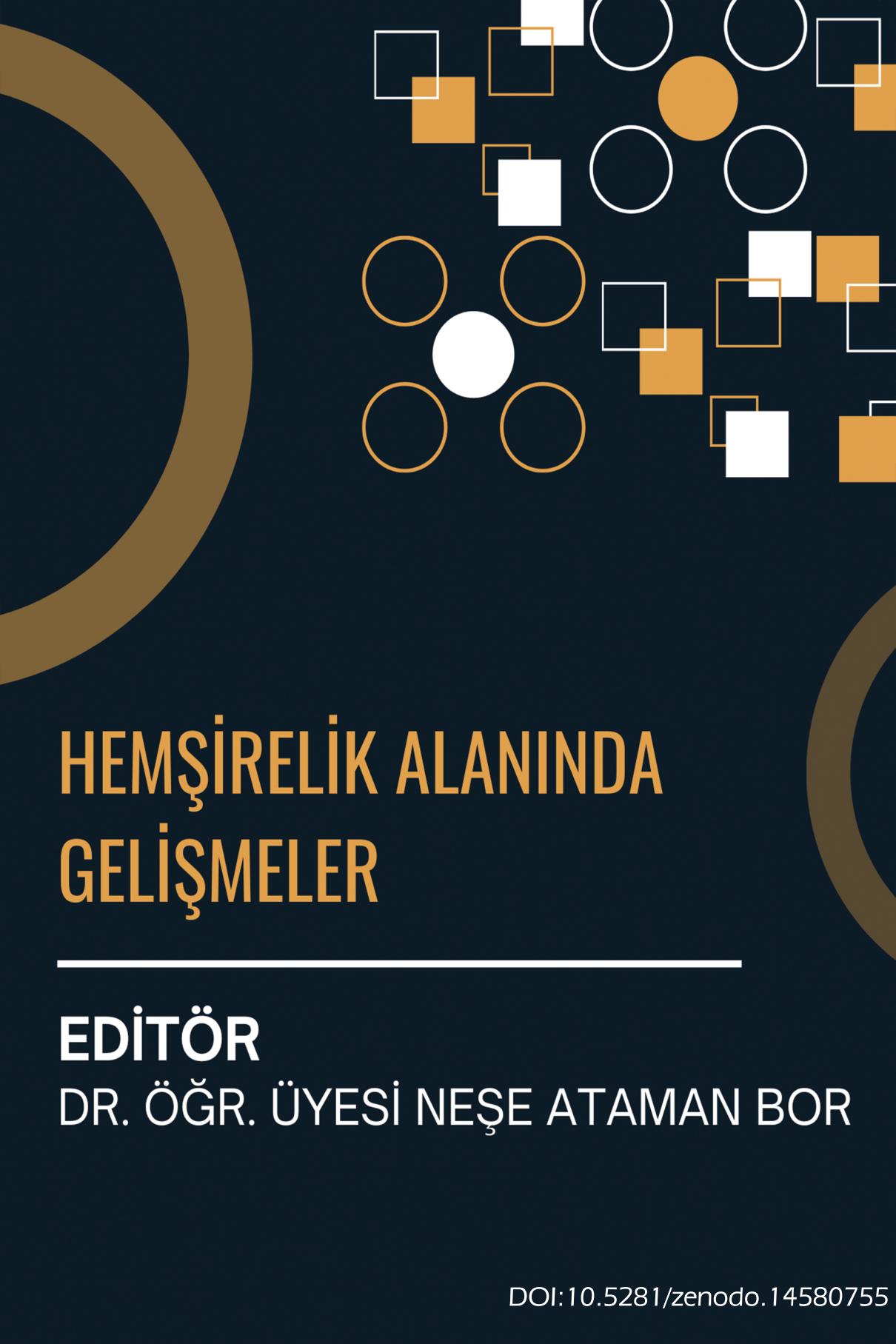




HEMŞİRELİK ALANINDA GELİŞMELER

EDİTÖR

DR. ÖĞR. ÜYESİ NEŞE ATAMAN BOR

Hemşirelik Alanında Gelişmeler

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Neşe Ataman Bor

İmtiyaz Sahibi
Platanus Publishing®

Editör
Dr. Öğr. Üyesi Neşe Ataman Bor

Kapak & Mizanpaj & Sosyal Medya
Platanus Yayın Grubu

Birinci Basım
Aralık, 2024

Yayımcı Sertifika No
45813

Matbaa Sertifika No
47381

ISBN
978-625-6618-22-7

©copyright
Bu kitabın yayım hakkı Platanus Publishing'e aittir.
Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin
alınmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Adres:Natoyolu Cad. Fahri Korutürk Mah. 157/B,
06480, Mamak, Ankara, Türkiye.
Telefon: +90 312 390 1 118
web: www.platanuskita.com
e-mail: platanuskita@gmail.com



PLATANUS PUBLISHING®

İçindekiler

BÖLÜM 1.....	5
Araştırma Etiği ve Yazarlık Sorunları: Hemşirelik Perspektifi	
Meltem Kaya	
BÖLÜM 2.....	17
Kronik Hastaların Bakımından Sorumlu Aile Üyelerinin ve Bakım Verenlerin Bakım ile İlgili Yükleri	
Zühal Palioğlu & Gülsüm Asilkan Kaldık	
BÖLÜM 3.....	31
Yaşlıların Suistimali, Yaşlanma ve Ayrımcılık	
Zühal Palioğlu & Elif Oral	
BÖLÜM 4.....	47
Navigasyon Programı/Navigatör Hemşireliği	
Muazzez Şahbaz & Züleyha Seki	
BÖLÜM 5.....	59
Hemşirelerde Örgüt Kültürü	
Emel Tuğrul	
BÖLÜM 6.....	73
Egzersiz: Psikolojik Sağlığı Güçlendiren Bir Araç	
Arzu Karakaya & Erçen Büşra Oyman	
BÖLÜM 7.....	85
Hemşirelerde Vardiyalı Çalışmanın Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi	
Neşe Ataman Bor	
BÖLÜM 8.....	99
Afetzede Bireylerde Umudun ve Yaşam Anlamlılığının Önemi	
Aysel Akbeniz	
BÖLÜM 9.....	105
Nitel Araştırmalar ve Hemşirelik	
Duygu Yeşilfidan & Merve Özkan	

BÖLÜM 10 115

Hemşirelik Eğitiminde Yapay Zeka: Fırsatlar ve Zorluklar

Neşe Ataman Bor

BÖLÜM 11 125

Yaşlılarda Kırılganlık ve Hemşirelik Yaklaşımı

Deniz Ezgi Bitek & Filiz Dilek

BÖLÜM 12 137

**The Efficacy of Training and Progressive Muscle Relaxation Exercises on
Symptom Management and Quality of Life Among Menopausal Women: A
Semi Experimental Study**

Gülşen Ak Sözer & Emel Ege



BÖLÜM 1

Araştırma Etiği ve Yazarlık Sorunları: Hemşirelik Perspektifi

Meltem Kaya¹

¹ Öğr. Gör., Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Karabük Üniversitesi
ORCID: 0000-0003-4525-2327

Giriş

Teknolojideki gelişmeler sayesinde bilgiye ulaşmanın hızlı ve kolay gerçekleşmesi araştırma etiğini daha da önemli hale getirmiştir. Bilimsel araştırmanın her bir aşamasında ve yayınlanma sürecinde etik kurallara ve davranışlara göre hareket edilmesi gerekmektedir (1).

