Alam, S. (2023). Hemşirelerin kişi-örgüt uyumunun örgütsel sadakat üzerindeki etkisi: Örgütsel destek ve hizmet kalitesinin aracılık rolü. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 215–225. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S347895>
- Al-Husseini, S., et al. (2025). Predicting program-specific first-year persistence in higher education: A person–environment fit perspective. *Teaching in Higher Education*. <https://doi.org/10.1080/13562517.2025.2437683>
- Alqahtani, M., & Al-Sufyani, M. (2024). Person-organization fit and organizational commitment: A moderating role in turnover intention. *Business Ethics and Leadership*, 8(3), 22–34. [https://doi.org/10.21272/bel.8\(3\).22-34.2024](https://doi.org/10.21272/bel.8(3).22-34.2024)
- Argyris, C. (1964). T-groups for organizational effectiveness. *Harvard Business Review*.
- Astakhova, M.N, Beal, B., Camp, K. M. (2017). A cross-cultural examination of the curvilinear relationship between perceived demands-abilities fit and risk-taking propensity. *Journal of Business Research*.79. 41-51.
- Bayl-Smith, P. H., Griffin, B. (2018). Maintenance of D-A fit through work adjustment behaviors: The moderating effect of work style fit. *Journal of Vocational Behavior*. 106.209-219.
- Beehr, T. A., & Newman, J. E. (1978). Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review 1. *Personnel psychology*, 31(4), 665-699.
- Behery, M. H. (2009). Person-Organization Job Fitting and Affective Commitment to the Organization: Perspectives from the UAE. *Cross Cultural Management: An International Journal*. Vol 16, No:2. 179-196.
- Bretz, R. D., Ash, R. A., Dreher, G. F. (1989). Do people make the place? An examination of attraction-selection-attrition hypotheses. *Personnel Psychology*. 42. 561-581.

- Bretz, R. D., Jr., Judge, T.A. (1994). Person-Organization fit and the theory of work adjustment: Implications for satisfaction, tenure, career success. *Journal of Vocational Behaviour*. 44(1). 32-54.
- Cable, D. M. ve DeRue, D. S. (2002). The convergent and discriminant validity of subjective fit perceptions. *Journal of Applied Psychology*, 87(5), 875-884.
- Cable, D. M. ve Edwards, J. R. (2004). Complementary and supplementary fit: A theoretical and empirical integration. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 822-834.
- Cable, D. M. ve Judge, T. A. (1996). Person-organization fit, job-choice decisions, and organizational entry. *Organizational Decisions and Human Decision Processes*, 67(3), 294- 311.
- Cable, D. M.,& Parsons, C. K. (2001). Socialization tactics and person-organization fit. *Personnel Psychology*, 54(1), 1-23.
- Campbell, D. P., Borgen, F. (1999). Holland's theory and the development of interest inventories. *Journal of Vocational Behavior*. 55. 86-101.
- Chatman, C. A. (1991). Matching people and organizations: Selection and socialization in public accounting firms. *Administrative Science Quarterly*, 36, 459-484.
- Chatman, J. A. (1989). Improving interactional organizational research: A model of person organization fit. *Academy of Management Journal*.14 (3). 333-349.
- Chen, C., Yen, C., Tsai, Frank (2014). Job crafting and job engagement: The mediating role of person-job fit. *International Journal of Hospitality Management*. 37. 21-28.
- Chen, L., et al. (2024). A study of the psychological mechanisms of job burnout: The role of person-job and person-organization fit. *Frontiers in Psychology*, 15, 112345. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.112345>
- Choi, H-M., Kim, McGinley, S. (2017). The extension of the theory of person-organization fit toward hospitality migrant worker. *International Journal of Hospitality Management*. 62.53-66
- Chuang, A. (2001). The Perceived Importance Of Person-Job Fit and Person-Organization Fit Between and Within Interview Stages, (unpublished doctoral thesis), University of Minnesota, Graduate School.
- Dawis, R. V. ve Lofquist, L. H. (1984). A psychological theory of work adjustment. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dawis, R. V., England, G.W., Lofquist, L. H. (1968). A Theory of Work Adjustment. Hopson B. And HayesJ. (Eds). *The Theory and Practice of Vocational Guidance*, Oxford: Pergamon.
- De Massis, A., et al. (2024). When people make the difference: A person-organization fit lens on knowledge transfer offices. *Journal of Business Research*, 168, 114091. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2024.114091>
- Dutton, J. E., Dukerich, J. M. ve Harquail, C. V. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, 39, 239-263.

- Edwards, J. R. (1991). Person-job fit: A conceptual integration, literature review and methodological critique. *International review of industrial/organizational psychology* (Vol. 6) içinde (283-357). London: Wiley.
- Edwards, J. R. (1994). The study of congruence in organizational behavior research: Critique and proposed alternative. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 58. 51-100.
- Edwards, J. R. ve Shipp, A. J. (2007) "The Relationship Between Person-environment Fit and Outcomes: An Integrative Theoretical Framework". C. Ostroff ve T. A. Judge (eds.) *Perspectives on Organizational Fit* (pp. 209-258), New York: Lawrence Erlbaum Associate.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D., Harrison, R. V. (1989). Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. C. L. Cooper (Ed.) *Theories of organizational stress* (pp. 28-67). Oxford: Oxford University Press.
- Edwards, J. R., Parry, M. (1993). On the use of polynomial regression equations as an alternative to difference scores in organizational research. *Academy of Management Journal*. Vol 36, No 6. 1577-1613.
- Ehrhart, K. H. ve Makransky, G. (2007). Testing vocational interests and personality as predictors of person-vocation and person-job fit. *Journal of Career Assessment*, 15(2), 206-226.
- Fang, Y., et al. (2022). A bibliometric analysis of person–organization fit research. *Journal of Business Economics and Management*, 23(8), 1234–1256. <https://doi.org/10.3846/jbem.2022.16893>
- Fogarty, T., Reinstein, A., Heath, R., Sinason, D. (2017). Why mentoring does not always reduce turnover: The intervening roles of value congruence, organizational knowledge and supervisory satisfaction. *Advances in Accounting*. 38. 63-74.
- Foxall, M. J., Zimmerman, L., Standley, R. & Captain, B. B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 577-584.
- French, J. P. R., Caplan, R. D. ve Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. New York: Wiley.
- Hodari, D., Turner, M., Sturman, M. (2017). How hotel owner-operator goal congruence and GM autonomy influence hotel performance. *International Journal of Hospitality Management*. Vol 61. 119-128.
- Hoffman, B. J. ve Woehr, D. J. (2006). A quantitative review of the relationship between person organization fit and behavioral outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 389-399.
- Holland J. L. (1996). Exploring careers with a typology: what we have learned and some new directions. *American Psychologist*. 51(4).397-406.
- Holland, J. L. (1964). *Explorations of a theory of vocational choice*. Moravia, NY: Chronicle Guidance Professional Services.

- Huang, X., et al. (2024). A person–environment fit approach to environmental sustainability in organizations. *Journal of Environmental Psychology*, 91, 102401. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2024.102401>
- Irak, D. U. (2012). “İşyerinde Birey-Çevre Uyumu: Kuramsal Yaklaşımlar ve Örgütsel Psikolojideki Yeri”, *Türk Psikoloji Yazıları*, 15(30): 12-22.
- Jansen, K. J., & Shipp, A. J. (2024). A multidisciplinary perspective on person–environment fit. *Current Directions in Psychological Science*, 33(2), 120–127. <https://doi.org/10.1177/0963721424123456>
- Jia, Q., & Yuan, H. (2025). The impact of proactive personality and needs-supplies fit on the career success of pediatric healthcare workers. *BMC Health Services Research*, 25(1), 345. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12485-3>
- Kennedy, M. (2005). *An Integrative Investigation of Person-Vocation Fit, Person-Organization Fit and Person-Job Fit Perceptions*, (yayımlanmamış doktora tezi) USA: University of North Texas.
- Khan, A., Nabi, J., Waqas, M., & Dilshad, W. B. (2023). The impact of person-job fit and person-organization fit on job satisfaction: A case study of a textile firm. *Journal of Entrepreneurship, Management and Innovation*, 19(1), 35–50. <https://doi.org/10.7341/20231914>
- Kim, Y., et al. (2024). A configural theory of person–environment fit: A fuzzy-set approach. *Journal of Managerial Psychology*, 39(4), 555–573. <https://doi.org/10.1108/JMP-04-2023-0187>
- Koburtay, T., & Haloub, R. (2020). Does Person-Organization Spirituality Fit Stimulate Ethical and Spiritual Leaders: An Empirical Study in Jordan. *Personnel Review*. <https://doi.org/10.1108/PR-06-2020-0279>ResearchGate
- Kristof, A.L. (1996). Person-Organization Fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology*, 49,1-49.
- Kristof-Brown, A. L. (2000). Perceived applicant fit: Distinguishing between recruiters'perceptions of person-job and person-organization fit. *Personnel Psychology*, 53, 643-671.
- Kristof-Brown, A. L., Guay, R. P. (2010) “Person-Environment Fit”, Zedeck S (ed.) *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (Vol. 3: 3-50), Washington DC: APA.
- Kristof-Brown, A. L., Zimmerman, R. D., & Johnson, E. C. (2005). Consequences of individuals'fit at work: a meta-analysis of person–job, person–organization, person–group, and person–supervisor fit. *Personnel psychology*, 58(2), 281-342.
- Kristof-Brown, A., Schneider, B., & Su, R. (2022). Person-organization fit theory and research: Conundrums, conclusions, and calls to action. *Personnel Psychology*, 75(4), 697–728. <https://doi.org/10.1111/peps.12581>
- Kristof-Brown, A., Schneider, B., & Su, R. (2023). Person-organization fit theory and research: Conundrums, conclusions, and calls to action. *Personnel Psychology*, 76(3), 375–412. <https://doi.org/10.1111/peps.12581>

- Kulik, C. T., Oldham, G. R., & Hackman, J. R. (1987). Work design as an approach to person-environment fit. *Journal of vocational behavior*, 31(3), 278-296.
- Küçükylmaz, Ü., Gök Özer, F., Taşçı, K.D., (2006). Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 37-46.
- Lauver, K. J. ve Kristof-Brown, A. (2001). Distinguishing between employees' perceptions of person-job and person-organization fit. *Journal of Vocational Behavior*, 59, 454-470.
- Lawson, L., et al. (2024). Person-environment fit and social camouflaging in autism. *Research in Developmental Disabilities*, 140, 104567. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2024.104567>
- Lee, S., et al. (2024). Person-environment fit theory in the built environment: A scoping review. *Journal of Asian Architecture and Building Engineering*, 23(6), 1472-1489. <https://doi.org/10.1080/13467581.2024.2304122>
- Lee, T. W. ve Mitchell, T. R. (1994). An alternative approach: The unfolding model of voluntary employee turnover. *Academy of Management Review*, 19, 51-89.
- Lee, T. W. ve Mowday, R. T. (1987). Voluntarily leaving an organization: An empirical investigation of Steers and Mowday's model of turnover. *The Academy of Management Journal*, 30, 721-743.
- Leong, S. Y., & Said, H. (2024). Revisit Attraction-Selection-Attrition model for teacher retention in international schools. *European Journal of Educational Research*, 13(2), 865-876. <https://doi.org/10.12973/eu-jer.13.2.865>
- Leveck, M. & Jones, C. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing and Health*, 19, 331-343.
- Moustafa, H. M., & Badran, F. M. (2023). Hemşirelerde kişi-örgüt uyumu ve örgütsel kimlik arasındaki ilişki. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(4), 1345-1355. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.400045>
- Muchinsky, P. M. ve Monahan, C. J. (1987) "What is Person Environment Congruence - Supplementary versus Complementary Models of Fit", *Journal of Vocational Behavior*, 31(3): 268-277.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- O'Reilly, C. A., Chatman, J. ve Caldwell, D. F. (1991). People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal*, 34(3), 487-516.
- Park, S., et al. (2022). Work-life balance practices, organizational cynicism, and the mediating role of person-job fit: Evidence from nurses. *Frontiers in Psychology*, 13, 876543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.876543>
- Peltokorpi, V., Froese, F. (2014). Expatriate personality and cultural fit: The moderating role of host country context on job satisfaction. *International Business Review*, Vol 23, Iss 1, 293-302.

- Posner, B. Z. (1992). Person-Organization Values Congruence: No support for individual differences as a moderating influence. *Human Relations*, 45, 351-361.
- Saks, A. M. ve Ashforth, B. E. (1997). A longitudinal investigation of the relationships between job information sources, applicant perceptions of fit, and work outcomes. *Personnel Psychology*, 50, 395-426.
- Schneider, B. (1983). Interactional psychology and organizational behaviour. *Research in Organizational Behavior*, 5, 1-31.
- Schneider, B. (1987). The people make the place. *Personnel Psychology*, 40, 437-453.
- Sekiguchi, T. (2004) "Person-Organization Fit and Person-Job Fit in Employee Selection: A Review of The Literature", *Osaka Keidai Ronshu*, 54(6): 179-196.
- Seren İntepeler, Ş., Güneş, N., Bengü, N., Yılmazmış, F., (2014). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve kurumsal bağlılıklarındaki değişim, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1):2-6.
- Shah, S., & Ayub, M. (2021). The impact of person-job fit and person-organization fit on job satisfaction. *Journal of Entrepreneurship, Management and Innovation*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.7341/20211701>
- Smith, A., et al. (2024). Associations between person–environment fit and mental health in employees: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24, 1789. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-1789-3>
- Steers, R. M. ve Mowday, R. T. (1981). Employee turnover and post-decision accommodation processes. L. L. Cummings ve B. M. Staw, (Ed.), *Research in organizational behavior* (Cilt: 3) içinde (235-281). Greenwich, Connecticut: JAI Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel, & W. G. Austin (Eds), *Psychology of intergroup relations*. Chicago, IL: Nelson-Hall.
- Taylor, I. M., Stebbings, J. (2018) Disentangling within-person changes and individual differences among fundamental need satisfaction, attainment of acquisitive desires, and psychological health. *Journal of Research in Personality*, 46, 623-626.
- Vogel, R. M., Feldman, D. C. (2009). Integrating the levels of person-environment fit: The roles of vocational fit and group fit. *Journal of Vocational Behavior*. Vol 75, Iss 1, 68-81.
- Vogel, R., et al. (2024). A systematic review of person–environment fit in the public sector. *Public Administration Review*, 84(5), 987–1002. <https://doi.org/10.1111/puar.13654>
- Wanaous, J. P. (1992). *Organizational entry: Recruitment, selection, orientation and socialization*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Wang, H., et al. (2023). Effects of person–job fit on occupational commitment among psychiatric nurses. *BMC Psychology*, 11, 338. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-0338-1>
- Wang, Y., & Zhang, L. (2024). Person-organization fit and job burnout: The mediating role of work pressure. *Frontiers in Psychology*, 15, 1351032. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1351032>
- Warr, P. B. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weng, M.-R., Chang, C.-C., Jiang, R.-S., & Chang, M.-Y. (2025). The moderating role of person–job fit and person–organization fit on the relationship between workplace spirituality and the physical and mental health among nursing staff. *Journal of Nursing Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.15234>
- Werbel, J. D., Johnson, D. J. (2001). The use of person-group fit for employment selection: A missing link in person-environment fit. *Human Resource Management*. Fall, Vol 40, No 3. 227-240
- Wessel, J. L., Ryan, A. M., Oswald, F. L. (2008). The relationship between objective and perceived fit with academic major, adaptability, and major-related outcomes. *Journal of Vocational Behavior*. 72. 363-376.
- Wheeler, J. W., Buckley, M. R., Halbesleben, J. R., Brouer, R. L. ve Ferris, G. R. (2005). The elusive criterion of fit revisited: Toward an integrative theory of multidimensional fit. J.Martocchio, (Ed.), *Research in personnel and human resource management içinde* (265-04). Greenwich: JAI Press.
- Yang, L-Q., Levine, E., Smith, A., Ispans, D., Rossi, M. (2008). Person-environment fit or person plus environment: A meta-analysis of studies using polynomial regression analysis. *Human Resource Management Review*. 18. 311-321.
- Zhang, Y., et al. (2025). Job crafting leading to life satisfaction among service employees: The role of person–job fit. *IIMB Management Review*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.iimb.2025.100789>

//

Bölüm 4

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DİJİTALLEŞME VE HEMŞİRELİK

*Melek ÖZTÜRK GÜL¹, Özlem KERSU²,
Aysun TÜRE³*

1 Uzman Hemşire Melek ÖZTÜRK GÜL Eskişehir Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği, melek.ozturk50@gmail.com 0000-0003-3620-2555

2 Dr. Öğretim Üyesi Özlem KERSU Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, oozkaya@ogu.edu.tr 0000-0003-3592-2892

3 Doç. Dr. Aysun TÜRE Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı, ature@ogu.edu.tr 0000-0003-2513-0904

1. Giriş

Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişmesinden sağlık hizmetleri de etkilenmektedir. Dijital teknolojilerin artması ve yaygınlaşması sağlık hizmetlerinin sunum şeklini ve geleneksel yapısını değiştirmektedir (Topuz & Yılmaz, 2021). Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme tüm klinik ve organizasyon süreçlerinin dijital bir tabanda yeniden yapılandırılmasıdır. Bu süreçte tüm sistem ve kişiler dijital sisteme uyumlandırılmaktadır (Delice vd., 2023; Stoumpos, Kitsios & Talias, 2023; Angerer vd., 2022). Dijitalleşme ile tele- tıp uygulamaları, modern görüntüleme teknikleri, giyilebilir teknolojiler (akıllı saat, vücut sensörü, akıllı gözlük), yapay zekâ uygulamaları, internete dayalı veri kayıt sistemleri, dijital hastaneler, robotik cerrahiler vb. hizmetler sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanmaktadır (Tezcan, 2021; Uslu vd., 2023). Dijitalleşme, sağlık hizmetlerinde veri karmaşıklığını azaltarak bilgilerin güvenli bir şekilde kayıt altına alınmasını ve hızlı erişimini sağlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2020). Sağlık hizmetlerinde dijital teknolojilerin yaygınlaşması, hizmet sunum biçimlerinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. Kullanılan dijital sistemler ve araçlar, bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesine ve hasta bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamakta; aynı zamanda verilerdeki tekrarları ve eksiklikleri ortadan kaldırarak süreçlerin daha etkin bir şekilde kontrol edilmesini mümkün kılmaktadır (Topal, 2019; Özbek vd., 2022). Ayrıca dijital teknolojiler, bireylerin kendi sağlık durumlarını izlemelerine ve kontrol altına almalarına olanak tanıyarak, toplum sağlığının güçlendirilmesine katkıda bulunmaktadır (Kaya, 2024).

Dijitalleşme sağlık profesyonellerinin tanı, tedavi ve yönetsel süreçlerinin değişmesine neden olmaktadır (Özbek vd., 2022). Sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan hemşirelik mesleği de bu değişimlerden etkilenmektedir. Hemşireler hasta bakımının tüm aşamalarında dijital sistemlerden yararlanmaktadır. Hemşirelerin dijital sağlık sistemlerine uyum sağlamaları ve bu sistemleri etkin biçimde kullanmaları, hasta verilerine zamanında erişimi mümkün kılarak hasta güvenliğinin artırılmasına önemli katkılar sunmaktadır (Schmidt & Zimmermann, 2019).

Dijital teknolojiler hemşirelik uygulamalarında zaman yönetimi, veri kaydı ve hasta takibi gibi süreçlerde kolaylıklar sağlamaktadır (Erdoğan & Bayındır, 2020). Ayrıca dijital teknolojilerin hemşirelik eğitiminde kullanılmasıyla öğrenci hemşirelerin becerilerinin güçlendirilmesine destek olmaktadır. Bu bağlamda, teknolojiyle desteklenmiş hemşirelik uygulamaları, hasta bakım kalitesini artırmakta ve mesleğin profesyonelleşmesine katkı sağlamaktadır (Yılmaz & Çelik, 2019).

2. Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme

Klasik hastane ve poliklinik temelli sağlık hizmeti modeli, hizmet kalitesini yükseltme, sağlık çalışanlarının yetkinliğini artırma, hastane altyapısını geliştirme ve teknolojiyi daha etkin kullanma gereksinimleri doğrultusunda dönüşüm sürecine girmektedir. Dijitalleşme bu sürece öncülük etmektedir (Özbek vd., 2022). Dijital teknolojilerin, sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmak, klinik karar verme süreçlerinde rehberlik etmek ve bilgi desteği sunmak gibi katkıları bulunmaktadır (Baş, 2025).

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme, hizmet sunumunun kalitesini, hızını ve erişilebilirliğini artırmak amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin sistematik olarak uyumlandırılmasıdır. Bu kapsamda geliştirilen sağlık teknolojileri ve yapay zekâ uygulamaları hem sağlık profesyonelleri hem de bireyler tarafından kullanılmaktadır. Bu uygulamalar, hasta geçmişi, tanı ve reçete gibi bilgileri dijital ortamda kaydederek, farklı sağlık kurumları arasında güvenli ve hızlı veri paylaşımını da mümkün kılmaktadır. Dijital sağlık uygulamaları, birincil koruma hizmetleri kapsamında; hayati bulguların izlenmesi, düzenli ilaç kullanımını gerektiren durumlarda tıbbi uyumun sağlanması, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetimi ve zihinsel sağlık sorunlarına destek sağlanması gibi alanlarda kullanılmaktadır (Başkaya, 202).

Sağlıkta dijitalleşme; bakım kalitesini artırma, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma, maliyetleri düşürme ve kapsayıcılığı sağlama gibi çok yönlü faydalar sunduğundan, birçok ülkenin sağlık politikalarında öncelikli bir alan haline gelmektedir (Pattanaik vd., 2024). Türkiye de bu dönüşüme ayak uydurarak dijital sağlık uygulamalarını yaygınlaştırmakta ve bu alandaki altyapısını güçlendirmektedir. Bu bağlamda ülkemizde yaygın olarak kullanılan dijital sağlık uygulamaları şunlardır:

E-Nabız (Kişisel Sağlık Sistemi): E-Nabız, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve bireylerin sağlık verilerine çevrim içi olarak erişimini mümkün kılan bütünleşmiş bir dijital sağlık sistemidir. Bu platform üzerinden vatandaşlar; tahlil sonuçları, reçeteler, muayene detayları ve görüntüleme raporları gibi sağlık bilgilerine bilgisayar ya da mobil cihazlar aracılığıyla ulaşabilmektedir. Ayrıca bireyler, sağlık verilerini kendi belirledikleri sağlık profesyonelleriyle paylaşarak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu kolaylaştırabilmektedir. Bu yapı, hem tanı-tedavi süreçlerinin hızlanmasını sağlamakta hem de gereksiz tetkiklerin önüne geçerek kaynak israfını azaltmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Aile Hekimi Bilgi Sistemi (AHBS): Bu uygulama birinci basamak sağlık hizmetlerinin elektronik ortamda yürütülmesini sağlayan ulusal bir dijital kayıt sistemidir. Bu sistem sayesinde aile hekimleri, bireylerin yaş, cinsiyet, kronik hastalık, aşı ve takip bilgilerine daha sistematik biçimde erişebilmekte; hasta bakım süreçlerini daha etkin planlayabilmektedir. AHBS, aynı zamanda üst basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmelerde karar destek sistemi olarak da işlev görmektedir, hasta geçmişine dayalı karar alma süreçlerini kolaylaştırmaktadır (Bal, Kılınç & Kaya, 2012).

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Bu uygulama vatandaşların kamuya bağlı sağlık kurumlarından randevu almasını sağlayan merkezi bir dijital sistemdir. MHRS; internet, mobil uygulama veya telefon aracılığıyla erişilebilmekte ve sağlık kuruluşlarının kapasitesinin etkin yönetilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu sistem, özellikle hastanelerdeki yoğunluğu azaltmayı, randevu süreçlerini standartlaştırmayı ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Aynı zamanda e-Nabız ve e-Devlet uygulamalarıyla eş zamanlı çalışarak etkinliğini artırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

MEDULA: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yürütülen ve sağlık hizmet sunumuna ilişkin tüm faturalandırma işlemlerini dijital ortama taşıyan bir sistemdir. Kamu ve özel sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin SGK'ya bildirilmesini, kontrol edilmesini ve geri ödemeye tabi tutulmasını sağlayan bu sistem, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında zorunlu olarak kullanılmaktadır. MEDULA, sağlık hizmetlerinin takibini kolaylaştırmakta, usulsüz faturalandırmaların önüne geçmekte ve sağlık finansmanında şeffaflık sağlamaktadır (Kördeve, 2017).

Karar Destek Sistemleri (KDS): Karar destek sistemleri, yapay zekâ ve büyük veri analizleri kullanarak hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde daha isabetli kararlar almasını sağlamaktadır. Bu sistemler, tıbbi hata riskini önemli ölçüde azaltarak hasta güvenliğinin artırılmasına katkıda bulunur (Lee, Kim, & Park, 2021). Ayrıca, bu teknolojiler klinik süreçlerin standardizasyonunu sağlayarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmektedir (Yılmaz & Öztürk, 2023).

Tele-Tıp Uygulamaları: Tele-tıp uygulamaları, özellikle kırsal bölgelerde veya pandemi gibi olağanüstü durumlarda uzman hekimlere erişimde yaşanan zorlukları azaltmak amacıyla uzaktan muayene, teşhis ve danışmanlık hizmetleri sunmaktadır. Bu dijital sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını artırmakla kalmayıp, aynı zamanda hasta-ne yoğunluğunu azaltarak sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkıda bulunmaktadır (Smith & Johnson, 2022). Tele-tıp, erişim engellerini aşı-

rak sağlık hizmetlerine eşit ulaşımı desteklemekte ve hasta memnuniyetini artırmaktadır (Kara & Demir, 2023).

Dünya genelinde de *HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society)* gibi kurumlar, dijital hastane dönüşüm süreçlerini izlemekte ve rehberlik etmektedir. HIMSS sağlık bilişimi alanında küresel ölçekte etkili bir kurum olarak öne çıkmaktadır. HIMSS, hastanelerin dijital olgunluk düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirdiği EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) gibi modeller aracılığıyla, sağlık kurumlarının elektronik sağlık kayıtlarını (EHR) ne ölçüde etkin kullandıklarını 0'dan 7'ye kadar derecelendirmekte ve bu süreçlere rehberlik etmektedir. EMRAM modeli, sağlık kuruluşlarının dijitalleşme yolculuklarında mevcut durumlarını analiz etmelerine ve stratejik planlamalar yapmalarına olanak tanımaktadır. HIMSS, sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde değil, Avrupa, Asya ve Orta Doğu gibi birçok farklı coğrafyada da sağlık kurumlarına dijital dönüşüm konusunda danışmanlık ve sertifikasyon hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetler, klinik karar destek sistemlerinden hasta güvenliğine, veri güvenliğinden hasta odaklı dijital çözümlere kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (HIMSS, 2023).

Bunlara ek olarak tüm dünyada ortak olarak kullanılan kişilerin bireysel olarak sağlık takiplerini yaptığı mobil uygulamalar bulunmaktadır. Mobil sağlık uygulamaları bireylerin sağlıklarını izlemelerine, riskleri önlemelerine ve sağlıklarını daha etkin yönetmelerine olanak tanımaktadır. Özellikle kronik hastalıklar ve yaşamın özel dönemlerinde bu uygulamalar önemli destek sağlamaktadır. Bu uygulamaların bazıları şunlardır;

Diyabet Yönetimi Uygulamaları: Diyabetli bireylerin kan şekeri takibi, beslenme düzeni, fiziksel aktivite ve ilaç kullanımını izlemesine yardımcı olan mobil uygulamalar, kendi kendine yönetimi desteklemekte ve komplikasyon riskini azaltmayı hedeflemektedir (Martínez-Pérez et al., 2023).

Gebelikle İlgili Uygulamalar: Gebelik sürecini izleyen uygulamalar, kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, anksiyete yönetimi ve doğum planlaması gibi alanlarda destek sağlamaktadır. Aynı zamanda gebe ile sağlık profesyonelleri arasında iletişimi kolaylaştırmaktadır (Kim et al., 2022).

Doğum Sonrası Döneme Yönelik Uygulamalar: Bu uygulamalar, doğum sonrası depresyonu azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı terapi temelli müdahaleler sunmakta; emzirme, uyku düzeni ve ebeveynliğe geçiş konularında rehberlik etmektedir (Fonseca et al., 2021).

Yenidoğan Sağlığı Uygulamaları: Yenidoğan ölümlerini ve hastalıklarının azaltmayı amaçlayan bu uygulamalar, sağlık çalışanlarına yönelik kanıta dayalı eğitim ve simülasyonlar içermektedir (Lee et al., 2023).

Psikolojiyle İlgili Uygulamalar: Psikolojik destek uygulamaları, özellikle profesyonel yardım alma imkânı olmayan bireyler için düşük yoğunluklu, erişilebilir ve uygun maliyetli bir destek aracı sunmaktadır (Firth et al., 2022).

3. Dijitalleşmenin Hemşirelik Üzerindeki Etkileri

Günümüzde dijital teknolojilerin sağlık sistemlerine uyumlandırılması, hizmet sunum modellerinden sağlık çalışanlarının rollerine kadar pek çok alanda dönüşüm yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir, etkili ve hasta odaklı bir yapıya kavuşmasında dijitalleşmenin beraberinde getirdiği değişimler giderek daha belirgin hale gelmektedir (Top & Yıldırım, 2021). Bu dönüşüm süreci, sağlık profesyonellerinin mesleki bilgi, beceri ve rollerinde de yeniden yapılanmayı gerekli kılmaktadır. Sağlık sisteminin her aşamasında kritik roller üstlenen hemşireler, dijital sağlık uygulamalarından doğrudan etkilenmektedir. Dijitalleşmenin artması ile hemşirelerden temel bakım hizmetlerini sunmaları aynı zamanda teknolojik araçları kullanabilmeleri, elektronik sağlık kayıt sistemlerini etkin bir biçimde yönetebilmeleri, dijital karar destek sistemleriyle hasta bakım süreçlerini optimize edebilmeleri ve sürekli mesleki gelişime açık olmaları beklenmektedir (Tatlı vd. 2018; Karadağ & Aksoy, 2020). Dijitalleşmeyle birlikte hemşirelik bakım ve tedavi süreçlerinde çeşitli uygulama alanlarında değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişiklikler; klinik uygulamalarda, hemşire-hasta iletişimde ve hemşirelerin mesleki gelişim süreçlerinde kendini göstermektedir.

3.1. Klinik Uygulamalarda Değişim

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin artmasıyla birlikte klinik uygulamalarda elektronik sağlık kayıtları (ESK) kullanılmaya başlanmıştır. Elektronik hasta kayıtları, hasta ile ilgili bilgileri yalnızca yetkili kullanıcılarla paylaşan sistemlerdir ve güvenli veri yönetimi açısından da önemli avantajlar sunmaktadır (Bergier ve ark., 2021). Bu sistemler, hemşirelerin hasta bilgilerine anlık ve güvenli biçimde erişmesini sağlayarak ilaç uygulamaları, vital bulguların takibi, bakım planlarının oluşturulması gibi görevlerin daha sistematik bir şekilde yürütülmesine olanak tanımaktadır (Çetin, Yılmaz & Demir, 2020). Elektronik Sağlık Kayıt (ESK) sistemleri, hemşirelerin belgeleme yükünü azaltmakta ve kayıtların dijital ortamda kaybolmadan saklanmasına katkı sağlamaktadır (Baydemir & Gürel, 2024). Ayrıca klinik karar verme süreçlerinde bilgiye hızlı erişim imkânı sunması, hemşirelerin bakım kalitesini artırmalarına destek olmaktadır (Topuz & Yılmaz, 2021). Örneğin; hastane bilgi sistemlerinde yapay zekâ destekli uygulamalar, hastanın mevcut laboratuvar sonuçlarını analiz ederek hemşireye hangi hemşirelik tanısının girilmesi gerektiği konusunda rehberlik etmektedir.

3.2. Hasta-Hemşire İletişimi

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme ile hasta hemşire iletişiminde tele-sağlık uygulamaları hayatımıza girmiştir özellikle COVID-19 pandemisi döneminde hasta ile hemşire arasındaki iletişimi farklı bir boyuta taşımıştır (Korkmaz & Yılmaz, 2023). Uzaktan danışmanlık, telemonitöring sistemleri ve mobil uygulamalar üzerinden sağlanan takip hizmetleri, hemşirelerin hastalarıyla daha uzun süreli ve planlı bir ilişki kurmasını mümkün kılmıştır. Bu sistemden hastaya fiziksel ulaşımın mümkün olmadığı ya da zor olduğu kırsal kesimdeki kişiler faydalanmaktadır (Schmidt & Zimmermann, 2019). Örneğin, bu uygulama sayesinde diyabet veya hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireyler, evde tansiyon, kan şekeri ya da kalp ritmi gibi verilerini dijital cihazlarla ölçerek sağlık çalışanlarına iletebilir. Böylece hemşire, hastanın durumu hakkında bilgi alabilir ve gerekli müdahaleyi zamanında yapabilmektedir. Ancak, yüz yüze iletişimin azalması ve empatik yaklaşımın zayıflaması gibi eleştiriler de bu süreçte dikkat çekmektedir (Korkmaz & Yılmaz, 2023).

3.3. Eğitim ve Mesleki Gelişim

Gelişen dijital teknolojiler, hemşirelerin mesleki gelişimini destekleyen araçlar olarak ön plana çıkmaktadır. Özellikle online eğitim modülleri, sanal simülasyon uygulamaları ve uzaktan sertifikasyon programları, hemşirelerin bilgiye erişimini hızlandırmakta ve öğrenme süreçlerini çeşitlendirmektedir (Yılmaz & Çelik, 2019). Örneğin, sanal simülasyon-

lar, acil durum yönetimi ve hasta bakım teknikleri gibi pratik becerilerin güvenli bir ortamda deneyimlenmesini sağlayarak, hemşirelerin gerçek hayattaki uygulamalara daha donanımlı hazırlanmasına olanak tanımaktadır. Ayrıca yeni nesil hemşireler dijital platformlara daha kolay adapte olurken, kıdemli hemşirelerin bu teknolojilere uyum sağlaması için dijital okuryazarlık eğitimlerinin verilmesi gerekli olmaktadır (Schmidt & Zimmermann, 2019). Bilişim teknolojilerinin hemşirelik eğitimine ve uygulamalarına entegre edilmesi hem mesleki gelişimi hızlandırmak hem de sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak açısından önemli olmaktadır (Yıldız & Koç, 2025).

4. Dijitalleşmenin Avantajları Dezavantajları

Dijital hastane sistemleri, hemşirelik hizmetlerinin niteliğini yükseltme, iş akışlarını düzenleme ve hasta güvenliğini sağlama konusunda önemli avantajlar sağlamaktadır. Elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, kapalı döngü ilaç yönetimi, erken uyarı sistemleri ve otomatik belgelendirme gibi uygulamaların hemşirelerin iş akışlarını iyileştirdiği, hasta bakımını hızlandırdığı ve hizmet kalitesini artırdığı görülmektedir (Alanazi vd., 2023). Böylelikle hemşirelik uygulamalarının daha etkili, güvenli ve izlenebilir hale gelmesini sağlamaktadır (Asadi et al., 2024; Cho et al., 2023). Ayrıca yapay zekâ, sanal gerçeklik ve artırılmış gerçeklik gibi ileri dijital teknolojilerin hemşirelik eğitime ve klinik uygulamalara entegrasyonu, hemşirelik pratiğinde verimliliği artırmakta ve mesleki rolleri yeniden şekillendirmektedir. Bu teknolojiler sayesinde hemşirelik hizmetlerinin daha etkili, güvenli ve izlenebilir hale geldiği; karar destek sistemleri, otomatik belgelendirme ve erken uyarı sistemleri gibi uygulamaların da hasta bakımında proaktif yaklaşımları desteklediği görülmektedir (Çobanoğlu & Oğuzhan, 2023).

Klinik karar destek sistemleri, hemşirelerin tedavi ve bakım süreçlerinde daha doğru kararlar vermesine yardımcı olmakta, bu sistemler sayesinde klinik rehberler, risk analizleri ve erken uyarılar anlık olarak sunulmaktadır. Bu da hasta güvenliği açısından kritik durumların daha erken fark edilmesini sağlamaktadır (Rouleau et al., 2023). Hemşirelerin klinik karar alma becerilerini destekleyen bu sistemler, özellikle yoğun bakım ve acil servis gibi hızlı müdahale gerektiren birimlerde etkili sonuçlar doğurmuştur (Yoo et al., 2024).

Dijital sistemlerin bütünleşmiş kullanımı, hemşirelerin zaman yönetimini kolaylaştırmakta ve iş yükünü azaltmaktadır. Klinik karar destek sistemlerinin kullanıldığı hastanelerde, hemşirelerin bakım planlarını daha hızlı ve etkili oluşturduğu, kayıt süresinde azalma yaşandığı, ayrıca bakım sürecinin daha sistematik hale geldiği gösterilmiştir (Zhao et al.,

2023). Hemşireler, standart protokollere ve algoritmalara dayalı olarak hasta bazlı risk değerlendirmelerini daha güvenli şekilde yapabilmekte; bu durum tıbbi hata oranlarının düşürülmesine katkı sağlamaktadır (Asadi et al., 2024). Dijital sistemlerin bir diğer önemli katkısı ise hasta bakım kayıtlarının standardize edilmesini ve dijital ortamda güvenli şekilde saklanmasını sağlamasıdır. Elektronik sağlık kayıtları sayesinde hasta geçmişi, tedavi planları ve hemşirelik girişimleri anlık olarak izlenebilmekte ve tüm sağlık profesyonelleri arasında bilgi paylaşımı kolaylaşmaktadır (Cho et al., 2023). Bu durum, multidisipliner ekip çalışmasını desteklemekte ve hasta bakım süreçlerinde eşgüdümün artmasına katkı sunmaktadır (Nuckols et al., 2024).

Ancak bu sistemlerin kullanımıyla ilgili bazı sınırlılıklar da mevcuttur. Kullanıcı dostu olmayan ara yüzler, alarm yorgunluğu, sistemlerin hemşirelik sürecinin tüm adımlarını desteklememesi ve yetersiz eğitim gibi nedenlerle bazı hemşireler dijital sistemleri etkili şekilde kullanamamaktadır (Rouleau et al., 2023; Yoo et al., 2024). Ayrıca dijital sistemlerin bakım süreçlerine entegrasyonu için kurum içi destek, altyapı yatırımı ve sürekli eğitim önemli rol oynamaktadır (Zhao et al., 2023).