Yayınlar akademik hayatta önemli yer tutmaktadır. Araştırma etiğine göre hareket edilmesi araştırmanın güvenilirliğini artırmaktadır. Araştırma etiğinin temelini dürüstlük, iyilik, doğruluk ve adalet oluşturur (2). Araştırma etiği, hemşirelik alanında yürütülen çalışmaların güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmak için de kritik bir öneme sahiptir. Hemşireler, hastalarının güvenliğini ve mahremiyetini korumakla yükümlü olduklarından, bilimsel araştırma sürecinde etik ilkelere bağlı kalarak araştırma yapmalı, veri toplamalı ve sonuçları sunmalıdır (3).

İkinci dünya savaşı sırasında insan ve hayvanlar üzerinde yapılan zalimce uygulamalar etik kuralların gerekliliğini ve önemini ortaya koymuştur. Bu etik olmayan uygulamalar sonucunda etik rehberler oluşturulmuştur. Ülkemizde etik komiteler ve etik kurullar oluşturulmuş olup, hemşire ve diğer araştırmacıların araştırma etiğine duyarlılıklarının artırılması, temel etik ilkeleri öğrenmeleri ve buna göre hareket etmeleri amaçlanmıştır (4). Hemşire ve diğer araştırmacılar uluslararası etik kurallara uymak zorundadırlar (5).

Bilimsel araştırmalarda sadece etik ihlaller değil yazarlık sorunları da görülmektedir. Bir araştırmacı, araştırmanın başından yayın sürecine kadarki aşamalarda sağladığı önemli katkılarla yazarlık hakkı elde edebilmektedir. Bunun dışında hiçbir katkı sağlamadığı halde yazar olarak kişinin adının yazılması ya da materyal sağlama, metin çevirisi gibi katkılar yazarlık için uygun görülmemekte olup hemşirelik araştırmalarında yazarlık sorunlarını doğurmaktadır (6).

Araştırma Etiği

Bilimsel araştırma ve yayınların dürüstlük, açıklık, nesnellik (objektif olma), başkalarının yaratılarına saygı gibi, temel ilkelere uygun biçimde yapılmasını sağlamayı amaçlayan ve bunun gerçekleşmesi için çalışmalar yapan uygulamalı etik alanı” olarak tanımlanmaktadır (7). Etik, bilim dünyası için vazgeçilemez bir öneme sahiptir ve akademik etik akademisyenlerin uyması gereken bilimsel bir sorumluluktur (8). Akademisyenlerde olması gereken akademik etik değerler, dürüstlük, güvenilirlik, nesnellik, doğruluk, dikkat, açıklık, gizlilik, saygı, özgürlük, bilimsel yeterlik (liyakat), yasalık, güvenlik, hayvanlara özen, çalışmalarda katılımcıların korunması, çıkar çatışmasından kaçınma, özerklik, araştırmanın her

aşamasında saydamlık, adalet olarak belirtilebilir (5, 9). Hemşire araştırmacıların da bu akademik etik değerlere göre hareket etmeleri önemli görülmektedir.

Hemşirelik araştırmaları hemşirelik biliminin gelişimine katkıda bulunurlar (10). Hemşireler araştırmaları aracılığıyla hemşirelik uygulamalarına ilişkin yeni teorileri, kavramları ve standartları ortaya koyarak uygulamada hasta bakım kalitesini arttırabilir. Hemşire araştırmacılar elde ettikleri sonuçları uygulamaya aktararak daha iyi sonuçlara yol açabilir (3,11). Bu yüzden hemşire araştırmacıların araştırma etiği ilkelerine bağlı kalması özellikle önemlidir (10). Tıp ve hemşirelik dergileri hemşirelik araştırmacılarının bilgi yaymalarının en önemli yoludur. Bu dergiler hemşirelik araştırmacılarının özgün çalışmalarını yayınlarken aynı zamanda onları etik ilkelere bağlı kalmaya teşvik etmede önemli bir rol oynamaktadırlar (12,13).

Bilimsel araştırmalarda katılımcıların rızasının alındığını gösteren aydınlatılmış onam alınması, katılımcılara araştırmanın amacının olası fayda ve zararlarının açıklanması, olası zararlara göre katılımcıları korumaya yönelik eylemlerin neler olduğunun gösterilmesi, katılımcıların seçiminde eşit davranılması, katılımcıların verilerinin gizli kalması gibi başlıklar ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul izinlerinin zorunlu tutulması araştırma etiğinde karşımıza çıkabilecek etik sorunları önleme çabasıdır (14).Günümüzde çalışmalarda katılımcıların kendi rızaları ile herhangi bir, hile, zorlama, etkileme ya da baskıya maruz kalmadan gönüllü olarak katılımlarını gösteren aydınlatılmış onam alınmaktadır. Aydınlatılmış onam alınırken katılımcılara araştırmanın amacının olası fayda ve zararlarının açıklanması gerekmektedir. Katılımcı seçiminde eşit davranılmalı, araştırmadan her bir kişinin eşit bir şekilde yararlanabilmesi sağlanmalı, kişilerin güvenliği sağlanmış olmalı, mahremiyetlerin korunması ve verilerin gizliliğine özen gösterilmelidir. Ayrıca çalışmanın yayınlanabilmesi için dergiler etik kurul onayı istemektedirler. Böylece araştırmacıların araştırma etiğine bağlı kalmaları amaçlanmaktadır (15, 16).

Günümüzde bilimsel araştırmaların sayısı bir hayli artmıştır. Bu durum bilimsel olarak bilgi birikimini arttırmasının yanında yazarların daha çok yayın yapma arzuları, kurum baskıları, araştırmalara sağlanan maddi teşvikler ve bazı araştırmacıların etik değerlere yeterince bağlı olmamaları gibi çeşitli sebeplerle bilimsel araştırmalarda olması gereken dürüstlük, güvenilirlik, yansızlık, doğru bilgi sunulması gibi özelliklerin dışına çıkılarak etik ihlaller ve davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (17).

Literatür incelendiğinde bilimsel araştırmalarda ve yayınlarda yapılan ihlaller , Uydurma (Fabrication): Araştırmada bulunmayan bilgileri üretmek, bunları rapor etmek veya yayımlamak, Çarpıtma (Falsification): Değişik sonuç verebilecek şekilde araştırma materyalleri, cihazlar, işlemler ve araştırma kayıtlarında değişiklik yapmak veya sonuçları değiştirmek, Aşırma (Plagiarism): Başkalarının fikirlerini, metodlarını, verilerini, yazılarını ve şekillerini sahiplerine atıf yapmadan kullanmak, Duplikasyon (Duplication): Aynı araştırma sonuçlarını birden fazla dergiye yayım için göndermek veya yayımlamak, Dilimleme (Least Publishable Units): Bir araştırmanın sonuçlarını, araştırmanın bütünlüğünü bozacak şekilde ve uygun olmayan biçimde parçalara ayırarak çok sayıda yayın yapmak, desteklenerek yürütölen araştırmaların sonuçlarını içeren sunum ve yayınlarda destek veren kurum veya kuruluş desteğini belirtmemek, araştırma ve makalede ortak araştırıcı ve yazarların yazılı görüş birliği olmadan, araştırmada ve makalede aktif katkısı bulunanların isimlerini çıkartmak veya yazarlıkla bağdaşamayacak katkı nedeniyle yeni yazar(lar) eklemek veya yazar sıralamasını değiştirmek olarak ele alınmaktadır (1,18,19).

Ten Cate O. (2022), araştırma etiğini, Tablo 1. de göröldüğü gibi yayınlanmış kılavuzlardan, kişisel deneyimlerinden ve alanında uzman farklı ölkelerde bulunan arkadaşlarıyla yaptığı görüşmelerden elde ettiği bulgular sonucunda 3 alanda gruplandırmıştır. Ayrıca her bir alanda yapılan ihlalleri ve olumsuz sonuçların neler olabileceğini belirterek araştırmacılar için yol gösterici bilgiler sunmuştur (20)

Tablo1. Üç Araştırma Etiği Alanı

Alan	İhlaller	Örnekler	Olumsuz sonuçlar
Bilim bütünlüğünü koruma	Sahtecilik	Bilinçli veri üretimi ya da manipülasyonu	Diğer araştırmacıları, karar vericileri ve kamuyu yanıltmak
	Disiplinsiz bilim	Düşük kalite metotlar, doğrulanamaz sonuçlar	Çarpıtılmış bilgi sentezi ve düşük kalite araştırmalar
	Alakasız araştırma	Gereksiz incelemeler, yetersiz araştırma sonuçları	Boşa harcanan kaynaklar, etkisi kısıtlı bilgi sentezi
	İşlevsiz raporlar	Dışkı baskı ve yayını etkileyen çıkar çatışmaları	Bilimin ilerlemesini yavaşlatma
Araştırma katılımcılarının bütünlüğünü koruma	Özerlik ihlali	Zorunlu katılım yeterli bilgi verilmeden alınan para	Öfke, direnç, standart altı katılım
	Kötü muamele	Aşırı deneysel koşullar, tartışmalı mülakatlar	Fiziksel ya da psikolojik zarar, katılımcılara adaletsiz muamele
	Yetersiz veri korunumu	Anonimlik ve gizliliğin ihlali, verinin hedef dışı amaçlar için kullanımı	Kimlik hasarı
Yazarın bütünlüğünü koruma	Hak edilmiş saygınlık	İntihal, telif hakkı ihlali, kısa makaleler, meslektaş değerlendirmesi sonrası sonuçların kullanılması	Diğerlerinin kariyerlerinde ilerlemesini engellemek, sahte kişisel araştırma saygınlığı ve metrikleri
	Stratejik yazarlık	Güç kazanma ya da yayınlanma ihtimalini artırmak için yazarlık	Doğrulanamaz araştırmalar ve bilimsel statü

Ten Cate O. (2022). The Ethics of Health Professions Education Research: Protecting the Integrity of Science, Research Subjects, and Authorship. Acad Med. Jan1;97(1):13-17. doi: 10.1097/ACM.0000000000004413. PMID:34524130'den alıntılanmıştır.

Yazarlara, editörlere ve hakemlere yardımcı olmak için önerilerde bulunan ve yönergeler geliştiren kuruluşlar da bulunmaktadır. Yayın etiği ile ilgili kuruluşlar şunlardır: Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Komitesi (ICMJE), Dünya Tıbbi Editörler Birliği (WAME), Yayın Etiği Komitesi (COPE). Bu tür kuruluşlarla araştırma ve yayın etiğine uygun araştırmaların ortaya konması amaçlanmaktadır. (6)

ICMJE, katılımcılarının her yıl bir araya geldiği ve tıbbi dergilerde akademik çalışmaların yürütülmesi, raporlanması, düzenlenmesi ve yayınlanması için öneriler üzerine kendi çalışmalarını finanse ettiği küçük bir genel tıp dergisi editörleri

çalışma grubudur. Tıp bilimleri alanında yazarlık ve katkıda bulunan ölçütleri konusunda önerilerde bulunmaktadır. ICMJE önerileri, araştırma yürütme, rapor düzenleme, yayın standartları ve yazarlık kriterleri için en iyi uygulamaları ve etik standartları yönlendirir (21).

WAME, 1995 yılında kurulmuştur. Tıp dergisi editörleri arasında uluslararası iş birliğini ve eğitimini teşvik etmeyi amaçlayan, dünyanın dört bir yanındaki ülkelerden hakemli tıp dergilerinin editörlerinden oluşan kâr amacı gütmeyen gönüllü bir dernektir. WAME'nin hedefleri, hakemli tıp dergilerinin editörleri arasında dünya çapında iş birliğini ve iletişimi kolaylaştırmak; editöryal standartları iyileştirmek, eğitim, özeleştirme ve özdenetim yoluyla tıbbi editörlükte profesyonelliği teşvik etmek; tıbbi editörlüğün ilkeleri ve uygulamaları üzerine araştırmayı teşvik etmek olarak belirtilmiştir (22).