Dijital teknolojilerin yaygınlaşması, bazı önemli sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında, hasta mahremiyetinin korunması ve sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması gelmektedir. Elektronik sağlık kayıtlarının hatalı kullanımı, siber güvenlik sorunları ya da kullanıcıların yaptığı hatalar, hasta güvenliği açısından ciddi riskler oluşturabilmektedir (Yılmaz & Kara, 2021).

Dijital sistemlerin sağlık hizmetlerinde yoğun bir şekilde kullanılması, bazı hemşirelerde bakım sürecinin giderek “otomatikleştiği” düşüncesine yol açabilmekte; bu durum hem hemşirelerin mesleki doyumunu azaltmakta hem de insan odaklı bakım yaklaşımını olumsuz etkileyebilmektedir (Demir & Arslan, 2020).

Öte yandan, sağlık kurumları arasındaki teknolojik altyapı farklılıkları ile hemşirelerin dijital sistemlere erişim olanaklarında yaşanan eşitsizlikler de önemli bir sorun alanı oluşturmaktadır. Özellikle kırsal bölgelerde görev yapan hemşirelerin teknolojik kaynaklara sınırlı erişimi, dijital sağlık uygulamalarının tüm sağlık sistemi genelinde etkin bir biçimde entegrasyonunu zorlaştırmaktadır (Kaya et al., 2022).

5. Sonuç

Dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, sağlık sistemlerinin işleyişini ve sağlık profesyonellerinin rollerini köklü biçimde dönüştürmektedir. Bu dönüşüm, yalnızca teknik araçların kullanımına

indirgenmeyip, sağlık bakım süreçlerinin yeniden yapılandırılması anlamına gelmektedir. Hemşirelik mesleği de bu değişimden doğrudan etkilenmiş; klinik uygulamalar, hasta-hemşire iletişimi ve mesleki eğitim süreçleri dijitalleşme doğrultusunda yeniden şekillenmiştir.

Elektronik sağlık kayıtlarının yaygınlaşması, hemşirelerin veri yönetimi ve bakım planlaması süreçlerinde daha etkin ve güvenli adımlar atmasını sağlamaktadır. Klinik karar destek sistemleri, mobil hemşirelik uygulamaları ve otomasyon teknolojileri, hemşirelik bakımında hataları azaltmakta ve zaman yönetimi açısından verimliliği artırmaktadır. Öte yandan, bu teknolojilerin hasta-hemşire ilişkisine etkisi iki yönlü olarak değerlendirilmektedir. Tele-sağlık uygulamaları, özellikle erişim kısıtlılığı olan bölgelerde bakımın sürekliliğini sağlamada avantaj sunarken; yüz yüze iletişimin azalması, empatik bakımın niteliği üzerinde bazı soru işaretlerini de beraberinde getirmektedir.

Dijitalleşme, hemşirelik eğitiminde de yenilikçi yaklaşımları beraberinde getirmiştir. Simülasyon temelli öğrenme ortamları, sanal klinik uygulamalar ve çevrim içi eğitim platformları, hemşire adaylarının mesleki yeterliliklerini geliştirmelerine önemli katkılar sağlamaktadır. Bununla birlikte, dijital okuryazarlık düzeyindeki farklılıklar, özellikle kıdemli hemşirelerin adaptasyon sürecini zorlaştırmakta; bu nedenle hizmet içi eğitim programlarının önemi giderek artmaktadır.

Sonuç olarak, dijital teknolojilerin hemşirelik mesleği üzerindeki etkisi çok boyutlu ve dinamik bir yapıya sahiptir. Dijitalleşmenin sunduğu fırsatların etkili biçimde değerlendirilebilmesi için hemşirelerin dijital yetkinliklerinin artırılması, teknolojik altyapının güçlendirilmesi ve etik-ilkesel çerçevelerin netleştirilmesi gerekmektedir. Hemşirelik mesleğinin bu dönüşüme uyum sağlaması, yalnızca bireysel mesleki gelişim açısından değil; aynı zamanda sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve hasta bakım kalitesinin artırılması açısından da stratejik bir öneme sahiptir.

5.Kaynakça

- Asadi, F., Bahadori, M., & Tofighi, S. (2024). The effect of clinical decision support systems on patients, nurses, and work environment in ICUs: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 32(1), 34–45. <https://doi.org/10.1111/jonm.13845>
- Bal, F., Kılınç, F. B., & Kaya, E. (2012). Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nin etkin kullanımı ve karşılaşılan sorunlar. *Sağlık ve Bilişim Dergisi*, 3(2), 45–52.
- Başkaya, M. (2021). *An application for continuous behavioral health monitoring and delivering digital personalized behavior change interventions* [Yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi]. <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/95114>
- Baydemir, M., & Gürel, Z. (2024). Perceptions of nurses using electronic health record systems towards information technologies and its effect on their work productivity: Urla Hastanesi örneği. *FBU Journal of Health Sciences*, 4(1), 22–31. <https://dergipark.org.tr/en/pub/fbujohs/issue/94299/1404296>
- Cho, J., Kim, M., & Park, H. A. (2023). Effectiveness of using clinical decision support system in nursing records. *Healthcare Informatics Research*, 29(1), 19–27. <https://doi.org/10.4258/hir.2023.29.1.19>
- Çetin, E., Yılmaz, B., & Demir, A. (2020). Nurses' perceptions of EMR and their implications for patient privacy. *Journal of Nursing Ethics*, 27(6), 1235–1245. <https://doi.org/10.1177/0969733020937134>
- Demir, A., & Arslan, B. (2020). Hemşirelikte dijitalleşmenin mesleki tatmine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 145–158.
- Demirci, A., & Kara, F. (2022). Klinik karar destek sistemlerinin hemşirelik uygulamalarına etkisi. *Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi*, 15(1), 25–33.
- Erdoğan, S., & Bayındır, G. (2020). Dijitalleşmenin hemşirelik hizmetlerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 98–105.
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2022). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 21(1), 39–54. <https://doi.org/10.1002/wps.20956>
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2021). Women's use of online resources and mobile applications to support mental health and well-being during the perinatal period: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 21–49. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03633-4>
- Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS). (2023). *Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)*. <https://www.himss.org/resources/emram>
- Kara, A., & Demir, S. (2023). Teletıp uygulamalarının kırsal sağlık hizmetlerine etkisi. *Türkiye Sağlık Bilişimi Dergisi*, 9(2), 112–124. <https://doi.org/10.1234/tsbd.2023.092>
- Kaya, E. (2024). Sağlıkta dijitalleşme ve hemşirelik hizmetleri yönetimi. *Sağlık ve Bilim Dergisi*, 3, 84.

- Kaya, M., Yıldız, F., & Öztürk, D. (2022). Kırsal bölgelerde dijital sağlık hizmetlerine erişim: Hemşirelerin deneyimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(1), 33–45.
- Keskin, N., & Karaca, Y. (2022). Giyilebilir teknolojilerle bireysel sağlık takibi: Uygulamalar ve etik değerlendirmeler. *Sağlık Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 112–125.
- Kim, H., Park, S. Y., & Kim, J. Y. (2022). Effectiveness of mobile health interventions for maternal care: A systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(4), e32542. <https://doi.org/10.2196/32542>
- Korkmaz, H., & Yılmaz, M. (2023). The impact of digital health transformation driven by COVID-19 on nursing practice: A review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 29(3), 201–212. <https://doi.org/10.1177/1357633X231156783>
- Kördeve, E. (2017). Medula sisteminin sağlık hizmet sunumundaki rolü ve uygulama süreci. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 88–95.
- Lee, A. C. C., Cousens, S., & Lawn, J. E. (2023). Neonatal resuscitation and immediate newborn care: Global implementation status and strategies for scale-up. *The Lancet Global Health*, 11(3), e345–e357. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00510-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00510-3)
- Lee, H., Kim, J., & Park, S. (2021). Yapay zekâ destekli karar sistemlerinin klinik tanı süreçlerindeki rolü. *International Journal of Medical Informatics*, 147, 104345. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104345>
- Martínez-Pérez, B., de la Torre-Díez, I., & López-Coronado, M. (2023). Mobile health applications for the self-management of diabetes: A systematic review. *Health Informatics Journal*, 29(2), 112–125. <https://doi.org/10.1177/14604582231118457>
- Mulac, A., Tørris, C., & Ghanavati, S. (2023). The impact of closed-loop medication systems on medication errors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Systems*, 47(12), 108–116. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01953-0>
- Nuckols, T. K., Smith-Spangler, C., Morton, S. C., Asch, S. M., & Shekelle, P. G. (2024). The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system on prescribing errors, administration errors and staff time. *BMJ Quality & Safety*, 33(3), 217–226. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-015709>
- Özbek, A., Yılmaz, B., & Demir, C. (2022). Dijitalleşmenin sağlık hizmetlerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 123–135.
- Özkan, H., & Yıldırım, D. (2021). Elektronik sağlık kayıtlarının hemşirelik bakımına katkısı: Sistematik derleme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 18(3), 145–152.
- Rouleau, G., Gagnon, M. P., & Côté, J. (2023). Understanding the role of clinical decision support systems among hospital nurses using the FITT framework. *International Journal of Medical Informatics*, 180, 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105113>

- Schmidt, H., & Zimmermann, D. (2019). Digital technology and nursing care: A scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency. *BMC Health Services Research*, 19, 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>
- Smith, R., & Johnson, M. (2022). The impact of telemedicine on healthcare accessibility during the COVID-19 pandemic. *Journal of Telehealth and Telecare*, 28(4), 215–222. <https://doi.org/10.1177/1357633X211035678>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *E-Nabız: Kişisel sağlık sistemi*. <https://enabiz.gov.tr>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)*. <https://mhirs.gov.tr>
- Tezcan, C. (2018). Sağlıkın dijital dönüşümü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, 82–85.
- Topuz, S., & Yılmaz, E. (2021). Sağlıkta dijital dönüşüm ve hemşirelik mesleğine etkileri. *Dijital Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 9–20.
- Uslu, Y., Sevim, B., & Yılmaz, E. (2023). Sağlık hizmetlerinde yenilikler ve teknoloji sempozyumu. II. *Sağlık Hizmetlerinde Yenilikler ve Teknoloji Sempozyumu*, 1(1), 6–7. Çorum.
- World Health Organization. (2020). *Digital health: Transforming and extending the delivery of health services*. <https://www.who.int/docs/default-source/digital-health>
- Yıldız, D., & Koç, Z. (2025). The effect of telenursing follow-up and patient education on self-care behaviors in individuals with type 2 diabetes. *JMIR Nursing*, 5(1), e67339. <https://nursing.jmir.org/2025/1/e67339>
- Yılmaz, E., & Öztürk, B. (2023). Klinik karar destek sistemlerinin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. *Sağlık Teknolojileri Dergisi*, 14(1), 45–58. <https://doi.org/10.5678/std.2023.14104>
- Yılmaz, R., & Çelik, S. (2019). Simülasyon temelli hemşirelik eğitiminin öğrenci başarısına etkisi. *Eğitim ve Sağlık Dergisi*, 10(4), 210–218.
- Yılmaz, R., & Kara, E. (2021). Elektronik sağlık kayıtlarında güvenlik açıkları ve hasta mahremiyeti. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Dergisi*, 10(3), 201–210.
- Yoo, S. Y., Kim, J. H., & Lee, H. J. (2024). Capabilities of computerized decision support systems supporting the nursing process in hospital settings: A scoping review. *BMC Nursing*, 23, Article 141. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01234-6>
- Zhao, Y., Liu, X., & Wang, M. (2023). Digitization in nursing processes and the use of clinical decision support systems: Impact on care quality in maternal and neonatal health. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, 100086. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100086>

Bölüm 5

ENGELLİ YAŞLI BİREYLERDE ÖZYETERLİLİK, YALNIZLIK VE HEMŞİRENİN ROLÜ¹

Melek ARDAHAN², Aysun ÇOBADAK ÇALT³

1 Doktora Tezinden üretilmiştir.

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

3 Dr.Hem., İzmir Konak Belediyesi, a.cobadak@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-9796-9058

Engellilik Kavramı ve Tanımı

Hemşirelik terimleri sözlüğüne göre (2015) engelli; “doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişidir” (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun kabul ettiği Sakat Kişilerin Hakları Bildirgesinde engelli tanımı şöyle yapılmaktadır; normal bir kişinin kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki kalıtsal ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlardır (Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2021).

DSÖ 1980 yılında sakatlıkla ilgili terimlerde ortak bir dil oluşturmak için “Bozukluklar, Yeti Yitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması” (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) isimli bir sınıflama sistemini ortaya koymuştur. Bu sisteme göre:

- **Yetersizlik ya da özürllülük (Impairment):** Kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ya da işlevlerindeki geçici ya da kalıcı herhangi bir eksiklik ya da anormalliktir (Kearney ve Pryor, 2004; Tweedy, 2002).
- **Sakatlık (Disability):** Yetersizlik sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan eksiklik ya da sınırlamadır (Kearney ve Pryor, 2004; Tweedy, 2002).
- **Engellilik (Handicapped):** Yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel etmenlere bağlı olarak özürllülük ve sakatlık sonucu oluşan, birey için normal olarak bir işlevin yerine getirilememesi ya da eksik kalmasıdır (Kearney ve Pryor, 2004; Tweedy, 2002).

Engellilik Türleri

Engellilik türleri Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortak bir dil oluşturmak için uluslararası bir sınıflandırma sistemi olan “İşlevsellik Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması’na” göre yapılmaktadır (<http://www.ttb.org.tr>). Engelli sağlık kurulu raporları ile ilgili işlemleri düzenleyen “Özürllülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürllülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğine” göre ise yedi farklı özür grubu bulunmaktadır (<http://www.resmigazete.gov.tr>). Bunlar;

a-Ortopedik engelli: İskelet ve kas sisteminde ortaya çıkan fonksiyon kaybı, eksiklik veya yetersizlik olan birey ortopedik engelli olarak tanımlanmaktadır. El, parmak, ayak, kol, bacak ve omurgalarında eksiklik, fazlalık, kısalık, şekil bozukluğu, yokluk, hareket kısıtlılığı, engeli olan kişiler ortopedik engelli olarak belirtilmektedir (Çınarlı ve Kocakoç,2013; Seyyar, 2015; <http://www.resmigazete.gov.tr>).

b-Görme engelli: Görme engelli denilince kör ve az gören anlaşılr. Yasal ve eğitsel olmak üzere iki temel tanımı vardır. Yasal tanım tıp bilimi için kullanılmaktadır. Eğitsel tanımlama eğitimcilerin tercih ettiği görme yetisini tamamen kaybetmiş olanların bundan etkilenmesi neticesinde Braille alfabesiyle eğitim ve öğretim hayatına devam edebilen kişileri tanımlamaktadır (Çınarlı ve Kocakoç,2013; Seyyar, 2015; <http://www.resmigazete.gov.tr>).

c-İşitme engelli: İşitme engelli toplumsal yaşamda normal düzeyde iletişim kuramayan sesleri algılama veya fark etme yeteneğinin kısmen ya da tamamen azalması nedeniyle işitme durumunu kaybetmiş kişidir (Çınarlı ve Kocakoç,2013; Seyyar, 2015).

d-Dil ve konuşma engelli: Çeşitli sebeplerden dolayı konuşamayan veya konuşmanın hızı, akıcılığı ve ifadesinde bozukluk ya da ses bozukluğu olan kişilerdir (Çınarlı ve Kocakoç,2013).

e-Zihinsel engelli: Zekâsal işlevini yerine getirememe durumudur. Fenilketonuri, Otizim ve Down Sendromu olanlar, zekâ geriliği bulunanlar, zihinsel yetersizliği olan kişiler zihinsel engelli olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bunların dışında dikkat, algılama, bellek ve muhakeme gibi zekâsal fonksiyonların anormal sayılması durumunda zihinsel engelliği ortaya çıkarmaktadır (Ersoy,2019).

f-Süreğen hastalıklı engelli: Kan, kalp-damar, solunum sistemi, sindirim sistemi, AIDS, fibroz, deri, endokrin, idrar üreme yolları, metabolik ve sinir sistemi hastalıkları olanlar, kanserliler, osteoporozlular, HIV virüsü taşıyan kişiler süreğen hastalıklı engelli olarak belirtilmektedir (Çınarlı ve Kocakoç,2013; Seyyar, 2015).

g-Ruhsal ve duygusal hastalıklı engelli: Hiperaktivite bozukluğu, dikkat eksikliği, kaygı bozuklukları, bazı madde bağımlılıkları, şizofreni, depresyon, demans hastalığı olan kişiler ruhsal ve duygusal engelli olarak belirtilmektedir (Çınarlı ve Kocakoç,2013).

Dünyada ve Türkiye’de Engellilik

Küresel demografik yapıdaki değişimler, sosyo-ekonomik hayatta yaşanan gelişim, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler, yapay zekâ ve halk sağlığı uygulamalarındaki ilerlemeler yaşam beklentisinin artış göstermesini sağlamıştır. Dünya nüfusunda yaşlıların oranının hızla arttığı, 65 yaş ve üstü bireylerin sayısının 2019 yılında %9,3 iken 2050 yılında %20’ye çıkacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2019).

Toplam küresel engellilik yükü 1990 ile 2017 yılları arasında %52 artmıştır. DSÖ, bir milyardan fazla insanın yani dünya nüfusunun yaklaşık %15’inin bir tür sakatlık yaşadığını belirtmektedir (WHO, 2015). Küresel Hastalık Yüğü (2019) (Global Burden of Disease) çalışmasında bu sayı yaklaşık 975 milyon (%19.2) olarak ifade edilmiştir. Bu rakamın 110 milyonu ile 190 milyonu arasında yetişkin bireylerin, 93 milyonunun ise çocuklardan oluştuğu bildirilmektedir (United Nations, 2021).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, engellilik ve kalkınma konulu toplantı raporunda; engelli bireylerin %80’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirtmiştir. “Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü” (OECD) ülkelerinde 20-34 yaş arasındaki engelli birey oranı %6 iken bu oranın 35-49 yaş arasında iki katına çıktığı, 50-64+ yaş arasında ise %24’e ulaştığı saptanmıştır ([United Nations Disability Statistics Programme, 2019](#)). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ise Nüfus Sayımı Bürosu tarafından yapılan yıllık bir ankette, ABD’de engelli bireylerin toplam oranının 2016 yılında %12,8 iken 2018 yılında %13,1’e yükselmiştir. Engelli nüfusun %35,2’si ise 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır (Annual Report On People With Disabilities In America, 2019). Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi 2030, engelli kişileri savunmasız halklardan biri olarak kabul etmektedir ve onların güçlendirilmesi çağrısında bulunmaktadır.

Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2015 yılında %8,2 iken, 2021 yılında %9,7’ye yükselmiştir. 2021 yılında yaşlı nüfusun %44,3’ünü erkek nüfus, %55,7’sini kadın nüfus oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9 olacağı tahmin edilmektedir (<http://www.tuik.gov.tr>, 2021). Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden “yaşlı bağımlılık oranı” ise, 2015 yılında %12,2 iken bu oran 2021 yılında %14,3’e yükselmiştir (TÜİK, 2021).