COPE (Yayın Etiği Komitesi), editörleri, yayıncıları, üniversiteleri, araştırma enstitülerini ve yayın etiğiyle ilgilenen herkesi eğitmeye ve desteklemeye kendini adanmış bir kuruluştur. COPE, yayıncılık kültürünü etik uygulamaların kültürün normal bir parçası haline geldiği bir kültüre doğru taşımayı amaçlamaktadır (23).

Yazarlık Sorunları

Yazarlık, bilimsel bilgi için hesap verebilirliği, sorumluluğu ve itibarı oluşturur (24). Bu, bir çalışmanın yazar olarak adlandırılan kişiler tarafından üretildiğine ve içerikten sorumlu olduklarına ve çalışma için herhangi bir itibarı hak ettiklerine dair kamuya açık bir beyandır. Ancak, profesyonel ve akademik yazılarda, durum her zaman böyle olmamaktadır. Araştırmanın yazılmasından revizyon aşamalarına kadarki süreçte yer almadığı halde yazar olarak yazılanlar olduğu gibi, araştırmaya emek harcadığı halde yazar olarak gösterilmeyen durumlarla da karşılaşmaktadır (25). ICMJE, yazar olarak belirlenen tüm kişilerin yazarlık için gerekli şartları taşıması gerektiğini ve bu şartları taşıyan herkesin listelenmesi gerektiğini şart koşmaktadır (26). Hemşirelik dergileri de dahil olmak üzere birçok dergi bu yönergeleri veya Yayın Etiği Komitesi'nin (COPE, 2010) yönergelerini izlese de uygunsuz yazarlık önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Uluslararası Tıp Dergisi Editörleri Komitesi (ICMJE) ve

Yayın Etiği Komitesi (COPE) kılavuzlarında açıkça şu belirtilmektedirler, tüm yazarlar yayına gönderilen makaleyi ve yayına kabul edilen versiyonunu onaylamalı ve yazar listesini kabul etmelidirler. Katkıda bulunanlar ve yazarlık sırası dahil olmak üzere yazarların tüm yazarlar tarafından onaylanması gerekmektedir (27,28).

Araştırmadaki yazar sıralamasına yazarlar araştırmanın en başında birlikte karar vermelilerdir (29). Bu yapılmadığında çalışmalarda çeşitli yazarlık sorunları oluşmaktadır. Bunlar, Hediye yazarlık; çalışmaya katkısı olmayan kişinin isminin yazarlar listesine eklenmesi, Onursal yazarlık; Genelde genç araştırmacılara kıdemli meslektaşları tarafından yapılan baskı nedeniyle, Hayalet yazarlık; araştırmaya etkin olarak katılan kişinin makalenin yazılmasına ve ya revize edilmesinde yer aldığı halde yazar olarak isminin yazılmaması, ayrıca teknik destek veren kişinin veya kişilerin teşekkürler bölümünde bildirilmemesi, Satılan yazarlık; Yazar olarak listede yer almak için ödeme yapılması şeklinde görülmektedir (30,31,32). Kennedy ve arkadaşlarının hemşirelik dergi yayınlarındaki yazarlık sorunlarını inceledikleri çalışmada onursal yazarlık makalelerin yaygınlığı %42 ve hayalet yazarlığın yaygınlığı %27,6 olarak belirlemişlerdir. Yine aynı çalışmada ilgili yazarların %30,2'sinin yazar olarak atanmak için gereken ICMJE yönergelerini karşılamadığını bildirmişlerdir (25).

Birçok dergi, yazarlığın kötüye kullanılmasını önlemek ve yazar kredisini ve sorumluluğunu sistematik olarak değerlendirmek için Katkıda Bulunan Roller Taksonomisi (CRediT) ve Açık Araştırmacı ve Katkıda Bulunan Kimliği (ORCID) sistemlerini kullanmaktadır (33).

ICMJE (2019), yazarlık sorunlarını önlemek için dört kriter sunar. Bunlar, “(a) araştırmanın kavram ve tasarımında ya da veri toplama ve analizinde yer almalı; (b) el yazması taslaklarına ve revizyonuna katkı olmalı; (c) yayının son halinin onaylanması ve (d) çalışmanın bütünlüğü, etik ve bilimsel titizliği konusunda hesap verebilecek düzeyde olması “olarak belirtilmiştir (34).

Çalışmaya ICMJE'nin belirttiği dört kriterlere göre hiçbir katkısı olmasa dahi akrabalık, arkadaşlık ilişkileri ya da baskı uygulayarak yazar olarak anılan çok fazla “hediye yazarlık” olarak ifade edilebilecek ve etik olmayan durumla karşılaşılmaktadır (33). ICMJE bu tür sorunları önlemek için kriterleri karşılamayan ama çalışmaya teknik, finansal gibi çeşitli katkıları bulunan kişileri çalışmanın teşekkür bölümünde belirtilmesini önermektedir (29).

Yazarlık, hemşirelik araştırmalarında elde edilen bulguların sistematik bir şekilde sunulmasını sağlarken, hemşirelerin bu alandaki katkılarını da görünür kılmaktadır. Hemşireler, araştırma bulgularını paylaşırlarken, kaynak gösterme, intihalden kaçınma ve verilerin doğru bir şekilde temsil edilmesi gibi etik yazım kurallarına uymalıdır. Böylece, hemşirelik alanında yapılan çalışmaların şeffaflığı ve kalitesi artırılabilir (35). Ayrıca hemşire araştırmacılar ICMJE'nin kriterlerine

göre araştırmaya başlamadan önce görev dağılımı yapmalılar ve yazar sıralamasına karar vermelidirler. Böylece oluşabilecek yazarlık sorunlarının da önüne geçilmiş olacaktır.

Sonuç ve neriler

Yukarıda anlatılan tüm süreçler göz önünde bulundurularak lisans,lisansüstü düzeyinde hemşirelik öğrencilerine temel etik dersine ek olarak bilimsel araştırma ve yayın etiği dersi de verilerek öğrencilere araştırma ve yayın etiği öğretilmelidir. Hemşirelik ğrencileri yayınlarını bilimsel araştırma sürecinin her basamağında uyması gereken etik kurallara göre hazırlamalı ve eğitmenler tarafından etik tutum ve kurallar bazında değerlendirme yapılmalıdır. Böylelikle eğitimle konunun önemi kavratılarak özellikle genç araştırmacılar da ortaya çıkabilecek bilimsel araştırmalarda etik ihlal ve davranışların azaltılabileceği dşnlmektedir.