Engelli yaşlı popülasyondaki artış bulaşıcı olmayan hastalıkların ve kronik hastalıkların yüksek prevalansı ile ilişkilidir. Yaşlı insanlar, yüksek sakatlık oranları ile sonuçlanan çoklu komorbiditeler için risk altındadır. Engelli Sağlık Kurulu Raporlarını esas alan Ulusal Engelli Veri Sisteminde kayıtlı ve hayatta olan engelli sayısı; 1.414.643’ü erkek,

1.097.307'si kadın olmak üzere 2.511.950'dir. Ağır engeli olan kişi sayısı 775.012'dir (Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2021).

Ulusal Engelliler Veri Tabanına kayıtlı olan engellilerin, “hayatta olan engellilerin engel gruplarına göre dağılımlarına” yönelik verileri aşağıda yer alan Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Ulusal Engelliler Veri Sisteminde Kayıtlı ve Hayatta Olan Engellilerin Engel Gruplarına Göre Dağılımları

Engel Grubu	Kişi Sayısı	Oran (%)
Görme	215.076	9,53
İşitme	179.867	7,97
Dil ve Konuşma	33.686	1,49
Ortopedik	311.131	13,78
Zihinsel	385.313	17,07
Ruhsal ve Duygusal	170.927	7,57
Strengen Hastalık	917.259	40,63
Diğer	44.248	1,96

Kaynak: “Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2021, <https://www.aile.gov.tr>”

Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik; kişinin içinde bulunduğu mevcut durumla veya gelecekteki durumlarla ilgili görevlerle başarılı bir şekilde başa çıkabileceği ile ilgili kendisine olan inancını ifade etmektedir. Öz yeterlilik ile ilgili öncü açıklamalar Williams James’in “özgüven” kavramını kullanması ile başlamıştır. James, “bir şeyler yapmak ve belirli bir başarı elde etmek için ilk önce kişinin kendisi hakkında belirli bazı fikirlere sahip olması ve bu fikirleri içselleştirmesi gerektirdiğini” belirtmiştir (Bandura, 1993). Bandura (1994); öz yeterliliği kişinin kendisinden beklenen durumları yönetmesini sağlayacak yeteneklere olan inancıdır şeklinde tanımlamıştır (Bandura, 1994).

Bireyin öz yeterlilik inancı bir durum karşısında ne kadar çaba göstereceğini, güçlüklerle karşılaştığında ne kadar dirençli ve sabırlı olacağını belirlemede yardımcı olmaktadır (Arseven, 2016; Ekinci, 2015). Bandura (1994), “öz yeterlilik inancının insanların kendilerini nasıl hissettiğini, düşündüğünü, motive ettiğini ve davrandığını belirlediğini” ifade etmiştir (Bandura, 1994). Bandura (1977), kişilerin, yaşamları boyunca elde ettikleri deneyimlere bağlı olarak, kendi baş etme kaynaklarına ve becerilerine dair özel inançlar geliştirdiklerini ve edindikleri bu öz yeterli-

lik inançları arttıkça, davranış değişikliğinin de arttığını ifade etmiştir (Bandura,1997). Öz yeterliliği düşük olan bireyler herhangi bir konu ile ilgilendiklerinde o konuyu daha zor olarak görebilir, daha streslidir ve karşılaşılan sorunların nasıl üstesinden gelebileceği hakkında kısıtlı bir bakış açısına sahiptir (Bandura,1994; Bandura,1997).

Öz Yeterlilik Kavramının Birey Üzerindeki Etkisi

Bireyin yaşantısında inançların farklı etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler bilişsel, motivasyonel, duygusal, seçimsel süreçlere etkisi ile olumsuzluklarla baş etmeye etkisi olarak sıralanabilir.

a-Motivasyonel süreçlere etkisi: Bireyler amaçlarına ulaşabilmek için motivasyonlarını deneme yaparak arttırmaya çalışırlar ve kendi kendilerini motive etmeye gayret ederek öngörülerini harekete geçirirler. Birey, gerçekleştirmeye çalıştığı davranıştan olumlu sonuç elde etmeye başladıkça öz yeterliliğinin artacağına yönelik inancı olumlu etkilenir (Bandura,1994;Bandura,1997)

b-Duygusal süreçlere etkisi: Bireyin içinde bulunduğu duruma ve olaylara karşı olumlu duygular hissetmesi öz yeterlilik inancını olumlu etkilerken; olumsuz duygular hissetmesi öz yeterlilik gelişim sürecini olumsuz olarak etkilemektedir.

c-Seçimsel süreçlere etkisi: Kişilerin yapmış oldukları seçimler yaşamlarını şekillendirmekte, sosyal çevrelerini etkilemektedir. Bu durumda bireylerin yaşam kalitesi üzerine etki etmektedir (Bandura,1994).

d-Bilişsel süreçlere etkisi: Davranışların sonucu bireyin öz yeterlilik inancını etkilemektedir. Öz yeterliliklerinden emin olamayıp şüphe duyan kişiler, başarısızlık senaryolarını görselleştirebilirler ve başarılı olmaları zordur (Bandura, 1999).

Öz Yeterlilik İnancının Güçlendirilmesi

Öz yeterlilik inancının bazı bireysel çabalarla güçlendirileceğine gösteren uygulamalar vardır (Arseven,2016; Yardımcı ve Başbakkal, 2011). Bunlar;

a-Öz Düşüncenin Geliştirilmesi: Başarı imgeleri bireylerin zihninde yapıcı ve olumlu davranışların ortaya çıkmasına yardımcı olabilir, bu sayede daha güçlü bir öz düşünce gelişebilir (Bandura, 1993).

b-Güdümlü Üstünlük Sağlanması: Bireyin başarısını desteklemek ve bireyi başarılı olduğu alana yönlendirmek gerekmektedir. Bunun için; yapılması planlanan işle ilgili basitten karmaşığa doğru görevler üstlen-

mesini sağlamak, sözlü iletişim yoluyla cesasetlendirmek, doğru işlerde, doğru görevler üstlenmesini sağlamak etkili olacaktır (Yardımcı ve Başbakkal, 2011).

c-Hedef Oluşturulması ve Sosyal Teşvik Sağlanması: *İletişim halinde olan bireyler yakın iletişim kurdukları bireylerin olumlu özelliklerini ve başarılarını destekleyerek karşılıklı öz yeterlilik gelişimini sağlayabilirler. Ayrıca bireyler önceden belirledikleri hedefler doğrultusunda amaçlarını belirleyerek kişisel öz yeterliliklerinin gelişimine de olumlu katkıda bulunabilirler* (Bandura, 1993; Yardımcı ve Başbakkal, 2011).

d-Modelleme Yapılması: Bu teknikte birey başkalarının başarılı deneyimlerini kendisine model alır (Bandura, 1994).

e-Psikolojik ve Fiziksel Durumun Güçlendirilmesi: Bireyin bir olaya, duruma ilişkin deneyimlediği olumsuz deneyimleri ve düşünceleri azaltması ön yargılarını azaltmasına, öz yeterlilik inancının güçlendirmesine yardımcı olacaktır (Bandura, 1997, Çınarlı ve Kocakoç, 2013).

Engelli Yaşlı Bireylerde Öz Yeterlilik

Hayatının ileri yaş dönemini yaşayan kişi bir takım yetilerinde kayıp ya da kısıtlılık ile karşı karşıya kalabilmektedir. Yaşanan kaybı yeni yetiler kazanarak onarmaya çalışan yaşlı bireyin öz yeterlilik inancı amaca yönelik aktivite sergiletmek için güçlendirilmelidir (Bandura, 1994).

Öz yeterlilik inancı yüksek olan engelli yaşlı bireyler herhangi bir amaca ulaşma konusunda daha istikrarlı emek harcayıp, daha yüksek bir başarı beklentisine sahip olmaktadır. Fakat öz yeterlilik inancı düşük olan bireylerin zorluklar karşısında daha erken pes ettikleri ya da çabalarını azalttıkları belirtilmektedir (Bandura, 1993; Bandura, 1994). Kulakçı ve arkadaşları (2012), çalışmalarında öz yeterlilik inancı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Kulakçı ve ark., 2012). [Kramer](#) ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada işitme engelli yaşlılarda işitme problemi olmayan bireylere göre, önemli ölçüde daha fazla depresif semptom, düşük öz yeterlilik, daha fazla yalnızlık olduğu belirlenmiştir ([Kramer](#), [Kapteyn](#), [Kuik](#) ve [Deeg](#), 2002). Öz yeterliliğin fiziksel engelli kişilerdeki durumunu belirlemek, aktif ve inaktif engelli bireyler arasında öz yeterlilik puanlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan başka bir çalışmada da inaktif kişilerde öz yeterlilik puanı düşük bulunmuştur (Nemček, 2017).

Engelli yaşlı bireylerin öz yeterlilik inançlarının yüksek olması, bireyin çevre üzerindeki kontrol hissinde artırmaktadır. Bu durum ise bireylerde kendi davranışları yoluyla zorlu çevresel koşulları değiştirebileceğine dair iyimser inanç oluşmasına yardımcı olmaktadır. (Bandura, 1993; Warner ve ark.2011; Yardımcı ve Başbakkal, 2011). Görünür kılınan öz yeterlilik inancı bireyin özel hayatında ve sosyal hayatında değişiklikleri beraberinde getirecektir. Bu durum bireyin hayata dâhil olmasını sağlayarak yalnızlık duygusunu da azaltacaktır (Çınarlı ve Kocakoç, 2013).

Yalnızlık

Demografik yapıda yaşanan değişimle beraber nüfusun yaşlanması, kırsal alanların kentleşmesi, yeni teknolojik gelişmelerin olması ve bunların kullanılmaya başlanması ile sanal ilişkilerin oluşması yalnızlığın toplumda büyüyen bir fenomen olmasına neden olmaktadır. Yalnızlık duygusu herhangi bir yaş grubunda ortaya çıkabilmektedir. Ancak yalnızlık ergenler ve yaşlılar için, sadece prevalansları nedeniyle değil, sonuçları nedeniyle de özel bir öneme sahiptir. Bu grupların ikisinde de, bireyin nesiller arası sağlıklı iletişim kurabilmesi ve dayanışmanın desteklemesi, daha önce sağlıklı olan aile ilişkilerinin sürekliliğinin sağlanabilmesi önemlidir. Ayrıca yalnızlık ciddi sağlık sorunlarına neden olma eğilimindedir. Bu nedenle yalnızlığı iyi tanılamak gerekmektedir (Azeredo ve Afonso, 2016).

Peplau ve Perlman'ın(1982) yaptığı yalnızlık tanımında ortak bir payda vardır. “Yalnız hissetmek, yalnız olmakla eş anlamlı değildir. Yalnız olmak objektif bir kavramdır ve öznel, yalnız hissetmek ise izolasyonu ifade etmektedir. Ancak yalnızlık, istenmeyen izolasyonların bir sonucu olarak ortaya çıkabilir” (Aktaran: Neto,2001). Hossen'e ise sosyal ilişkilerinden ve sosyal temaslardan memnuniyetsizliği işaret etmektedir. İzolasyon bir ilişkiden beklenenler ile gözlemlenen durum arasındaki tutarsızlıktan kaynaklanmaktadır (Hossen, 2012). Neto'ya göre, “*yalnızlık acı verici, hoş olmayan bir deneyimdir ve bu nedenle sezgisel bir kavramdır*” (Neto, 2001).

Yaşlılarda Yalnızlık İle İlişkili Özellikler

Yaşlı bireyin kendi toplumundaki hızlı değişimlere ayak uyduramaması sonucunda yalnızlaşması nedeniyle yaşlanma yalnızlık ile ilişkilendirilmiştir. O'Súilleabháin ve ark.'a (2019) göre, yalnızlık, yaşlılar arasında daha yaygın bir problemdir ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskini artırmaktadır. Yalnızlık yetişkinler için yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi ve sağlığın önemli bir belirleyicisidir. Ayrıca yalnızlık, sadece

yaşa bağlı olarak değil, yaşla birlikte sakatlığın artması ve sosyalleşmenin azalması nedeniyle artabilir ([Bessaha](#) ve ark., 2020).

Yalnızlık olumsuz duygu durumuyla bağlantılıdır ve depresyon, umutsuzluk, saldırganlık, stres, öfke, huzursuzluk ve gerginlik gibi durumlar da daha fazla ortaya çıkmaktadır. Evli olup olmama hem duygusal, hem de sosyal yalnızlığın varlığını ve boyutunu etkilemektedir. Danış (2004) “eşleri olmayan kişilerin olanlara göre daha da zor bir hayatlarının olduğunu” belirtmiştir (Danış, 2004). Bazı araştırmalarda, eşini kaybetmiş kişilerin evli olanlarla karşılaştırıldığında yalnızlık riskinin arttığı görülmektedir (Jylhä, 2004; Tiikkainen, 2000. Tiikkainen’e (2006) göre eğitim seviyesi düşük kişilerin daha fazla yalnızlık yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada gelir seviyesi düşük bireylerin daha yalnız hissettikleri bulunmuştur (Tiikkainen, 2006). Erol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre “kentte yaşayan bireylerin yalnızlık algısı kırdaki yaşayanlardan daha yüksek” tespit edilmiştir (Erol ve ark., 2016). Cinsiyet ile yalnızlık arasında da bir bağ bulunmaktadır. Yalnızlığın yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Jylhä, 2004).

Yaşlı bireylerde ortaya çıkan görme, işitme sorunları, yürüme ve hareket problemleri, hipertansiyon gibi durumlardan dolayı izolasyon-yalnızlık ve emosyonel durumla ilgili değişikliklerin olmaya başladığı belirtilmektedir (Danış, 2004). Özellikle engelliliğin yalnızlığı artırdığı ifade edilmektedir (Luanaigh ve Lawlor, 2008). Ayrıca, yalnızlığın, engellilik, algılanan stres düzeyi, hata yapma korkusu, anksiyete, öz saygı, kişilik bozuklukları, psikozlar, intihar, kognitif fonksiyonlarda zayıflama, Alzheimer hastalığı, öz denetim ve depresyon ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Aslan ve Hocaoglu, 2017; Hawkley ve Cacioppo, 2010; Tiikkainen, 2006). Bunlar içerisinde özellikle depresyonun yalnızlığı önemli derecede artıracağı ifade edilmiştir. Depresyonun yalnızlık sebebi olabildiği gibi yalnızlığın da bireyi depresyona sürükleyebildiği de belirtilmektedir (Akgül ve Yeşilyaprak, 2015; Aslan ve Hocaoglu, 2017; Hawkley ve Cacioppo, 2010).

Engelli Yaşlı Bireylerde Yalnızlık

Engelli yaşlı bireyler sahip oldukları dezavantajlı demografik faktörlerden dolayı en fazla yalnızlık yaşayan gruptur. Bir engelin olması yalnızlıkla mücadelede zorlayıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Olsen, 2018). Engellilik yaşlı bireylerde günlük aktivitelere katılmayı zorlaştırmaktadır. Bu durumda engelli yaşlı bireylerin yalnızlıklarını artırmaktadır ([Gonyea](#), [Curley](#) ve [Melekis](#), 2016; [Shankar](#), [McMunn](#), [Demakakos](#), [Hamer](#) ve [Steptoe](#), 2017).

Wormald, 2018 tarafından İrlanda da yapılan çalışmada engelliliğin ve hizmetlere ulaşmada yaşanan sorunların yalnızlığı arttırdığı belirlenmiştir (Wormald, 2018). 65 yaş ve üstü evli erişkinlerde kendi veya eşi engellilerin sosyal ve duygusal yalnızlık durumunu incelemek amacıyla yapılan çalışmada, eşleri ya da kendisi engelli olan erkeklerde ve kadınlarda duygusal yalnızlık seviyesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ([Korporaal](#), 2008). *Yaşlılıkta yalnızlığın, çeşitli sağlık sonuçları üzerindeki etkisini araştırarak deneysel çalışmaların tespiti için dokuz veri tabanının tarandığı Courtin ve Knapp'ın (2017) çalışmasında çalışmaların tümünde sosyal izolasyon veya yalnızlığın sağlığa zararlı bir etkisi olduğunu tespit edilmiştir (Courtin ve Knapp, 2017). Yezd'de yaşlılarda yalnızlık ve buna bağlı faktörlerin araştırılması amacıyla yapılan çalışmada yalnızlık oranının yaşlılarda yüksek olduğu belirlenmiştir (Vakili, Mirzaei ve Modarresi, 2017).*

Toplumda güçlü değişikliklerin ortaya çıkarılabilmesi sosyal değişimin sağlanması ile mümkün olacaktır. Sosyal değişimin gerçekleşmesi engelli yaşlı bireylerin yalnızlıkların kontrol altına alacaktır ve bu bireylerin öz yeterliliklerinin artmasını sağlayacaktır (Olsen, 2018). Öz yeterlilik ile birlikte sosyal süreçlere dâhil olma artmaktadır ve buda yalnızlığın azalmasına yardımcı olmaktadır (Burholt ve Windle, 2017).

Öz Yeterlilikte ve Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü

Hemşireler bireyin, ailenin ve toplumun sağlık düzeyinin korunması, yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi, sürdürülmesi ve değerlendirmesinde sağlık ekibinin aktif üyesi olarak görev yapmaktadır. Engelli yaşlı bireylerin bakım uygulamaları en önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Özellikle engelli yaşlıların özel bakım ve destek gereksinimlerini bilerek eksiksiz karşılamak hemşirelerin temel görevidir (Öz, 2004). Hemşirelerin sağlığı geliştirici davranışları kazandıran öz yeterliliğin geliştirilmesine ve yalnızlığın azaltılmasına yönelik hemşirelik uygulamalarının bulunması oldukça önemlidir (Yardımcı ve Başbakkal, 2011).

Yaşlı bakımı konusunda uzman olan hemşireler, yaş grubunu etkileyen sorunları daha iyi analiz edip, bakımı planlayıp, uygulayıp değerlendirebilirler. Hemşire engelli yaşlılarda yalnızlık duygusunu ve öz yeterliliği değerlendirirken bu kavramları tüm yönleriyle ortaya koymaktadır (Burholt ve Windle, 2017; Erol ve ark., 2016; [Gonyea](#) ve ark.2016; Öz, 2004; [Shankar](#) ve ark,2016). Ayrıca hemşire, engelli yaşlı bireyin içinde bulunduğu durum ile ilgili veri toplayarak, elde ettiği verileri analiz ederek uygun hemşirelik girişimlerini planlar, ihtiyaç duyduğu alanlara yönelik eğitim, danışmalık uygular. Veriler toplanırken bireyin sözel ya

da sözel olmayan ifadelerini, kişilerarası ilişkilerin nitelik ve niceliğini, sosyal desteklerini kullanabilme düzeyini, ailede ve diğer kişiler arasında karar verme düzeyini, mesleki ve sosyal görevlerini, yaratıcılık, üretkenlik ve sosyal aktivitelerle meşgul olma ve bunlardan, hoşnutsuzluk durumunu incelemelidir. Tüm bunları yerine getirirken gözlem, görüşme, açık iletişim, aile ilişkisini analiz etme yolunu kullanabilir (Öz, 2004).

Bilişsel, motivasyonel ve davranışsal olarak karar verme sürecine aktif olarak katılan, öz yeterliliği yüksek bireylerin hemşirelik bakımına katılabilme becerilerinin de yüksek olduğu bilinmektedir (Burholt ve Windle, 2017; [Gonyea](#) ve ark.,2016; Pössel, Baldus, Horn, Groen ve Hautzinger, 2005). Dolayısıyla hemşirelerin evde bakımda dâhil tüm uygulamalarda yalnızlık ve özyeterliliğe yönelik girişimleri geliştirmesi gerekmektedir (Çınarlı ve Kocakoç, 2013).

Kaynaklar

- Akgül, H.,&Yeşil Yaprak, B. (2015). Yaşlılar için yalnızlık ölçeği'nin Türk kültürüne uyarlaması: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), 35-45.
- Annual report on people with disabilities in America, (2019). Erişim adresi: eric.ed.gov/fulltext/ED605685.pdf.
- Arseven, A. (2016). Öz yeterlilik: Bir kavram analizi. *Electronic Turkish Studies*, 11(19), 63- 80.
- Aslan,M.,& Hocaoglu Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Azeredo, Z.A.S.,& Afonso, M.A.N.(2016). Loneliness from the perspective of the elderly. *Rio de Janeiro*, 19(2),313-324.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. In: *Encyclopedia of Human Behavior*. New York: Academic Press.
- Bandura, A.(1997). *Social Foundations of Thought and Action: A Social-Cognitive Theory*, (pp:400- 411).
- Bessaha, M.L., Sabbath, E.L., Morris, Z., Malik, S., Scheinfeld, L., & Saragossi, J., A.(2020). Systematic review of loneliness interventions among non-elderly adults, *Clinical Social Work Journal*, 48, 110–125.
- Burholt, V., Windle, G.,& Morgan, D. J. (2017). A Social model of loneliness: the roles of disability, social resources, and cognitive impairment. *The Gerontologist*, 57(6),1020-1030.
- Courtin, E.,&Knapp, M.(2017).*Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Health and Social Care in the Community*, 25(3),799–812.
- Çınarlı, S.,&Kocakoç, N. (2013). Engelli ve yaşlı hakları. E.G. Tosun (ed).1. *Uluslararası Engelsiz İzmir 2013 Kongresi* içinde (s:5-13). İzmir.
- Danış, M. Z.(2004).*Yaşlıların evde bakım gereksinimleri ve evde bakıma ilişkin düşünceleri: Başarılı yaşlanma ve yaşlı bakım modelleri*. Ankara:Güç-Vak Yayınları.
- Ekinci, N. (2015). Öğretmen adaylarının öğrenme yaklaşımları ve öğretmen özyeterlilik inançları arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(1), 62-76.
- Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2021, https://www.aile.gov.tr/media/98625/eyhgm_istatistik_bulteni_ocak_2022.pdf
- Erol, S., Sezer, A., Şişman, F.N., &Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 60-69.

- Ersoy, N.(2019). Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Bilgi Bankası, Zihinsel Engelliliğin Tanımı. Erişim adresi: <http://www.zihinselengellilervakfi.org/zengeltanimi.html>.
- Gonyea,JG., Curley,A., & Melekis,K. (2016). Loneliness and depression among older adults in urban subsidized housing. *Journal of Aging and Health*,30(3). doi:<https://doi.org/10.1177/0898264316682908>
- Hawkley, L.C.,& Cacioppo, J.T.(2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2),218-27.
- Hossen, A.(2012). Social isolation and loneliness among elderly immigrants: the case of south Asian elderly living in Canada. *J Int Soc Issues*, 1(1),10.
- Jylhä, M.(2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Can J Aging*, 23,157-68.
- Kearney, PM.,& Pryor J.(2004). The international classification of functioning, disability and health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 162–170.
- Korporaal, M., Tilburg,T.G., &Groenou, M.I.B.(2008). Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults..*Journal of Aging and Health* ,20(3),306-25.
- Kramer, S.E., Kapteyn,T.S., Kuik, D.J.,& Deeg,D.J.H.(2002). The Association of Hearing Impairment and Chronic Diseases with Psychosocial Health Status in Older Age. *Journal of Aging and Health*,14 (1).
- Kulakçı, H., , Ayyıldız, T.K., Emiroğlu, O. N.,& Köroğlu, E.(2012). Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (2), 53-64.
- Luanaigh, C.Ó.,&Lawlor, BA.(2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. 23(12), 1213-21.
- Nemček, D.(2017).Self-esteem in people with physical disabilities:Differences between active and **inactive individuals**.*Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae*,57 (1).
- Neto, F.(2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estud Interdiscip Envelhec*,3, 71-88.
- Olsen, J. (2018). Socially disabled: The fight disabled people face against loneliness and stres. *Disability & Society*, 33(7),1160-1164. doi:10.1080/09687599.2018.1459228
- O'Súilleabháin, P. S., Gallagher, S. &Steptoe, A. (2019). Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The role of emotional and social loneliness in the elderly during 19 years of follow-up. *Psychosomatic Medicine*,81,521-526. doi:10.1097/PSY.0000000000000710.
- Öz, F. (2004).*Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ.
- Pössel, P., Baldus, C., Horn, A., Groen, G., &Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary

prevention program of depressive symptoms in adolescents: A randomized and controlled follow up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), 982.

Resmi Gazete (2013). Özürlülük ölçütü, sınıflandırması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında *yönetmelik*. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>.

Seyyar, A. (2015). *Dünya’da ve Türkiye’de engelli dostu sosyal politikalar*. İstanbul: Rağbet Yayınları.

Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36(2), 179-187.

Tiikkainen, P. (2006). Loneliness in old age - a follow-up study of determinants of emotional and social loneliness. University of Jyväskylä, In Finnish.

Türk Tabipler Birliği (2006). **Özürlülük ölçütü, sınıflandırması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik**. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=417:l-t-siniflandirmasi-ve-lere-verecek-saik-kurulu-raporlari-hakkinda-yetmel-catid=2:yamelik&Itemid=33.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699>

Tweedy, SM. (2002) Taxonomic theory and the ICF: Foundations for a unified disability athletics classification. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19 220-237.

United Nation (2021). Erişim adresi: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/statscomm47sideevent.html>.

United Nations Disability Statistics Programme (2019). Erişim adresi: <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/sconcerns/disability/>.

Vakili, M., Mirzaei M., & Modarresi, M. (2017). Loneliness and its related factors among elderly people in Yazd. *Elderly Health Journal*, 3(1), 10-15.

Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Schüz, B., Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Schwarzer, R. (2011). Maintaining autonomy despite multimorbidity: Self-efficacy and the two faces of social support. *European Journal of Aging*, 8(1), 3–12.

WHO global disability action plan 2014–2021 (2015). *Better health for all people with disability*. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf?sequence=1

Wormald, A.D. (2018). Loneliness in older people with an intellectual disability, a thesis submitted to the University of Dublin, Trinity College, for the Degree of Doctor of Philosophy.

Yardımcı F., & Başbakkal, Z. (2011). İlköğretim öğrencilerinin öz-yeterlik düzeylerinin ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 19-33.

Bölüm 6

MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HEMŞİRELİKTE KULLANIMI: ENGELLİ YAŞLI BİREY İLE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME ÖRNEĞİ¹

Aysun ÇOBADAK ÇALT², Melek ARDAHAN³

1 Doktora Tezinden üretilmiştir.

2 Dr.Hem., İzmir Konak Belediyesi, a.cobadak@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-9796-9058

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

Motivasyonel Görüşme (MG)

Motivasyonel görüşme psikolog William Miller tarafından 1980'lerin başında geliştirilmiştir. MG kullanılmaya başladıktan sonra ilkeleri olgunlaşmış ve bireyin davranış değişimi konusundaki belirsizliğini gidermek için bir yaklaşım olarak dünya çapında kullanılan kanıta dayalı bir uygulamaya dönüşmüştür (Serdarevic ve Lemke, 2013).

Motivasyonel görüşme, Carl Rogers'ın bireylerin kendini gerçekleştirme, istediği seçimi yapma ve değişme yeteneğine olan inancına yönelik teorilerine dayanmaktadır. Hem Rogerian hem de motivasyonel görüşmeciler için "terapötik ilişki demokratik bir ortaklıktır". MG'nin en önemli özelliklerinden birisi kısa süreli olmasıdır ve bireyde değişim açısından kalıcı etkiler bırakmasıdır. Motivasyonel görüşmenin en güncel tanımı şudur: "Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır". Motivasyonel görüşme genellikle sağlık danışmanlığı sürecine dâhil edilen bir danışmanlık yöntemidir (Brittonn, Williams ve Conner, 2008; Hettema, Steele ve Miller, 2005; Özdemir ve Taşçı, 2013; Palacio ve ark. 2016; Zomahoun ve ark. 2017).

Motivasyonel Görüşmede Hemşirenin Rolü

Motivasyonel görüşme, bir hedefe ulaşmayı amaçlayan ve değişim konuşmasına odaklanan işbirliğine dayalı özel bir iletişim şeklidir. Değişim konuşması yeni davranışlar, yaşam tarzları değişimi ve sağlığın geliştirilmesi anlamına gelebilir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcısı için iletişiminin bir parçası olabilir (Szczekala ve ark.,2018).

Hemşirelerin, MG'yi kullanarak bireylerde istendik yönde davranış değişimi sağlayacakları öngörülmektedir. Aynı zamanda MG'nin, hemşirelerin vermiş olduğu bakım hizmetlerinde kalite ve devamlılığı yükselteceği ileri sürülmektedir (Brobeck ve ark., 2010; Jansink ve ark., 2009; Noordman, ve ark., 2012; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Birinci basamakta tedaviye uyumu belirlemek amacıyla kronik hastalıklı yaşlı bireylerde yapılan başka bir çalışmada da MG'nin etkili bir görüşme yöntemi olduğu belirlenmiştir (Moral ve ark.,2015). Szczekala ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada ise ortopedik engeli olan ve yatağa bağımlı olan yaşlılarda MG'nin düşme riskini azaltma yönünde davranış değişimi gerçekleştirdiği belirlenmiştir (Szczekala ve ark., 2018). Motivasyonel görüşme yöntemi hemşirelerin yaptığı farklı akademik çalışmalarda da kullanılmış, etkili ve uygulanabilir bir yöntem olarak

önerilmiştir (Brobeck ve ark., 2010; Chen ve ark.,2012; Jansink ve ark., 2009; Nes veSawatzky, 2010; Noordman, ve ark., 2012).

Hemşirelerin motivasyonel görüşme ile tedavisi uzun süreli olan kronik hastalıklarda tedavide etkin devamlılığı sağlayabileceği ön görülmektedir. Bireylerin bakım, tedavi ve rehabilitasyonlarının devamlılığı sürecinde MG'nin kullanımının öz yeterliliği arttırdığı ve pozitif sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013; Noordman ve ark., 2012).

Değişim Aşamaları Modeli (DAM)

Değişim aşamaları modelinde değişim, “*bir dizi aşamada ilerlemeyi içeren süreç*” şeklinde ifade edilmektedir. Bireyler, davranışlarını hemen değiştiremez; değişim aşamalarında belirtildiği gibi aşama aşama değiştirirler.

Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden çok farklıdır. Bu sebepten dolayı uygulanacak girişimde bireyin değişimin hangi aşamasında olduğuna göre değişeceğinden, bireyin içindeki aşamanın doğru belirlenmesi gerekir. Doğru aşamanın tespit edilememesi bireyin değişim için direnç göstermesine ve harekete geçmemesine neden olabilmektedir (Velicer ve ark. 2000).

Aşama 1:Düşünce Öncesi; Bu aşamadaki birey, hastalığının risklerini ya da mevcut davranışının sonuçlarını göz ardı ettiği için altı ay içinde davranış değiştirme niyetinde değildir. Birey farkındalığını artıracak fikir ve davranışlardan uzak kalmayı tercih etmektedir ve özgüveni yoktur, değişime dirençlidir. Bu aşamadaki bireylerin “kanımca değiştirmem gereken bir problem davranışa sahip değilim”, “sağlığa zararlı davranışım var ancak önemli boyutta zarar verecek bir problem değil” ifadelerini sıkça kullandıkları belirtilmektedir (Prochaska ve ark., 2008; Velicer ve ark., 2000).

Aşama 2:Düşünme; Bu aşamadaki birey davranışındaki sorunun farkındadır. Altı ay içinde davranış değişimi için adım atarak değişimi başlatmak istemektedir. Bu aşamada birey eyleme geçmek için küçük bir adım atmaya teşvik edilmelidir. “Motivasyonunu artırıcı görüşmeler yararlı olabilir”(Prochaska ve ark., 2008, Velicer ve ark., 2000). Bu aşamadakilerin “aslında problem oluşturacak boyutta bir alışkanlığına sahip değilim, durum kontrolüm altında, ne zaman istersem davranışımı değiştirebilirim” ifadelerini kullandıkları ifade edilmektedir (Velicer ve ark., 2000).

Aşama 3:Hazırlık; Bu aşamada birey genellikle önceden olumsuz sonuçlanan girişimlerde bulunmuştur. Bir sonraki ay içinde eyleme geçmeyi düşünmektedir. Davranış değişikliği için bazı adımlar atmaya başlar. Hazırlık aşaması, eylem aşamasının öncüsü olduğundan bu aşamadakilerin “sağlığıma zarar veren problemli davranışımı değiştirmem lazım, bu değişimi nasıl gerçekleştirebilirim?” ifadelerinden tanındığı belirtilmektedir (Prochaska ve ark., 2008).

Aşama 4:Eylem; Eylem aşamasındaki kişi son altı ay içinde davranışı değiştirmiş ve yeni istendik davranışlar kazanmaya başlamıştır. Birey eski davranışını değiştirmiştir (Prochaska ve ark., 2008, Velicer ve ark., 2000). Eski davranışa dönüşler çoğunlukla eylem aşamasında gerçekleşir. %50 oranında ilk iki-üç hafta içinde davranışa geri dönüş olur. Eski davranışa dönmeyi önlemeye yönelik “motivasyonu arttırıcı görüşmeler” ve yeni davranış ödüllendirici adımlar etkilidir. Bu aşamadaki bireyler “diğer insanlar davranış değiştirmeyi düşünürken ben harekete geçtim, problemli davranışımı bıraktım” gibi ifadeleri kullanır.

Aşama 5:Sürdürme; Birey en az altı ay önce eski davranışı değiştirmiştir. Eski davranışa yeniden dönme ihtimali daha azdır. Birey bir süre yeni sağlıklı davranış sürdürerek yeniden alevlenmeyi önlemeye çalışır. Sürdürme aşamasındaki bireylerin “bana yardım ve destek verecek insanlara ihtiyacım var çünkü değişimleri henüz yeni başardım”, “problemli davranışima tekrar geri dönmek için çaba gösteriyorum” şeklindeki ifadeleri kullandıkları belirtilmektedir (Prochaska ve ark.,2008).

Karar Alma

“DAM içerisindeki bir başka değişken ise 1977’de Janis ve Mann tarafından geliştirilen karar dengesi ya da davranış değişiminin yararlarına ve zararlarına verilen önemdir”. Davranışın algılanan yararlarının ve zararlarının kıyaslanması üzerine temellenen karar alma kuramı, kararsal dengeye de içinde barındırır. Kararsal denge; değişimin olumlu ve olumsuz yönlerini, değişme ya da değişmeme için kişisel sebeplerin etki ve önemini tanımlar. Aynı zamanda değişimin sağlık davranışı üzerindeki pozitif ve negatif sonuçlarına dayanır. Pozitif yönleri, değişimin olumlu tarafı veya değişimin yararlarıdır. Buna karşılık negatif yönleri ise davranış değişiminin olumsuz tarafı yani değişim engelleridir (Velicer ve ark.,2000).

Öz Yeterlilik

DAM’da, değişim ile öz yeterlilik arasındaki ilişki modele eklenmiştir. Prochaska, Redding ve Evers (1997) öz yeterliliği ikiye ayırmıştır. İlki “kendine güven, öz yeterliliğin içerisindeki ana yapı, kişilerin yüksek risk

taşıyan durumlarda sağlıklı ya da yüksek risk taşıyan davranışlarına dönmeden, durum ile baş etmelerini sağlayan öz yeterlidir”. İkincisi “Teşvik, kişinin zorlu bir durum içerisindeyken eski alışkanlığı sergileme isteğinin yoğunluğunu tanımlamaktadır. Öz yeterlilik ve teşvik eden faktörlerin ölçümleri, eski alışkanlığa yeniden dönmeyi belirtilerini ortaya çıkarır”. “Bandura (1995), öz yeterlilik ile insan davranışı arasındaki ilişkiyi;...öz yeterliliği düşük olan insanlar stres ve depresyona kolayca girebilirler. Öz yeterliliği yüksek olan insanlar ise zorlu işleri uzak durulması gereken tehditler olarak algılamayıp uzmanlaşılması gereken alanlar olarak görür, zorluklar karşısında çabalarını artırır ve korurlar” şeklinde açıklamıştır. Öz yeterlilik ile değişim aşamaları arasında pozitif yönde bir korelasyonun olduğu belirtilmektedir. Bireylerin öz yeterlilikleri en fazla eylem ve devam ettirme aşamasında artar ve öz yeterlilik algısı davranışı devam ettirme başarısını da etkiler (Velicer ve ark. 2000).

Değişim Süreci / Davranış Değiştirme Yöntemleri

Olumsuz davranışı değiştirmek için kullanılan teknikler davranış değiştirme yöntemlerini ifade eder. Yöntem kullanım durumu düşünme aşamasında en az iken, orta aşamalarda (düşünme ve hazırlık) artmaya başlar ve eylem aşamasında en yüksek seviyeye ulaşır. Son aşamada (devam ettirme aşaması) ise azalmaya başlar. Davranış değişimi; “*beşi bilişsel, beşi davranışsal*” olmak üzere on yöntemde açıklanmıştır. Bu yöntemler:

Bilişsel Yöntemler

1.Bilinçlenme

2.Duyusal uyarılma

3.Kendini yeniden değerlendirme

4.Çevreyi yeniden değerlendirme

5.Kendisiyle anlaşma

Davranışsal Yöntemler

6.Destekleyici ilişkiler

7.Karşıt koşullanma - yerine koyma

8.Güçlendirme (ödüllendirme)

9.Uyaranların kontrolü

10.Sosyal özgürleşme

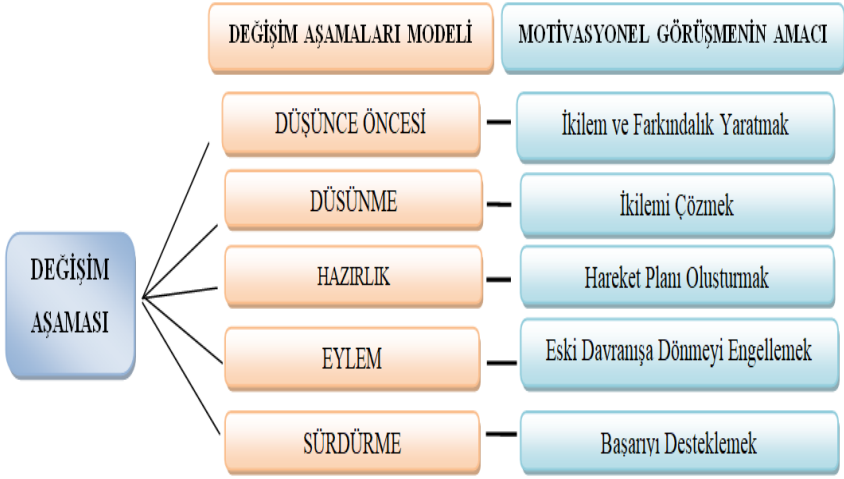
DAM'ın Hemşirelikte Kullanımı

Hem hemşirelik araştırmaları hem de hemşirelik uygulamaları, davranış değişikliğini teşvik etmeye ve sürdürmeye yardımcı olan teorilere dayanmalıdır. Sağlıkta her geçen gün yeni gelişmelerin olması ile

birlikte bu gelişmeleri yönlendiren teoriye dayalı davranışsal müdahaleler, yalnızca davranışı değiştirmekle kalmaz, aynı zamanda çevreninde değiştirebilir olmasına katkı sağlar (Sleet ve Dellinger, 2020).