Ayrıca araştırmanın çalışılmadan önce hazırlığı yapılırken hemşire araştırmacıları arasında görev dağılımları yapılması ve çalışma sonunda ICMJE nin kriterlerine, yazarların bireysel katkılarına göre sıralama yapılması olası yazarlık sorunlarının önüne geçebileceği için önerilmektedir. Bilimsel yayının dergiye gönderim sırasında ve yayın kabul sürecinde tüm yazarlar yazar sıralamasını kabul etmeli ve onaylamalıdır.

Kaynaklar

1. Karatay M. (2022). Akademik Etik. Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi Sayfa 197 Cilt: 6 Sayı: 1
2. Aydın A. (2009). Araştırma ve Yayın Etiğinde araştırmacının değerler sistemi. İçinde: Tübitak Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 7. Ulusal Sempozyumu Kitabı. Ed: O. Yılmaz. Openajans, Ankara.
3. Kjellström S and Fridlund B. (2010). Literature review: status and trends of research ethics in Swedish nurses' dissertations. *Nurs Ethics*; 17(3): 383–392. doi: 10.1177/0969733009355541
4. Büken N. (2016). Opinions about the future of Clinical Trial in Turkey. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*; 7:258-64.
5. Yazıcı, H. Aydın, İ. (2016). Eğitim ve öğretimde etik (8. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları
6. Singhal S, Kalra BS. (2021). Publication ethics: Role and responsibility of authors. *Indian J Gastroenterol.* Feb; 40(1):65-71. doi: 10.1007/s12664-020-01129-5. Epub 2021 Jan 22. PMID: 33481172; PMCID: PMC7821455.
7. Boydak, M. (2011). Araştırma ve Yayın Etiği, Bilim Etiği, Atasoy, N., Boydak, M., Çırpan, H., Kendigelen, A., Meriç, İ. E., Topal, A. S., Ulubelen, A., Yıldırım, N., Yazıcı, H. (Eds), s. 43-55, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
8. Bükan, N. Ö. (2006). Akademik Etik. *Hacettepe Tıp Dergisi*. Cilt 37, Sayı: 3, 164-170.
9. İnci, O. (2015). Bilimsel yayın etiği. *Türk Kütüphaneciliği*, 29(2), 282-295.
10. Chai Y and Cheng J. (2009). A survey and analysis of cognition of nursing staff toward nursing scientific research. *Chin Nurs Res*; 23(5): 1239–1240.
11. Guillemain M and Gillam L. (2004). Ethics, reflexivity, and “ethical important moments” in research. *Qual Inq*; 10:260–280.
12. Santiago MM and Pala'cios M. (2006). Ethical and bioethical issues disturbing nursing: REBEn's publications from 1970 to 2000. *Rev Bras Enferm*; 59(3): 349–353.
13. Shin HS, Hyun MS, Ku MO, et al. (2010). Analysis of research papers published in the *Journal of the Korean Academy of Nursing*-focused on research trends, intervention studies, and level of evidence in the research. *J Korean Acad Nurs*; 40(1): 139–149.
14. Işık Öner, A. ve Yıldız, K. (2021). Bilimsel Araştırmalarda Etik Dışı Davranışların Nedenleri ve Çözüm Önerileri. *İZÜ Eğitim Dergisi*, 3(5) 1-14. DOI: 10.46423/izujed.830639
15. Ersoy, N. (2015). Araştırma etiği. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 2-8.

16. Aydın, İ. (2006). Sosyal bilimlerde araştırmadan yayına etik değerler. Sosyal Bilimlerde Süreli Yayıncılık, I. Ulusal Kurultay Bildirileri. Ankara.
17. Esin N. (2015). Hemşirelik Araştırmalarında Etik. İçinde: Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Ed: Erdoğan S, Nahcivan N ve Esin N. Nobel tıp kitabevi; 2.baskı:315-31.
18. TÜBİTAK, "Bilimsel Dergilere Gönderilen Makalelerde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar", <http://journals.tubitak.gov.tr/genel/brosur.pdf> (Erişim Tarihi: 2.4.2018)
19. Üniversiteler Arası Kurul (ÜAK). (2019). Üniversitelerarası Kurul Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi. http://www.uak.gov.tr/yonetmelikler/Yay%C4%B1nEti%C4%9FiY%C3%B6nergesi_de%C4%9Fi%C5%9Fikli%C4%9Fi_20022020.pdf adresinden 07.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
20. Ten Cate O. (2022). The Ethics of Health Professions Education Research: Protecting the Integrity of Science, Research Subjects, and Authorship. *Acad Med.* 1;97(1):13-17. doi: 10.1097/ACM.0000000000004413. PMID: 34524130.
21. <https://www.icmje.org/about-ticmje/#:~:text=The%20ICMJE%20is%20a%20small,Scholarly%20Work%20in%20Medical%20Journals>. adresinden 29.11.2024 tarihinde erişilmiştir.
22. <https://www.wame.org/about>. adresinden 29.11.2024 tarihinde erişilmiştir.
23. <https://publicationethics.org/about/our-organisation>. adresinden 29.11.2024 tarihinde erişilmiştir.
24. Flanagan, A., Carey, L., Fontanarosa, P. B., Phillips, S. G., Pace, B. P., Lundberg, G. D., & Rennie, D. (1998). Prevalence of articles with honorary authors and ghost authors in peer-reviewed medical journals. *Journal of the American Medical Association*, 280, 222–224.
25. Kennedy, M. S., Barnsteiner, J., & Daly, J. (2014). Honorary and ghost authorship in nursing publications. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(6), 416–422
26. International Committee of Medical Journal Editors. (2008). Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: Writing and editing for biomedical publication. Retrieved from <http://www.download.thelancet.com/flat-contentassets/authors/icmje.pdf>
27. ICMJE, Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Ethical Considerations in the Conduct and Reporting of Research: Authorship and Contributorship. http://www.icmje.org/ethical_1author.html. Retrieved on 5.6.2011.
28. Albert T, Wager E. How to handle authorship disputes: a guide for new researchers. The COPE Report 2003. <http://publicationethics.org/files/2003pdf12.pdf>. Accessed on 10th January 2013.

29. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals.Updated December 2019. Access: 24.06.2021. Available from:<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>
30. Yördem Y, Şeker H. (2018). Yayın Etiği İhlalleri ve Yazarlık Hakkı Sorunları. Dicle Üniversitesi Adalet Meslek Yüksekokulu Dicle Adalet Dergisi; 2:33-48 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duamydad/issue/39831/472219>
31. Küpeli S. (2019). Sağlık bilimlerinde araştırma ve yayın etiği. Cukurova Medical Journal;44:232-240. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/42403/461293>
32. Gureev VN, Lakizo IG, Mazov NA. (2019). Unethical Authorship in Scientific Publications (A Review of the Problem). Sci. Tech. Inf. Proc.: 46, 219–232.<https://doi.org/10.3103/S0147688219040026>
- 33.Kim SH, Jung JI. (2022). [Authorship and Inappropriate Authorship from an Ethical Publication Perspective]. J Korean Soc Radiol.;83(4):752-758. Korean. doi: 10.3348/jksr.2022.0040. Epub 2022 Jul 22. PMID: 36238903; PMCID: PMC9514591.
34. Gustafsson L.(2020).Authorship statements: A commitment to publishing ethics and research integrity. Aust Occup Ther J.;67(4):285-286. doi: 10.1111/1440-1630.12688. PMID: 32743828.
- 35.Gu C, Ye M, Wang X, Yang M, Wang H, Khoshnood K. (2019). Hemşire araştırmacıların Çin'deki araştırma etiğine ilişkin bakış açıları. Hemşirelik Etiği;26(3):798-808. doi: 10.1177/0969733017720848



BÖLÜM 2

Kronik Hastaların Bakımından Sorumlu Aile Üyelerinin ve Bakım Verenlerin Bakım ile İlgili Yükleri

Zühal Palioglu¹ & Gülsüm Asilkan Kaldık²

¹ Öğr. Gör., Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu – Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü- Evde Hasta Bakımı Bingöl,Türkiye, ORCID: 0000-0003-1018-7641

² Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu- Sağlık Bakım Hizmetleri- Yaşlı Bakım Programı- Bingöl, Türkiye, ORCID: 0000-0002-1179-7719

GİRİŞ

Öz bakım kronik hastalıkların yönetiminin temel unsurlarından biridir. Öz bakım uygulamaları hastayı ve bakım verenleri holistik bir yaklaşımla ele alarak sağlığın korunmasını, gereksinimlerin karşılanmasını ve hastalık halinde iyilik halinin kazanılması için tüm eylemleri içermektedir. Tedavinin devam edebilmesi için bu bakım davranışlarının bakımının yönetilmesinde, tedavilerin devam ettirilmesinde rolü büyüktür (Ebrahimi vd., 2018). Kronik hastalığı olan bireylerin bakım konusunun dışında hastaneye vb. İlgili kurumlara başvuru ve hastanede yatış, operasyon geçirme gibi çeşitli konularda ailesinin destek ve bakımına gereksinim duymaktadır (Liu vd., 2020; Caro, vd., 2018). Bu nedenle bakım verenlere önemli sorumluluklar yüklenmektedir. Bakım verme; bir başkasının kendisi adına yapamadığı eylemleri ve üstlenemediği sorumlulukları fiziksel, ruhsal ve sosyal yardım yoluyla yapmak ve üstlenmektir (Gbiri vd., 2015). Bakım yükü, kronik hastalığı olan aile bireylerinin bakımdan kaynaklı yaşanan yük olarak tanımlanmaktadır (Liu vd., 2020). Özellikle son yıllarda artan kronik hastalıklar hastalıklarla beraber ruhsal, fiziksel destek yanında sosyal destek gereksinimlerini de ortaya çıkarmış ve aile üyeleri üzerinde bir yük oluşturmaktadır (Goldberg ve Rickler, 2011). Bu nedenle bakım verenlerin bakım yüklerinin değerlendirilmesi, algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi kronik hastalıklarda planlanacak girişimlerin yapılandırılmasında araştırmacılara yol gösterici olmaktadır. Bunun yanında hastalıkların yönetimi aşamasında hem sağlık personeline yardımcı olacak hem de bakım verenlerin hastalık yönetimine katkı sağlayacaktır.

Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakımından Sorumlu Aile Üyeleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükleri

Bakım yükü, bakım verenleri birçok yönden etkileyerek hastaya sunulan bakımın kalitesini düşürür. Hasta ve ailesi ekonomik kaygılar yaşarken finansal, duygusal, psikolojik, fiziksel problemlerinde ortaya çıkmasına neden olabilir (Caro vd., 2018). Bakım verirken tek yönlü hasta bakımı yerine hastaya holistik bir bakım sağlayarak hizmet sunulmaktadır. Bakım içerisinde hastanın tüm yönleriyle değerlendirilerek gereksinimi karşılanmaktadır. Hastanın ulaşım, alışveriş, para yönetimi, temel günlük kişisel bakımı gibi birçok ihtiyaç konuları bakım vericiler tarafından karşılanmaktadır (Özyeşil vd., 2014). Hastaya bakım veren kişinin tüm zamanını hastasına adanması kendisi için özel bir zaman ayıramaması hastası ile aralarında ki duygusal etkinin yüksek olması, bakım verenin kendi fiziksel ve psikolojik sağlık problemleri ve ekonomik etkenler kişilerin kaygı ve korkularını arttırmaktadır. Bakım veren kişilere verilen sorumluluklar bakım verenler için endişe oluşturmakta ve bakım yüküne neden olmaktadır (Chadda,

2014). Bakım yükü kavramı, yük kelimesinden dolayı olumsuz bir anlam taşımaktadır. Aynı zaman da bakım veren kişileri mutsuz ve toplumdan uzaklaşmış bir birey olarak resmetmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011). Literatürde bakım yükü nesnel ve öznel olmak üzere iki şekilde belirtilmektedir. Nesnel bakım yükü, bakımın aile üyeleri üzerindeki sağlık, mali kayıp ve günlük işler gibi konular açısından etkilerini ifade etmektedir. Öznel bakım yükü ise bakım hizmeti sunan aile bireylerinin bu yükü nasıl algıladıklarını açıklamaktadır (Awad ve Voruganti, 2008).

Bakım verenlerin kendilerine vakit ayıramamaları ve sosyal yaşamlarında ki değişiklikler kişilerde anksiyete ve depresyon gelişimine neden olabilir (Gbiri vd., 2015; İnci vd., 2017). Bakım veren kişilerde oluşan olumsuz etkilerin bilinmesi ve bu etkilere karşı destekleyici uygulamaların oluşturulması gerekmektedir. Kronik hastalıkları olan bireylere bakım veren kişilerin bakım yüklerinin incelenmesi hangi faktörlerin bu yükü artırdığının belirlenmesi, bakım veren kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda destek görmelerini sağlayarak sunulan bakım kalitesini arttırmaktadır.