Hemşirelik disiplini tarafından yürütülen yaşlılara ve engelli yaşlılara yer verilen DAM'ın kullanıldığı pek çok araştırmaya ulaşılmaktadır. Engelli yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek için fiziksel aktivitelere katılma konusunda DAM'a dayalı stratejiler geliştirmeyi amaçlayan çalışmada DAM'a göre planlanmış stratejilerin etkili olduğu tespit edilmiştir (Koo, Park ve Kim, 2017). Eğitimsel müdahalenin yaşlı erkeklerin fiziksel aktivitelerini teşvik etmeye etkisini DAM'a dayalı olarak belirlemek amacıyla Karimi ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada, DAM'a dayalı eğitim müdahalesinin fiziksel aktiviteyi teşvik etmede etkili olduğu bulunmuştur ([Karimi](#) ve ark., 2015). Hemşirelik bakımının diz osteoariti olan yaşlı hastalar üzerindeki etkisini DAM'a göre araştıran Hu ve ark. (2018), DAM'a dayalı sürekli hemşirelik girişimi uygulamasının, sağlık davranışı aşamalarını önemli ölçüde değiştirebildiğini, hastaların rehabilitasyon eğitimine uyumunu ve yaşam kalitesini arttırdığını tespit etmişlerdir (Hu, Wang ve Li, 2018). Yaşlılara sunulun hizmetlerde DAM kullanımının araştırıldığı sistematik derlemede de, DAM'ın yaşlı yetişkinlerde değişimi sağlama ve iyileştirme amacıyla müdahalelerin planlanması, geliştirilmesi ve değerlendirilmesinde yararlı ve uygulanabilir bir davranış modeli olduğu belirtilmiştir (Zazo ve ark., 2020).

DAM, sağlığı koruma ve geliştirme yaklaşımı açısından kullanımının uygun olması hemşireler tarafından kullanımını arttırmaktadır (David ve Ann 2020). Budan dolayı çalışmamızda, görüşmeler DAM'a dayalı yapılmıştır. Şekil 1'de "değişim aşamaları modeline göre motivasyonel görüşme uygulama planı" açıklanmaktadır.



Şekil 1: Değişim Aşamaları Modeline Göre Motivasyonel Görüşme Uygulama Planı

Engelli Yaşlı Bireylerde Motivasyonel Görüşme Kullanımı

Yaşlılar, kronik hastalıklar, kronik ağrı, diyabet, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, demans ve depresyon gibi komorbid sağlık sorunları olan kişilerdir. Komorbid sağlık sorunlarının yanı sıra yaşlı bireyler kayıplar ile karşılaşmaktadır. Yaşlılığa engelli olmakta eklendiği zaman bireyler üzerinde olumsuz bir etkiye neden olmaktadır. Bu durum tedaviye uyumu ve gerekli davranış değişikliğini engelleyebilmektedir. Buna yönelik olarak engelli yaşlı bireylerin geriatrik sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanarak farmakolojik olmayan ve kişi merkezli davranış değişikliğine yardımcı olan yöntemlerden yararlanılmalıdır. MG böyle bir yaklaşımdır (Serdarevica ve Lemke, 2013; Miller ve Rollnick, 2009; Ögel, 2014).

Engelli yaşlı bireylerde yapılmış az sayıda randomize kontrollü MG çalışması vardır. Ancak motivasyonel görüşmenin kilo kaybı, ilaç yönetimi ve periferikvasküler hastalığı olan bireylerde işlevi geliştirmek ve hareketi arttırmak gibi sağlık davranışlarındaki değişimi sağlamada etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Serdarevica ve Lemke, 2013; Teo-Kiyoshi ve ark. 2019). MG'nin kalça kırığı sonrası toplumda yaşayan bireylerde fiziksel aktivite, öz yeterlilik, yaşam kalitesi, mobilite ve zihinsel sağlık üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışma,

fiziksel kırıklarda ve kalça kırığı sonrasında psikososyal sonuçlarda klinik olarak anlamlı iyileşmeleri sağlayacağı ve öz yeterliliği artıracığı tespit edilmiştir (O'Halloran, Shields, Blackstock, Wintle ve Taylor,2016). Hyman ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan, MG'nin kronik hastalıkların yönetimi ile ilişkili davranışlar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada, telefonla ve yüz yüze görüşme ile yapılan motivasyonel görüşmenin davranış değişim sağlamada etkili olduğu tespit edilmiştir (Hyman ve ark., 2007). [Jeong ve Jeong \(2017\), tarafından yapılan](#) başka bir çalışmada MG programının, fiziksel engelli kişilerde egzersiz seviyelerini iyileştirme potansiyeline sahip olduğu belirlenmiştir ([Jeong ve Jeong,2017](#)) .

MG sağlık davranış değişikliğini sağlayan kanıta dayalı psikoterapik bir yaklaşımdır ve yaşlı nüfus arasında tıbbi rejime uyumu arttırma konusunda yüksek potansiyele sahiptir (Bugelli ve Crowther, 2008). MG düşük maliyetli bir yöntemdir ve birinci basamakta engelli yaşlı bireylerde kullanılabilir (Özdemir ve Taşçı, 2013; Serdarevica ve Lemke, 2013). MG'nin geriatrik popülasyonda kullanım için başarılı bir şekilde benimsenmesi ve modifiye edilmesi gerekmektedir (O'Halloran ve ark.,2016).

ENGELLİ YAŞLI BİREY İLE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME ÖRNEKLERİ

Engelli yaşlı birey ile beş motivasyonel görüşme yapılmış ve örnekleri aşağıda sunulmuştur.

1.GÖRÜŞME: DÜŞÜNCE ÖNCESİ

Müdahaleyi Yapan Kişi	Aysun Ç.ÇALT
Konu	Tanışma, Kendini Tanıma, Yalnızlığı Tanıma, Öz-Yeterliliği Tanıma
Amaç	Birinci görüşmede birey ile tanışmak, bireye motivasyonel görüşme programını tanıtmak, bireyle bağ kurmak, yalnızlık duygusunu bilişsel düzeyde tanımlarını sağlamak, öz yeterlilikleri ile ilgili farkındalık düzeylerini artırmak ve yalnızlığın birey üzerine etkisini belirlemektir.
Kime/Kimlere	65 yaş üzeri ortopedik engelli bireyler

Müdahalenin Yapıldığı Yer	Bireylerin evi- Karabağlar Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Danışmanlık Odası
Bireysel Müdahale	Motivasyonel görüşme
Bireylerin Özellikleri	-
1. GÖRÜŞME	
Hedef Davranışlar	• Kişisel amaçları belirleyebilme ve ifade edebilme, • Değişim ve beceri kazanmaya hazır olabilme, • Yalnızlık duygusunu tanıyabilme, öz yeterliliği tanıyabilme, • Duygularını dışa vurabilmedir.
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	• Görüşme • Gözlem • Soru –cevap • Düz anlatım
Eğitim Araç- Gereçleri	• Her üye için bir dosya (kağıt, kalem, defter) • Tanıtıcı Bilgi Formu • Genel Özyeterlilik Ölçeği • Yaşlılar için Yalnızlık Ölçeği
İşleniş	• Birey karşılanır. • Birey kendisini tanıtır. • Görüşme programının içeriği ve sürecin nasıl ilerleyeceği ve bu sürecin üyelere nasıl katkı sağlayacağı ayrıntılı olarak anlatılır. • Motivasyonel görüşme kapsamında ele alınacak konular hakkında bireyler bilgilendirilir. • Bireylerden motivasyonel görüşme programına ilişkin bireysel amaçları belirlemeleri istenir. Hafta İçi Aktivitesi: Olumlu ve olumsuz kişilik özelliklerini ve güçlü ve zayıf yönlerini bulma konusunda düşünmesi.

Değerlendirme	Özet Kapanış: Bireye sorusu olup olmadığı sorulur. Oturum sonunda akıldan kalanları kısaca anlatması istenir. Oturumun özeti yapılır. Varsa hafta içi aktivitesi hatırlatılır.
----------------------	---

Uygulama

Her bir birey adını ve soyadını söyleyerek kendini tanıttıktan sonra adının ve soyadının anlamı, adının ve soyadının konulması ile ilgili bir hikâye varsa onu, adına ve soyadına ilişkin duygularını, bunları sevip sevmediğini, bunlarla ilgili yaşadığı acı ve tatlı anılarını anlatmalarını isteyerek başlanır. Katılımcıları desteklemek amacıyla önce kendi ad soyad öykümüz anlatılarak başlanır.

Bireylerle çalışmanın amacı, ne kadar süreceği, nasıl yürütüleceği, araştırmanın gizliliği, çalışmadan elde edilecek kazanımlar, araştırmacının beklentileri gibi konularda ayrıntılı bir görüşme yapılır. Bireylerin varsa soruları yanıtlanır, ardından “bilgilendirilmiş onam formu” doldurulur. Motivasyonel görüşme hakkında kısa bir teorik bilgi sunulduktan sonra yalnızlık ve öz yeterlilik ile ilgili açık uçlu sorular sorularak birey hakkında ayrıntılı bilgi alınır. Bireylere tüm veri toplama araçları uygulanır. İlk görüşmede sadece düşünme, düşünmeme ve hazırlık aşamalarına yönelik görüşme planı uygulanır.

• Yalnızlık Duygusu

Yalnızlık duygusu ile sosyal ve duygusal yalnızlık kavramları tanımlanır, aralarındaki farkı bireyin algılaması sağlanır. Yalnızlık: İnsanlar, yaşamlarının her hangi bir döneminde, az ya da çok yalnızlık duygusu yaşamışlardır. “Yalnızlık insan yaşamının her evresinde ister genç ister yaşlı, ister kadın ister erkek herkes tarafından yaşanan önemli bir psikolojik olgudur. Weiss (1973) yalnızlığın iki türünden söz etmektedir; duygusal ve sosyal yalnızlık. Duygusal yalnızlık; bir bireyin başka bir kişiyle bir yakınlık ya da bir bağlanma ilişkisinin olmayışından kaynaklanmaktadır. Sosyal yalnızlık ise; bir bireyin sosyal ilişki ağından yoksun olması ile oluşan bir yalnızlık türüdür”.

Yalnızlıkla Başetme: yalnızlık duygusundan, akabinde de eşlik eden duygusal zorlanmaya neden olan olumsuz duygulardan kurtulmanın yolları:

- “Başkaları ile yakın ilişkiler kurmak”,

- “Kendini kabul etmek ve olumlu benlik geliştirmek”,
- “Tek başına da olsa etkinlikte bulunmak; yürüyüşe çıkmak, hobi kursuna gitmek”,
- “Yalnızlık durumuna ilişkin bakış açısını olumsuzdan olumluya değiştirmek”,

Yalnızlık durumunu; kendini geliştirme, yaratıcı etkinliklere zaman ayırma, kendisiyle ilgili düşünme gibi olumlu yaşantıya dönüştürmek,

- “Dine ve maneviyata yönelmek”,
- “İletişimi artırmak-sosyal bağlar kurmak”,
- “Sosyal destek ağı oluşturmak”,
- “Sosyal etkinliklere ve etkileşimlere katılmak”,
- “Dolaylı sosyal ilişkiler kurmak; bireyin fizik olarak bir araya gelmesi mümkün olmayan kişilerle mektup, telefon, internet yoluyla ilişki kurması”.

Bu yalnızlıkla baş etme önerilerinden sonra, yalnızlık duygusuna alternatif duygular buldurulur.

• **Öz yeterlilik Duygusu**

Bandura’ya (1986, 1997) göre “öz yeterlilik inancı yüksek olan insanlar yeni karşılaştıkları ve mücadele etmek durumunda oldukları yaşantılardan kaçmazlar ve eylemlerini başarılı bir şekilde tamamlamak için oldukça kararlı davranmaktadırlar”. Bu nedenle, bireyin yaşamını anlamlandırabilmesi ve kendisini gerçekleştirebilmesi için öz yeterlilik algısının bireyi harekete geçiren bir katalizör görevi gördüğü söylenebilir. Birey ne kadar potansiyele ve avantaja sahip olursa olsun belli bir konuda yeterlilik hissetmiyorsa eyleme başlama ve sürdürme konusunda güçlük yaşayabilir.

“Öz yeterlilik kavramı, kişinin her alandaki toplam emosyonel uyumunun iyi göstergesidir. Altta yatan değersizlik hisleri genellikle birçok durumda ruh sağlığını etkilemekte ve hatta bozabilmektedir”. Bu nedenle danışan merkezli birçok terapi çeşidinin temel amacı benlik kavramını ve benlik saygısını iyileştirmektir.

2. GÖRÜŞME: DÜŞÜNME

Müdahaleyi Yapan Kişi	Aysun Ç.ÇALT
Konu	Yalnızlıkla Baş Etme Becerileri: Kendini Kabul-Olumlu Benlik Algısı Geliştirmeyele Öz Yeterliliği Arttırmak
Amaç	Bireyin davranış değiştirmeyi düşünmediği için görüşme yapılırken ilgili ikilem (<i>ambivalans</i>) yaratma, davranışın zararları konusunda farkındalık geliştirme, davranış değişimini düşündürme ve kararsızlığı ortadan kaldırmaktır.
Kime/Kimlere	65 yaş üzeri ortopedik engelli bireyler
Müdahalenin Yapıldığı Yer	Bireylerin evi- Karabağlar Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Danışmanlık Odası
Bireysel Müdahale	Motivasyonel görüşme
Bireylerin Özellikleri	-
2. GÖRÜŞME	
Hedef Davranışlar	• Olumlu, olumsuz gördüğü yönleriyle birlikte kendini kabul edebilme, • Güçlü ve zayıf yönlerinin farkına varabilme, • İkilemi fark edebilme, otomatik düşünceleri ortaya çıkarabilme, • Davranışları konusunda farkındalık düzeyini artırabilme, • Benliğe ilişkin olumlu bir tutum geliştirebilme, • Yalnızlığın önündeki engellerle nasıl baş edilebileceğini ifade edebilmedir.
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	• Görüşme • Gözlem • Soru -cevap

Eğitim Araç- Gereçler	Bilgisayar
İşleniş	- Bir önceki oturumun özeti yapılır. - Kendini tanıma, kendini kabulün önemi, benlik kavramı, kendini tanıma penceresi açıklanır. - Otomatik düşünceler tanıtılır. - Hafta içi aktivitesi değerlendirilir. <i>Yaşlılık konulu sosyal deney videosu izletilir.</i> Hafta İçi Aktivitesi: Albümlere bakmak ve seçtiği bir fotoğrafı bir sonraki oturuma getirmek, varsa mektupları okumak, varsa anı defterlerini okumak. <i>“Kibrit çöpünün hikayesi”</i> konulu hikayeyi okuması.
Değerlendirme	<i>Özet Kapanış:</i> Oturum değerlendirilir ve sonlandırılır.

Uygulama

Bir önceki oturumdan kısaca bahsedilir. Bireye önceki oturumla ilgili olarak sormak istedikleri herhangi bir soru olup olmadığı sorulur. Bir önceki oturumdan bu yana neler yaşandı? paylaşmak istedikleri var mı? gibi sorular sorulur ve ifade etmesi sağlanır.

Yalnızlığa yönelik neler düşündüğü ve deneyimlediği; sorun yaşadığı durumlar belirlenir. *“Bu noktada önemli olan bireyle tartışmadan, yargılamadan işbirlikçi bir yaklaşımla uyum sorunu yaşadığı konuların nedenlerini saptamaktır. Çelişkileri ortaya çıkarmak için desteklenir, ambivalansla yüzleşme sağlanır”*. Birey yalnızlığı azaltmanın önündeki engelleri azaltması için desteklenir, öz yeterliliği arttırmak için olumlu düşünce ve davranışları desteklenir.

Bunun için bireyin, “önemli amaç ve değer yargıları ile şimdiki davranışı arasında oluşan çelişkileri görmesi sağlanarak, çelişki geliştirmek için bireylere gelecekte nerede olmak istediği ve kendini nasıl görmek istediği” sorulur. Eğer bireyde sağlık, başarı, aile mutluluğu, olumlu benlik saygısı gibi değerleri öne çıkarıyorsa çelişkilerin oluşmaya başlamış olduğu kabul edilir. Ayrıca yaşanmış hayat hikâyeleri anlatılır,

konu ile ilgili araştırmalara atıfta bulunarak bireyin risk algılaması ile davranışı arasındaki çelişkiyi derinleştirmesine yardımcı olunur.

“Anımsama, kişinin önemli bulduğu geçmiş yaşantılarını düşünmesi ya da anlatması sürecine verilen addır. Özellikle ileri yaştaki bireylerle iletişim kurulduğunda, anımsama ilk gözlemlenen davranışlar arasında yerini almaktadır. Yaygın uygulanaşıyla anımsama, olumlu yaşantıların paylaşılmasını ve bu nedenle ileri yaştaki bireylere kendilerini daha güçlü, değerli ve özgüvenli hissettirmeyi amaçlamaktadır”.

Bireyden sözel yaşam öyküsünü anlatması istenir. Doğum yerlerinin hatırlanması, çocukluklarından, anne ve babalarından, bayramlardan ve özel günlerden, okul yaşamlarından, çalışmış ise ilk iş deneyiminden, eşleriyle tanışmalarından, evliliklerinden, ilk çocuklarının doğumundan, anne ve baba olduklarında neler hissettiklerinden, yaşamdaki başarılarından bahsetmeleri istenir.

Kendimizi tanıyabilmek için;

- Çevremizle iletişim halinde olacağız. İletişime açık olacağız. Fakat bunu yaparken bizim için çok gizli ve mahrem olan bilgileri söylemeyeceğiz. Burada kastedilen başkalarının bilmedikleri yönlerimizi onlara fark ettirmek. Örneğin güzel şarkı söylediğimiz gibi.
- Çevremizden geri bildirim isteyeceğiz. Geri bildirimlere açık olacağız. Geri bildirim alırken ve verirken kişiliğe değil davranışa yoğunlaşacağız.
- Başkalarının hakkımızdaki düşüncelerini merak edeceğiz.
- Olumsuz, beğenmediğimiz yönlerimizle yüzleşmeye hazır olabilmeliyiz.
- Kendinizle ilgili olayları başkalarına anlatmaktan rahatsız olmayacağız. Kendimizi iyi ifade edeceğiz.
- Kendi kendinizi eleştirebilmelisiniz. Kendini tanımanın ve kabul etmenin yollarından biriside “öz eleştiri yapabilme” becerisidir. Öz eleştiri yapabilen insan kendisini tanıır. Kendisini tanıyan insan yanlışlarını ve zayıf taraflarını iyi yönetir ve güçlü olur.
- Çevrenizdekilerin sizi olduğunuzdan başka türlü görmesinin nedenlerini araştırın.
- Başkalarının görüşlerine değer vermeliyiz.

Benlik Saygısını Yükseltmek İçin Öneriler

- Fiziksel, ruhsal ve duygusal olarak olumlu yönlerinizi değerlendirin. Bu yönlerinize yönelik sesli düşünün.
- Kendinizi başkaları ile kıyaslamayın. Sizin yaşam şartlarınız ve biyo-psiko sosyal durumunuz ile diğer bireylerin durumunu karşılaştırmayın.
- Kendi yapabildiklerinize, gerçekleştirebildiklerinize ve başarılarınıza odaklanın, yaptıklarınız için kendinizi ödüllendirin.
- Gerçekleştirebileceğinizi düşündüğünüz hedefler belirleyin, hedeflere ulaşacağınız konusunda kendinize güvenin.
- Her şeyde mükemmel olamayacağınıza ve her şeye sahip olmayacağınıza kendinizi inandırın.
- Geçmiş hayal kırıklıklarına ya da başarısızlıklarınıza gülebilmeyi öğrenin.
- Konuşmaya ihtiyacınız olduğunda sizi dinleyecek güvendiğiniz kişilerden oluşan destek sistemleri oluşturun.
- Kendinizin eşsiz olduğunu ve dünyada önemli bir yeriniz olduğunu hatırlayın.

Bireylerin “yaşantılarında başlarından geçen veya gözlemledikleri etkili bir motivasyon ile başarmış oldukları zor bir durumu veya motivasyon eksikliği nedeni ile başarısız olmuş oldukları ama yapılabilecek düzeyde olan bir durumu” paylaşımları istenir. Bireylerden kendilerini motive eden etkenlerin neler olduğunu cevaplamaları istenir.

Değerlendirme: Bireye sorusu olup olmadığı sorulur. Oturum sonunda aklında kalanları kısaca anlatması istenir. Oturumun özeti yapılır. Varsa hafta içi aktivitesi hatırlatılır.

KİBRİT ÇÖPÜNÜN HİKÂYESİ

Ben kibrit çöplerini insanların yaşantılarına benzetirim. Kibrit kutusu insanın yaşadığı toplumu ifade eder bir bakıma. Bazı kibrit çöpleri vardır, bir amaç için yanarlar, kimi bir sigara yakar, kimi bir ocak... Kimi boş yere yanıp tükenir hiçbir işe yaramadan. Kimi ise bir ormanı, bir evi, büyük bir alanı yakar, kül eder kendisiyle birlikte. Kibrit kutusunu açıp baktığınızda hepsi aynı gibi görünse de birbirinden farklı kibrit çöpleri vardır.

- Bazıları yanamayacak kadar incedir. Yakarken kırılır zannedersiniz ama bilir misiniz? En iyi onlar yanar.
- Bazıları da epeyce kalın... Zannedersiniz ki yanınca yeri göğü yakacak ama yakınca bir bakarsınız foss diye bir ses çıkarır, kendisini bile yakamaz. Sadece ucundaki kimyasal madde alev bile almadan kararır gider.
- Kimileri eğri büğrüdür ama yine de bir kibrit çöpünden beklenen fonksiyonları eksiksiz yerine getirirler.
- Her zaman en üstteki kibrit çöpleri ilk önce yanar.
- Bir büyüğümüzün çok sevdiğim bir lafı vardır. “Bir ağaçtan binlerce kibrit çöpü çıkar, bir kibrit çöpü bir ormanı yakar ” diye.
- Yanıp bitme hayatın bitmesi gibidir... Ucundan başlar, yavaş yavaş, dibine doğru ... Onları şekilleriyle değil, işlevleriyle değerlendirmeliyiz. Neyi yaktığına bakmalıyız.
- Kibrit kutularının içinde yaşanan topluma benzetmişim; ıslak bir kutudaki kibriti istediğin kadar uğraş yakamazsın... Demek ki içinde yaşanan toplum, insanı istemese de çok etkiler.
- Bazı kibrit çöpleri aykırı insanları ifade eder... tüm kibrit çöpleri aynı yöne bakarken, onlar tam tersine bakar kutuda. Kutu açıldığında ilk önce onlar göze çarpar ve herkesten önce yanarlar. Ayrılık başa beladır.
- Bazı kibrit çöpleri birbirine yapışmıştır... Dikkat ederseniz onlarda kafadar insanlar gibidirler... Kafka misali biri yanınca diğeri de yanar.
- Ama en tehlikelisi kendiyile birlikte kutuyu da yakan kibrit çöpleridir. İçindeki bulundukları toplumu çökertirler.
- Bazı kibrit çöplerinin ucunda kimyasal maddesi yoktur. Ne yaparlarsa yaparlar yanamazlar. Toplumun içerisinde öylesine yaşar giderler. Toplum nereye, onlar oraya... **acaba siz hangi tür kibrit çöpüsünüz hiç merak ettiniz mi?** <http://www.etkiliinsan.com/detay.aspx?id=127&cID=32>

3. GÖRÜŞME: HAZIRLIK

Müdahaleyi Yapan Kişi	Aysun Ç.ÇALT
Konu	Yalnızlıkla Baş Etme Becerileri-Olumsuz Sosyal Düşünceleri Değiştirme, İletişim becerileri
Amaç	Kendine ilişkin düşüncelerinin ve duygularının değişebileceğini kavratmak, hareket planı oluşturarak değişime karar vermesi ve seçenekleri düşünmesi için desteklemektir.
Kime/Kimlere	65 yaş üzeri ortopedik engelli bireyler
Müdahalenin Yapıldığı Yer	Bireylerin evi- Karabağlar Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Danışmanlık Odası
Bireysel Müdahale	Motivasyonel görüşme
Bireylerin Özellikleri	-
3. GÖRÜŞME	
Hedef Davranışlar	• Kendisini yetersiz gördüğü durumları, duyguları, düşünceleri kavrayabilme, • Yetersizlikleriyle ilgili yeni çözüm yolları bulabilme, hareket planı oluşturabilme, • Olumsuz otomatik düşünceleri tanıyabilme, • Yalnızlık duygusuna odaklanmalarını sağlayabilme, • Duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki ilişkiyi öğrenebilmedir.
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	• Görüşme • Gözlem • Soru -cevap
Eğitim Araç- Gereçleri	• Bilgisayar • Müzik

İşleniş	• Bir önceki oturumun özeti yapılır. • Hafta içi aktivitesi değerlendirilir. • Karşılaşacağı engellerle nasıl baş edeceği açıklanır, hedefleri değerleri ortaya çıkarılır, olumlu düşünce ve davranışları desteklenir, yalnızlığı azaltacak davranışların önemi irdelenir, hareket planı oluşturulur, • İhtiyaçları ortaya çıkarılır, çevredeki diğer bireylerin kişisel destek sağlanması ile sürece olumlu katkıları belirtilir, beceri ortaya çıkarılır, motivasyon arttırılır, öz yeterlilik desteklenir, • Bireylerin duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişkilere dair <i>ambivalans</i> hacı uygulanarak çelişkileri ortaya çıkarılır. • Yalnızlık duygusunu yaşadıklarında ve gerildiklerinde mücadele etmek için “<i>rahatlama egzersizi öğretilir ve uygulanır</i>”. • Bireylerin sözlü ve sözsüz iletişim becerilerini doğru bir şekilde kullanmaları sağlanır, etkin dinleme becerisi kazandırılır,, sen dili - ben dili kullanılır. <i>Etkili iletişim konulu sunum yapılır</i> ve sunum dokümanları kitapçık şeklinde verilir (Ek-16). Hafta İçi Aktivitesi: Yalnızlıkla ilgili çözüm cümleleri oluşturulması. Varsa sevdikleri bir şiir şarkı sözü getirmeleri.
Değerlendirme	<i>Özet Kapanış:</i> Oturum değerlendirilir ve sonlandırılır.

Uygulama:

Bir önceki oturumda hafta içi aktivitesi olarak verilen Kibrit Çöpü Hikayesi ve albüme bakma etkinlikleri ile ilgili olumlu ve olumsuz geri bildirim vermeleri istenir.

Bu aşamada ***bireyin ikilemini çözmesine yardımcı olma ve değişimin yararlarının daha önemli olduğunu farketmesini sağlamak amaçlanmıştır.*** Bu amaçla görüşmelere, önce problem ve değişim konusunda gelen nokta özetlenerek başlanır, anahtar sorularla devam edilerek, *bireyin onayı* alınarak önerilerde bulunulur ve bireyin kendini değerlendirmesine olanak sağlanır. Ayrıca bireyin bilgi eksikliği varsa *bireyin onayı* alınarak bilgilendirme yapılır. Kendisi için nasıl öz değerlendirme yaptığı değerlendirilir. Bireyin sorun yaşadığı konuda değişim için engel olan önceki deneyimleri paylaşılır. Görüşmeler esnasında ***bireylerin değişim için yeteri kadar nedeni olduğuna inanmalarına ve değişimi gerçekleştirebilecekleri yönünde kendilerine güven*** duymalarına öncülük edilir.

Bireye “şu anda ne hissediyorsunuz?” sorusunu sorar ve duygularını ifade etmesi istenir. Duygularının ve davranışlarının nedeninin olaylar değil olaylar hakkındaki düşüncelerimiz olduğu anlatılır.

• Kendini Tanıma

Bireye 2 dakika süre verilir ve daha sonra şu açıklama yapılır; kendini tanıma penceresinin mesajı şudur: Gizli, kör ve bilinmeyen bölgeyi küçülterek açık bölgenizi genişletebilirsiniz. Bunu yapan birey kendisiyle ilgili bilmediği pek çok özelliğinin farkına varacak ve kendini tanıma düzeyi artacaktır. Peki bunu nasıl yapacağız? diyerek bireyin fikirlerini aldıktan sonra aşağıdaki maddeleri tek tek sıralar.

Kendimizi tanıyabilmek için;

- Kendimizi başkalarına açarak gizli yönlerimizi tanıtacağız.
- Çevremizle iletişim halinde olacağız. İletişime açık olacağız. Fakat bunu yaparken bizim için çok gizli ve mahrem olan bilgileri söylemeyeceğiz. Burada kastedilen başkalarının bilmedikleri yönlerimizi onlara fark ettirmek. Örneğin güzel şarkı söylediğimiz gibi.
- Çevremizden geri bildirim isteyeceğiz. Geri bildirimlere açık olacağız. Geri bildirim alırken ve verirken kişiliğe değil davranışa yoğunlaşacağız.
- Hakkımızdaki eleştirileri dinleyeceğiz.
- Başkalarının bizim hakkımızdaki düşüncelerini merak edeceğiz.

- Kendinizle ilgili olayları başkalarına anlatmaktan rahatsız olmayacağız. Kendimizi iyi ifade edeceğiz.
- Kendi kendinizi eleştirebilmelisiniz. Kendini tanımanın ve kabul etmenin yollarından birisi de “öz eleştiri yapabilme” becerisini geliştirmektir. Öz eleştiri yapabilen insan kendisini tanır. Kendisini tanıyan insan yanlışlarını ve zayıf taraflarını iyi yönetir ve güçlü olur.

Ardından Ambivalans Hacı anlatılır. Model, üyelerin yaşantılarında var olan örneklerle ilişkilendirilerek anlatılır ve bireyin modeli anlayıp anlamadığına ilişkin geri bildirimler alınır. Daha sonra bireylerden kendilerini yalnız hissettiklerinde neler düşündükleri paylaşılır. Yalnızlık durumunda yaşanan duygular paylaşıldıktan sonra, yalnızlıkla nasıl baş ettikleri paylaşılır. Daha sonra danışanlardan yalnızlığa ilişkin gerçekçi olmayan, olumsuz inançlarını bulma ve bunları alternatifleri ile değiştirmeleri istenir. Ayrıca alternatif baş etme yöntemlerinin neler olabileceği üzerine odaklanmaları istenir.

Değişim konuşmasını başlatmadan önce bireyin değişim konusundaki **istek, beceri, neden ve ihtiyaçları** ortaya çıkarılır. Değişim konusunda yanlış bilgileri olduğunu fark ettiğimiz zaman bireyden izin alınır **“size bu konuda açıklama yapmama izin verir misiniz?”** diye sorulur bireye açıklama yapılır. Amaç, bireyi hatalı davranışı ile yüzleştirmek değil, bireyin hatalı davranışı kendisinin fark etmesini sağlamaktır. Bireyin olumlu **davranışlarını ve yönlerini destekleyip güçlendirmek** değişimde devamlılığı sağlayabilmek için oldukça önemlidir.

Ambivalans Hacı

Bu davranışın iyi yanları neler?	Bu davranışın o kadarda iyi olmayan yanları neler?
Bu davranışı değiştirmenin iyi yanları neler olabilir?	Bu davranışı değiştirmenin o kadar da iyi olmayan yanları neler olabilir?

• Egzersiz:

Üyelere yalnızlık duygusunu yaşadıklarında ve gerildiklerinde uygulayacakları rahatlama egzersizi anlatılır ve uygulanır (Brassell, 1997). Yönerge bireylere öğretilir ve örneği verilir.

Temel Rahatlama Eğitimi

- Arkana yaslan ve mümkün olduğunca rahat ol. Gözlerini kapat (Birkaç saniye bekleyin) Derin bir nefes al ve nefesini tut. (Bekleyin) Tut. (Bekleyin) (Nefesinizi rahatlıkla tutabileceğinize inandığınız bir süre her birkaç saniyede bir tut kelimesini tekrarlayın.)
- Şimdi dudaklarını hafifçe arala ve nefesini ağızdan dışarı ver (Bekleyin) ve hazır olduğunuzda tekrar derin nefes al. (Nefes alabileceğiniz bir süre bekleyin) Gerilimin bedeninizi terk ettiğini hissedene kadar bu şekilde nefes almaya devam et. (Bekleyin) Hazır olduğunda da daha doğal bir biçimde burnundan nefes al. (Nefesinizin normal duruma dönmesi için yeterli olduğuna inandığınız bir süre bekleyin.)
- Yavaş yavaş burnundan doğal nefes al. (Bekleyin) Serin hava dalgasının burun deliklerinden içeri girişine dikkat et. (Bekleyin) Serin sükuneti içine çektiğini, sıcak gerilimi dışarı verdiğini hayal et. (Bekleyin)
- Serin sükuneti içine çekiyor, sıcak gerilimi dışarı veriyorsun. (Bekleyin) Serin sükuneti içine çekiyor, sıcak gerilimi dışarı veriyorsun. (Bekleyin) Sükuneti içine çekmeye, gerilimi dışarı vermeye konsantre ol. (Bekleyin) Sükuneti içine çekip, gerilimi dışarı verirken, bırak her nefes alışın seni biraz daha rahatlatсын (Bir-iki dakika bekleyin).
- Şimdi bedenin geri kalan kısmını mümkün olduğunca gevşek tutarak, sağ yumruğunu giderek artan bir güçle sık. (Bekleyin) Bedenin geri kalanı gevşek, ama sağ yumruğu sık. (Bekleyin)
- Şimdi sağ kolun altını sık. Kaslarını yumruğundan bile sıkı hale getir. Gerilimi hisset, onu fark et ve ona konsantre ol. (Bekleyin) Sık. (Bekleyin) Sık. (Bekleyin)
- Şimdi gevşe. (Bekleyin) Sağ kolun alt kısmındaki ve yumruğundaki gerilimi bırak gitsin, gevşe. Aradaki farkı hisset. (Bekleyin) Sağ elinin nasıl gevşeyip, yumuşadığını hisset. Sağ elinin nasıl gevşeyip, yumuşadığına dikkat et. (Bekleyin) Gevsemeye konsantre ol. (Bekleyin)
- Şimdi sağ kolunun alt kısmını ve elini gevşek tutarak, sağ kolunun üst kısmını sık ve tut. (Bekleyin) Tut gerilimi hisset. (Bekleyin) Şimdi gevşe, kolunun üst kısmını tamamen gevşet. Sağ kolunun üst kısmını terk eden gerilimi hisset. (Bekleyin) Gevşe. (Bekle-

yin) Kolundaki gevşemeye ve yumuşamaya konsantre ol. (Bekleyin) Şimdi sağ kolunun üst kısmını tekrar sık. Kaslarını sert ve gergin hale getir. Tut. (Bekleyin) Şimdi kolundaki gerilimi aniden bırak. (Bekleyin) Sağ kolunun tamamına konsantre ol. Mümkün olduğunca gevşek ve yumuşak hale getir. Sağ kolunun tamamını gevşet. (Bekleyin) Derin daha derin. (Bekleyin)

- Bırak gerilim gitsin. (Bekleyin) Çok daha çok. (Bekleyin) Şimdi, vücudunun geri kalan kısmını mümkün olduğunca gevşek tutarak, sol yumruğunu giderek artan bir güçle sık. (Bekleyin) Vücudunun geri kalanı gevşek ama sol yumruğun sıkı. (Bekleyin) Şimdi sol kolunun alt kısmını sık. Kaslarını yumruğundan bile sıkı hale getir. Gerilimi hisset, onu fark et ve ona konsantre ol. (Bekleyin) Sık. (Bekleyin) Sık. (Bekleyin)
- Şimdi gevşe. (Bekleyin) sol kolunun alt kısmındaki ve yumruğundaki gerilimi bırak gitsin, gevşe. Aradaki farkı hisset. (Bekleyin) Sol elinin nasıl gevşeyip, yumuşadığını hisset. Sol elinin nasıl gevşeyip, yumuşadığını dikkat et. (Bekleyin) Gevşemeye konsantre ol. (Bekleyin) Şimdi sol kolunun alt kısmını ve elini gevşek tutarak, sol kolunun üst kısmını sık ve tut. (Bekleyin) Tut, gerilimi hisset. (Bekleyin)
- Şimdi gevşe, kolunun üst kısmını tamamen gevşet. Sol kolunun üst kısmını terk eden gerilimi hisset. (Bekleyin) Gevşe. (Bekleyin) Kolundaki gevşemeye ve yumuşamaya konsantre ol. (Bekleyin) Şimdi sol kolunun üst kısmını tekrar sık. Kaslarını sık ve gergin hale getir. Tut. (Bekleyin) Şimdi kolundaki gerilimi aniden bırak. (Bekleyin) Sol kolunun tamamına konsantre ol. Mümkün olduğunca gevşek ve yumuşak hale getir. Sol kolunun tamamını gevşet. (Bekleyin) Bırak gerilim gitsin. (Bekleyin) Çok, daha çok. (Bekleyin) Şimdi alnındaki kaslara konsantre ol. Bütün dikkatini bu kaslar üzerinde yoğunlaştır.
- Alnındaki kasları büz. (Bekleyin) Sıkı, daha sıkı. (Bekleyin) Tut. (Bekleyin) alnındaki tüm gerilimi tut. (Bekleyin) Şimdi gevşe, alnındaki bütün gerilimi gevşet. Bırak gitsin ve gevşe. (Bekleyin) Alnındaki gevşemeye konsantre ol. Alnındaki kasların nasıl gevşeyip rahatladığını hisset. (Bekleyin) Şimdi alnındaki kasları tekrar büz. Kaslarını iyice çat. Alnındaki kasların gerildiğini hisset. (Bekleyin) Alnındaki gerilime konsantre ol. (Bekleyin) Şimdi gevşe. Bırak gitsin ve gevşe. Alnının giderek daha pürüzsüz olduğunu hisset. (Bekleyin) Gergin bir alınlı, gevşek bir alın arasındaki farka dikkat et. (Bekleyin)

- Şimdi gözlerinin, burnunun ve yanaklarının etrafındaki tüm kasları ger. Yüzündeki gerilime konsantre ol. (Bekleyin) Şimdi gerilimden uzaklaş ve gevşe. Yüzündeki tüm kaslar yumuşasın ve gevşesin. Yüzündeki pürüzsüzlüğü hisset. Gevşe ve öyle kal. (Bekleyin) Şimdi tekrar burnunun ve yanaklarının etrafındaki tüm kasları ger. (Bekleyin) Gerilimi hisset. Onu fark et. Gergin bir yüzle gevşek bir yüz arasındaki farka dikkat et. (Bekleyin) Şimdi gevşe. Gerilimi tamamen temizle. Yüzünün gevşeyip, yumuşadığını hisset. Rahatlama duygusuna konsantre ol. (Bekleyin) Dikkatini çenene kaydır.
- Dişlerini sık. Çenendeki gerilimi hisset. (Bekleyin) Tut. (Bekleyin) Tüm gücünle ısır ve ağzından yayılan gerilimi hisset. (Bekleyin) Şimdi bırak. Ağzındaki ve çenendeki tüm gerilim gitsin. Ağzın giderek gevşesin. Aradaki farkı hisset. (Bekleyin) Şimdi tamamen rahatla. (Bekleyin)
- Bütün dikkatini ensene ver. Başının arka tarafını kas ve ensendeki gerilimi hisset. Kaslarının giderek gerildiğini hisset. Enseni gergin tut. (Bekleyin) Şimdi gevşe. Bırak gerilim gitsin. Ensen gevşek ve rahat. (Bekleyin) Ensendeki kasları tekrar ger. Gerilimi hisset. Başının arka kısmını kas ve gerilime dikkat et. (Bekleyin) Tekrar gevşe. Ensen aniden gevşedi. Pürüzsüz ve gevşek, nasıl gevşediğini hisset. (Bekleyin)
- Omuzlarını yukarı doğru kaldır ve gerilimi hisset. (Bekleyin) Tut. Omuzlarındaki gerilimi tut. Hisset. (Bekleyin) Şimdi gevşe. Omuzlarını gevşet. Bırak gerilim gitsin. Gevşemenin gerilimden nasıl farklı olduğunu hisset. (Bekleyin) Tekrar omuzlarını yukarı doğru kaldır. (Bekleyin) Omuzlarını yukarıda tut. (Bekleyin) Şimdi bırak. Omuzlarını düşür. Bırak omuzların gevşeyip, yumuşasın. Tamamen gevşeme duygusuna konsantre ol. (Bekleyin) Vücudunu gevşek tutarak birkaç dakika nefesine konsantre ol.
- Burun deliklerinden çıkan ılık havaya odaklan. Ilık hava dışarı çıkarken, içeri giren serin havayı hisset. (Bekleyin) Bütün vücudun gevşeyip rahatlasın. Oturduğun yerde eriyormuşsun gibi hisset. Giderek gevşiyorsun, giderek yumuşuyorsun. (Bekleyin) Rahatlama duygusunun zevkini çıkar. (Bekleyin)
- Tüm dikkatini karın kaslarına topla. Onları sık. Karın kaslarını bütün gücünle sık. (Bekleyin) Tut. (Bekleyin) Gevşe, karın kaslarını gevşet. Bütün gerilim gitsin. Gevşe ve rahatla. (Bekleyin) Karın kaslarını tekrar sık. Sık. Kaslarını sıkı ve gergin tut. (Bek-

leyin) Şimdi bırak. Karın kasların gevşesin. Bütün gerilim gitsin. (Bekleyin)

- Kalçalarını sık. Kaslarını sık ve bir süre öyle tut. (Bekleyin) Şimdi bırak. Kaslarını gevşet ve rahatla. Tamamen rahatla. (Bekleyin) Kalçalarını tekrar sık. Kalçalarını sıkı tut. Tut. (Bekleyin) Tut. (Bekleyin) Şimdi gevşe, gevşe. Bütün kasların gevşek ve rahat. Bütün vücudunun; omuzlarının, karnının, kalçalarının tamamen gevşemesine dikkat et. (Bekleyin) Bacak kaslarına konsantre ol ve sık. Bacaklarındaki gerilimi tut. Bacaklarını gergin tut. (Bekleyin) Şimdi bırak. Bacaklarını gevşet. Gevşek ve yumuşak, gerilim yok. (Bekleyin)
- Bacaklarını tekrar sık. Gerilime konsantre ol. (Bekleyin) Tut. (Bekleyin) Gerilimi bırak. Bacak kasların şimdi yumuşak ve gevşek, kasların tamamen gevşek. (Bekleyin) Baldır kaslarını sık. Mümkün olduğunca sık. Ayaklarınla yeri iterek baldırlarındaki baskıyı artır. (Bekleyin) Tut. (Bekleyin) Şimdi bırak. Baldırlarındaki tüm gerilim gitsin. Baldırların gevşesin ve yumuşasın. Tamamen gevşek. (Bekleyin) Dikkatini sağ ayağına ver. Kaslarını sık, sık. Sağ topuğunu yere bastır. (Bekleyin) Çok gergin, çok sıkı. (Bekleyin)
- Şimdi sağ ayağındaki tüm kasları gevşet. Ayağın yumuşak, gevşek ve rahat. Bütün kasların pürüzsüz. (Bekleyin) Sağ ayağını tekrar sık. Yere bastır. Yeri it. (Bekleyin) Sıkı ve gergin. (Bekleyin) Gevşe, sağ ayağın gevşesin. Yumuşak ve gevşek. (Bekleyin) Sağ ayağın tamamen gevşek. (Bekleyin) Şimdi dikkatini sol ayağına ver. Kaslarını sık, sık. Sol topuğunu yere bastır. (Bekleyin) Çok gergin, çok sıkı. (Bekleyin)
- Şimdi sol ayağındaki tüm kasları gevşet. Ayağın yumuşak, gevşek ve rahat. Bütün kasların pürüzsüz. (Bekleyin) Sol ayağını tekrar sık. Yere bastır. Yeri it. (Bekleyin) Sıkı ve gergin. (Bekleyin) Gevşe, sol ayağın gevşesin. Yumuşak ve gevşek. (Bekleyin) Sol ayağın tamamen gevşek. (Bekleyin) Vücudundaki başlıca kas gruplarını gerdin ve rahatlattın.
- Şimdi bütün vücudunu birkaç dakika gevşek tut. (Bekleyin) Çok ağırlaşsın. Çok çok ağır. Tamamen gevşek. (Bekleyin) Bütün vücudunu gevşet ve bir iki dakika boyunca sürekli olarak “sükunet” kelimesini tekrarla. Tamamen gevşemiş beden ve bu sözcük arasında bir bağlantı kur. (Bekleyin) Şimdi gözlerini yavaşça aç. Kendini dengelemek için biraz bekle. (Bekleyin) Şimdi günlük aktivitelerine dönebilirsin.

Değerlendirme: Bireye sorusu olup olmadığı sorulur. Oturum sonunda aklında kalanları kısaca anlatması istenir. Oturumun özeti yapılır. Varsa hafta içi aktivitesi hatırlatılır

4. GÖRÜŞME: EYLEM

Müdahaleyi Yapan Kişi	Aysun Ç.ÇALT
Konu	Yalnızlıkla Baş Etme Becerileri, Öz yeterliliği Geliştirme Becerileri
Amaç	Yaşamda geleceğe umutla bağlanmanın ve buna yönelik hareket planını (fiziksel aktivite, sosyal çevre gibi) uygulamanın önemini fark ettirmektir.
Kime/Kimlere	65 yaş üzeri ortopedik engelli bireyler
Müdahalenin Yapıldığı Yer	Bireylerin evi- Karabağlar Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Danışmanlık Odası
Bireysel Müdahale	Motivasyonel görüşme
Bireylerin Özellikleri	-
4. GÖRÜŞME	
Hedef Davranışlar	• Öz yeterliliği arttırmada beslenme fiziksel aktivitenin önemini kavrayabilme, • Kendini ödüllendirmenin önemi kavrayabilme, • Şimdiki durumun sonuçları ve değişimin yararlarının farkına varabilme, • Sosyal çevre değişiminin önemini farkına varabilme, • Eski davranışa dönmeyi engellemenin yollarını ifade edebilme, • İlgi duyduğu alanların farkına varabilmedir.
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	• Görüşme • Gözlem • Soru –cevap • Sunuş • Düz Anlatım

Eğitim Araç- Gereçleri	• Bilgisayar • Müzik • Bireylerin getirdiği şiir, deneme ve öyküler.
İşleniş	• Bir önceki oturumun özeti yapılır ve hafta içi aktivitesi değerlendirilir. • “Beslenmemize göz atmaya ne dersiniz” ve “engelli yaşlılar ve fiziksel aktivitenin önemi” konulu sunu anlatılır (Ek-16). • Karar dengesi oluşturulmaya çalışılır. • Hedefleri değerleri ortaya çıkarılır. • Kendini ödüllendirmenin önemi konuşulur. • Şimdiki durumun sonuçları ve değişimin yararlarının farkına vardırılır. • Sosyal çevre değişiminin önemi vurgulanır. Hafta İçi Aktivitesi: Bir arkadaş, ak-raba ile görüşmek.
Değerlendirme	Özet Kapanış: Oturumlar değerlendirilir ve sonlandırılır.

Uygulama

Bu aşamada bireyin yeni davranışıyla ilgili **hareket planı oluşturması** amaçlanmıştır. Hareket planı oluşturulurken sınırları kendisinin koyması sağlanacak ve süreci olumsuz etkileyebileceği için zorlayıcı bir tutum içinde olunmayacaktır.

Bireyin değişim için **karar dengesini** ortaya çıkarmak için değişimi yapmazsa ne kaybedeceğini, yaparsa ne kazanacağı üzerine konuşulur. Önemlilik, güven-yeterlilik cetvelleri ve üçlü karar dengesi kullanılır ve öz yeterliliği desteklenir. Birey değişime hazır değilse, bireyin bu konudaki çelişkili düşüncelerini ifade etmesi desteklenir. Uç durumlar sorgulanır ve **geleceğe bakması** sağlanır. Şuan ki durumuyla devam ettiğinde ve değişim olduğunda gelecekte nasıl olacağı (mesela 5 yıl sonrası) karşılaştırılır. Böylece kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasında-

ki çelişkileri bireyin zihninde ortaya çıkarılmaya çalışılır. Burada amaç bireyin kendisini daha iyi tanınmasıdır.

Bu aşamada bireyin hedefine ne kadar yakın ya da uzak olduğunu anlayabilmesi için ilk iki oturumdaki durumu özetlenir. Bireyin olumlu yönleri desteklenir. Empatik yaklaşımla şimdiki durumunun olumsuz yanlarının farkına varması ve değişimin avantajlarının farkına varıp anlaması için değişimi konuşması sağlanır. Değişimi tetikleyecek sorular sorulur. *Değişim bireyin vermesi gereken bir karar olduğu için, uygulayıcı sadece bireyi değişime hazırlayan itici güçtür.* Bu yüzden bireye bundan sonraki aşamada ne yapmak istediği sorgulanarak sürece devam edilir. Eğer birey değişim için hazırsa, bireyle birlikte değişim planı yapılır. Nasıl, ne zaman, nerede gibi detaylar belirlenir. Birey değişim için hazır olma aşamasında değilse, önceki aşamalara tekrar bakılır.

Bireyle geleceğe dair beklentileri, **hedefleri ve değerleri** konuşulur. Bir sorunlu davranış varsa “senin için hayatta neler önemli” gibi sorular sorularak bu sorunla davranışın bireyin hedefleri ve değerleri ile ne kadar içsel olduğu anlaşılmaya çalışılır. Bireye empati yapmaktan ziyade empatik ortamın yaratılması daha önemlidir.

DEĞERLENDİRME: Bireye sorusu olup olmadığı sorulur. Oturum sonunda aklında kalanları kısaca anlatması istenir. Oturumun özeti yapılır. Varsa hafta içi aktivitesi hatırlatılır.

5. GÖRÜŞME: EYLEM/ SÜRDÜRME

Müdahaleyi Yapan Kişi	Aysun Ç.ÇALT
Konu	Yalnızlıkla Baş Etme Becerileri/ Değerlendirme
Amaç	Başarıyı destekleme, davranış değişiminin devamını sürdürme ve eski davranışa dönmeyi engellemektir.
Kime/Kimlere	65 yaş üzeri ortopedik engelli bireyler
Müdahalenin Yapıldığı Yer	Bireylerin evi- Karabağlar Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Danışmanlık Odası
Bireysel Müdahale	Motivasyonel görüşme
Bireylerin Özellikleri	-

5. GÖRÜŞME	
Hedef Davranışlar	• Kendini ödüllendirmenin önemini kavrayabilme, • Değişen davranışı sürdürebilme, • Sağlıklarıyla ilgili değişiklikleri fark etmelerinin önemini kavrayabilme, • Öz yeterliliğin sürdürülmesinin önemini kavrayabilmedir.
Öğretme Yöntem ve Teknikleri	• Görüşme • Gözlem • Soru –cevap • Düz Anlatım
Eğitim Araç- Gereçleri	• YİYO • Genel Özyeterlilik Ölçeği
İşleniş	• Bir önceki oturumun özeti yapılır. • Hafta içi aktivitesi değerlendirilir. • Önemlilik güven neden skalası uygulanır. • Yalnızlığı değerlendirme skalası uygulanır.
Değerlendirme	<i>Özet Kapanış:</i> Oturumlar değerlendirilir ve sonlandırılır.

Uygulama

Bir önceki oturumun özeti yapılarak yeni oturum başlatır. Bireye “-Her bir oturumda öğrenilen bilgiler özetlenir üyelerle paylaşılır. Bu güne kadar yaptığımız uygulamalarla ilgili geriye baktığınızda neler düşünüyor, neler hissediyorsunuz, bunları paylaşalım” diye sorulur.

Yalnızlığın azalması sizin için ne kadar önemli. 0-10 arası puan vererseniz 0 hiç önemli değil, 10 çok önemli sizin puanınız kaç olur.

.....davranışı değiştirmek konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz. 0 hiç güvenmiyorum, 10 çok güveniyorum olsun sizin puanınız 0-10 arası kaç olurdu.

Bireye ön testte uygulanan ölçeklerin tümü uygulanır. Bireye çalışmaya ait veri toplama aşamasının bittiği ancak görüşmelerin ve takiplerin istenilirse daha sonra da devam edebileceği bildirilir.

Kaynaklar

- Britton, P.C., Williams, G.C., & Conner, K.R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *J Clin Psychol*, 64(1), 52-66.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2010). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.
- Bugelli, T., & Crowther, T. R. (2008). Motivational interviewing and the older population in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 32, 23-25.
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 637-644.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1:91, 111.
- Hu, X., Wang, S., & Li, Q. (2018). The effect of continuous nursing based on transtheoretical model on elderly patients with knee osteoarthritis. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 34(28), 2166-2170.
- Hyman, D.J., Pavlik, V.N., Taylor, W.C., Goodrick, G.K., & Lemuel, M. (2007). Simultaneous vs. sequential counseling for multiple behavior change. *Archives of Internal Medicine*, 167, 1152-1158.
- Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Niessen, L., Elwyn, G., & Grol, R. (2009). Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations, *BMC Health Services Research*, 9 (19), 1-12.
- [Jeong, J.H.](#), & [Jeong, I.S.](#) (2017). Development and evaluation of a motivational interviewing program for exercise improvement in persons with physical disabilities. *J Korean Acad Nurs*, 47(3), 406-419.
- [Karimi, Z.](#), [Majlesi, F.](#), [Tol, A.](#), [Foroushani, A.R.](#), [Sahaf, R.](#), [Gol, M.A.](#), & Mohebbi, S. (2015). The effect of educational intervention on the promotion of physical activities of the elderly men in qom city: Application of Trans-Theoretical Model. *Iranian Journal of Ageing*, 10(3), 182-191.
- Koo, K.M., Park, C.H., & Kim, C.J. (2017). Development of strategies for changing in physical activity behaviors on older adults with disabilities. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 13(6), 676-683. doi:<https://doi.org/10.12965/jer.1735144.572>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2009). *Motivasyonel görüşme, insanları değişime hazırlama* (F. Karadağ, K. Ögel, A.E Tercan, Çev.). Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
- Moral, R.R., Torres, L.A.P., Ortega, L.P., Larumbe, M.C., Villalobos, A.R., García, J.A.F., & Rejano, J.M.P. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary

- care. *Patient Education and Counseling*, 98,977–983.doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008.
- Nes, V. M.,&Sawatzky, V. A. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22 ,654-660.
- Noordman, J., Van der Lee, I., Nielen, M., Vlek, H., Van der Weijden, T., &Van Dulmen, S. (2012). Do Trained Practice Nurses Apply Motivational Interviewing Techniques in Primary Care Consultations? *J Clin Med Res*, 4(6), 393-340.
- O'Halloran, P.D., Shields,N., Blackstock, F., Wintle,E., & Taylor ,N.F. (2016). Motivational interviewing increases physical activity and self-efficacy in people living in the community after hip fracture: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(11).
- Ögel, K. (2014). *Psikososyal Tedaviler*. (s.213-227). <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/psikososyal.pdf>.
- Özdemir, H., Taşçı, S.(2013). Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*,1(1).
- Palacio, A., Garay, D., Langer, B., Taylor, J., Wood, B.A., Tamariz, L.(2016). Motivational interviewing improves medication adherence: A systematic review and metaanalysis. *Journal Of General Internal Medicine*,31(8), 929-40.
- Prochaska, J.O., Butterworth, S., Redding, C.A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M.,&Prochaska, J. M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prev Med*, 46(3), 226-231.
- Serdarevica, M.,& Lemke, S.A. (2013).Motivational interviewing with the older adult. *Int J Ment Health Promot*,15,240-249.
- Sleet, D.A.,&Dellinger, A M. (2020). Using behavioral science theory to enhance public health nursing. *Public Health Nurs*, 37,895–899. doi:10.1111/phn.12795.
- Szczekala, K., Kanadys, K., Wiktor, K., &Wiktor, H. (2018). Significance of motivational interviewing in public health. *Pol J Public Health*,128(3),128-131. doi:10.2478/pjph-2018-0025
- Teo-Kiyoshi, H., Cohen, J.D., Dieckmann F.N.,&Snyder-Nortrup, K. (2019). Feasibility of Motivational Interviewing to Engage Older Inpatients in Fall Prevention: A Pilot Randomized Controlled Trial,*Journal of Gerontological Nursing*, 45(9),19-29. doi:10.3928/00989134-20190813-03
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G.,& Robbins, M. L. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40, 174-195.
- Zazo, F.J., Romero-Blanco, C., Castro-Lemus, N., &Dorado-Suárez, A.S. (2020). Transtheoretical model for physical activity in older adults: Systematic

Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 9262. doi:10.3390/ijerph17249262

Zomahoun, H.T.V, Guenette, L., Gregoire, J.P., Lauzier, S., Lawani, A.M., Ferdynus, C. et al. (2017).Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Epidemiology*, 46(2), 589-602.