Onkoloji Hastalıklarda Bakım Yükü

Kanserli hastaların birçoğunun bakımı uzun ve meşakkatli sürmektedir. Kanserli çocuk hastanın bakım ve tedavisinde bakım verici rolünü çoğu zaman ebeveynler üstlenmektedirler. Üstlendikleri bu sorumluluklar arasında belirtileri izlemek, konfor ve rahatlık sağlamak, duygusal yönden sıkıntılarını gidermek, bakımını düzenlemek ve olası kazaları önlemektir. Özellikle uzun süren tedavilerde ebeveynlerin evdeki bakımı yönetmesi, çocuğun ruhsal açıdan sıkıntılarıyla ilgilenmesi, tıbbi masraflar, ilerleyen süreçte çocuklarının eskisi gibi sağlıklı olup olmayacağına yönelik düşünceler bakım vericinin yaşadığı yükü arttırmaktadır (Chan ve Ismail, 2014).

‘Bakım Verme Yükü’ olarak literatüre giren bakım vericinin hissettiği bu yük, zaman zaman bakım vericileri etkileyerek psikolojik problemlere yol açmaktadır. Çaresizlik ve tükenmişlik duyguları en çok yaşanan bakım yükleri arasındadır. Bakım veren ebeveynlerin yüklendiği aşırı sorumluluk duygusu kendi ihtiyaçlarını öteleyerek ihmale yol açmaktadır. Sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirme ve hastalarının iyileştirebilme çabası yorgunluk ve bitkinlik yaratmaktadır. Bakım veren ebeveynlerin çocuklarının iyileşmeyeceği korkusu, uzun ve komplikasyonlu tedavi seansları ve sık sık hastane kontrolü ve hastane yatışları ebeveynlerde kronik stres durumunu tetikleyen olumsuz bir yaşam biçimini beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bakım veren ebeveynlere onkolojik hastalıklar ile aniden farklı roller ve farklı sorumluluklar eklenmektedir. (Neugebauer

ve Mastergeorge, 2021; Salvador vd., 2015). Yapılan çalışmalarda kronik hastalıklara sahip ailelerin bakım yükünün arttığı bildirilmiştir. Kanserli çocuğa sahip olan ebeveynlerin düşük yaşam kalitesinin olduğu bildirilmiştir (Bashore ve Hobbie, 2021; Salvador vd., 2015). Kanser hastalarına bakım verenlerin yükü ile diğer hastalıkların bakım yükleri karşılaştırıldığında hastalı ve tedavinin zorlu bir süreç olması nedeniyle ağır bir bakım yükünün olduğu belirtilmektedir. Literatürde hastaya uygulanan tedavi tipi ve komplikasyonların bakım yüklerinin değiştirebileceği belirtilmiştir (Özdemir ve Özkaraman, 2022). Literatürde bir çalışmada kanser hastalarına bakım veren ebeveynlerin ağır bir bakım yüklerinin oldukları ve sık sık tükenmişlik yaşadıklarını belirtilmiştir. (Saraçoğlu vd., 2022). Kanserle karşı karşıya kalan çiftler arasında birçok problemler bakım yükü olarak ortaya çıkmaktadır. Bu problemler arasında hastaya karşı abartılı bir bağımlılık, ondan ayrılamama, yalnız bırakamama ve sürekli kontrol altına almaya gibi olumsuz durumlar gelişebilir. İfade edilemeyen öfkenin de bakım yükünü etkileyecek durumlar arasında yer aldığı belirtilmektedir (Bradley, 2019).

Nörolojik Hastalıklarda Bakım Yükü

Kronik hastalıklardan olan demans hastasının bakımı aile üyelerini oldukça yıpratıcı, yorucu ve uzun bir süreçtir. Hastalık ilerledikçe bireylerin günlük yaşamlarında bağımlılıkları artar ve başka birinin yardımına ihtiyaç duyarlar. Hastalığın ilk evrelerinde bütçe yönetimi ve ev idaresi ile başlayan ihtiyaçlara hastalığın ilerlemesi ile birlikte; sağlık ihtiyaçlarının takibi, öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması, duygusal destek ve aynı evi paylaşma gibi sorumluluklar da eklenmektedir. (Akyar, 2009: 33-34). Literatürde demans aile bakıcılarının demans olmayan bakıcılara göre önemli ölçüde daha stresli olduğunu ve daha ciddi depresif belirtiler ve fiziksel problemler yaşadığını belirtilmiştir (Or 2013; Ülgen 2019). İşlev bozukluklarının dâhil olmasıyla beraber bakıcıların yükü artmıştır. Kronik hastası olan bakıcılar gününün büyük bir kısmını hastasının bakımı için ayırmak zorundadır. Bu süreçte ekonomik sıkıntılar ve psiko-sosyal, finansal ve sağlık sorunları yaşanması kaçınılmazdır. Literatürde bakım yükünün özellikle bakım veren kadınları etkilediği görülmüştür. Genellikle kendi kişisel bakımlarından feragat ettiklerini, dinlenemediklerini veya sosyalleşme gibi ihtiyaçlarına zaman ayıramadıklarını belirtmektedirler. Bakım verenlerin yalnızlaştıkları ve eve kapandıkları belirtilmektedir (Altuntaş ve Atasü Topçuoğlu, 2016; Özataş ve Gelmez, 2016; Şaşman 2016). Literatürde aile içerisinde bakım verenlerin bakım stresini belirlemek üzere yaptıkları bir çalışmada, bakım hizmeti verenlerin bağımlılık sisteminin zayıflaması, hipertansiyon, depresyon ya da anksiyete ile birlikte bakım yükü ile ilişkilendirerek stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada stresin daha çok kadın bakım verenlerde olduğunu saptanmıştır. Bakım veren

kadınlar sosyal izolasyon yaşadıklarını ve rollerinin de olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Gopalan ve Brannon, 2006).

Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenler üzerinde yapılan araştırmalarda bakım verenlerin de kronik hastalıklarının olmasının bakım yükünü arttırdığını bildirmiştir (Duggleby vd., 2011). Literatür incelendiğinde araştırma bulgularında 35 ve altı yaş grubunun sosyal bakım yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir (Çetinkaya 2008)

Literatürde bakım verenlerin büyük çoğunluğu hastanın bakımında refakat konusunda desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bakım verilen süre (yıl) ve günlük ortalama bakım verilen saat arttıkça bakım yükü de artmaktadır. Hastalık süresi (bakım verilen yıl) arttıkça zaman-bağımlılık, fiziksel ve toplam yük de artış göstermektedir. Bakım verenlerin günlük ortalama bakım süreleri arttıkça bakım yüklerinde de artış görülmüştür. Bakım verenlerin çoğunun kadın olduğunu gösteren çalışmalarda kadın bakım verenlerin gelişimsel, duygusal ve toplam bakım yükleri erkek bakım verenlere göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların Alzheimer hastasının bakımında en çok refakat (hastanın sürekli yanında bulunma, hastayı yalnız bırakamama) konusunda desteğe ihtiyaç duydukları (%67,6), ikinci olarak banyo, yemek yeme, giyinme, soyunma gibi işleri kapsayan fiziki bakımında desteğe ihtiyaç duydukları (%62) bulunmuştur. Alzheimer hastalığı ilerleyici bir hastalık olup hastalık evresi ilerledikçe hastanın bakım verene bağımlılığı da artış göstermektedir. Hastalığın ileri evrelerinde yatağa bağımlılık artmaktadır. İhtiyaçların artması ve bu ihtiyaçlarını karşılamak zorunda kalınması bakım verenlerde bel ağrısı ve sırt ağrısı gibi fiziksel sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Uygun ve Taylan, 2018).

Ruhsal hastalıklardan şizofren bireyi etkilediği gibi aileyi de derinden etkileyen bir hastalıktır (Sharma vd., 2021). Şizofreni ruhsal bir hastalık olmasından ziyade hastanın bakım ile ilgili gereksinimlerini karşılayamadığı durumlara yol açmaktadır. Bu hastalık sürecinde hastanın bakımından sorumlu ilk olarak ailesidir. Ailelerin bu dönemde hastaya sağladığı destek bakım verme eylemi olmaktadır (Izon vd., 2020). Özellikle Alzheimer ve Şizofreni gibi ruhsal hastalıklar, kişinin bağımsız yaşamın önünde engeller oluşturarak hayatını zorlaştırır (Schene, 1990). Bu sebeple şizofreni ve benzeri ruhsal hastalıklar, bireylerin temel yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini engeller ve bir başkasının bakım ve desteğine ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Ruhsal hastalıkların semptomları hakkında bilgi sahibi olmayan bakım vericiler birçok sıkıntı yaşamaktadırlar. Bakım verme süreciyle birlikte kişiler; hastalığın doğası itibarıyla ortaya çıkan belirtileri (sanrılar, halüsinasyonlar) anlamakta zorlanabilmektedirler. Bu belirtileri göz ardı ederek sadece bakıma odaklı bir bakım vermeye çalışsalar da bu süreçle

baş etmede yetersiz oldukları belirtilmektedir. Ruhsal sıkıntıları olan hastalara bakım verenler problemlerle tek başına mücadele etmeye çalışmakta ve sadece hastasına bakım verme işi ile meşgul olarak bu alana hapsolabilmektedir. Tüm bu sebepler ağır bir yük oluşturmaktadır (Kuipers, 2010).

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarına bakım veren aile bireylerinde anksiyete vb. psikoloji sorunlar ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bakım verenlerin yetersiz oluşu ve tüm bakımı üstlenmeleri onların yaşamlarını zaman zaman kesintiye uğramaktadır. Aile üyeleri arasındaki iş yükü paylaşımının olmaması durumunda bakım sorumlulukları bakım yüküne dönüşmektedir (Schene vd.; Koeter 1998) Literatürde şizofreni hastalarına bakan aile üyelerinde yalnızlaşmaya ve damgalanmaya da maruz kaldığı belirtilmektedir. Bu durumların çeşitli sorunlara sebep olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bazı bakım verenler en temel ihtiyaçlarını gideremediklerini bazıları ise hayatı tamamen hastasının önceliklerine göre düzenlediğini ifade etmiştir. (Atalay vd., 2014).

Motor Mental Retardasyonlu Hastalıklarda Bakım Yükü

Özel gereksinimli bireye sahip olmak ebeveynlerin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa sebep olmaktadır (Homan, Greenberg ve Mailick, 2019). Özel gereksinime sahip bir bireyin bakımı; sağlık bakımı (farmakolojik tedavi, rehabilitasyon), eğitim ve kişisel bakım (temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri) olmak üzere çok geniş bir alanı kapsamaktadır (Atagün vd., 2011). Bakım vericinin bakım yükü, özel gereksinimli çocuğun fonksiyonel bağımsızlık seviyesine göre değişkenlik göstermektedir. Örneğin, Serebral Palsi (SP) veya Spina Bifida gibi rahatsızlıklarda fiziksel engellilik seviyesinin yüksek ve bağımsızlık düzeyinin düşük olması nedeniyle bakım yükü daha çok fiziksel bir yük hâlini almaktadır. Buna karşın bilişsel alandaki yetersizliğin eşlik ettiği bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğu belirtilmektedir (Javalkar vd., 2017). Literatürde bakım vericilerinin bakım yüklerini etkileyen etmenler incelenmiş ve bakımıcının gün içerisinde kendisini yorgun hissetmesi durumunun da bakım yükünü etkileyen bir etmen olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde özel gereksinimli bireylere sahip annelerle yapılan bir çalışma sonuçlarında, aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Bildirici, 2014). Literatürde psikolojik olarak iyi düzeyde olmayan ebeveynlerin bakım yükünü daha fazla algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır (Karaaskan ve Çelebioğlu, 2018). Gelişmekte olan ülkelerdeki otizmlili çocukların ebeveynleri, kısmen sosyal destek sistemlerinin eksikliğinden dolayı gelişmiş ülkelerdeki ebeveynlerden daha fazla stres yaşamaktadır (Xiong, 2010). Araştırmacılar, çocukların ebeveynleri için ruh sağlığı sorunları riskini azaltmak için etkili sosyal destek oluşturulmasının yararlı olduğunu vurgulamaktadırlar (Carlson ve Miller, 2017).

Solunum Hastalıkları

Kronik hastalıklar bir ailenin mali ve duygusal kaynaklarını hızlı bir şekilde tüketmektedir. Akciğer hastalığı gibi kronik hastalıkların tedavisi maliyetlidir. Uzun süren bazen de ömür boyu bakım gerektiren ve tedavi ertelenirse hastalık ilerleyerek daha da kötüleşmektedir (Nugent, 2019). Literatürde evde trakeostomi bakımında bakım verenlerin yaşadığı sorunlarda sıralanmış ve bakım yükü oluşturmuştur. Trekeostomili hastalarda sekresyon tıkaçı, kazara kanülün yerinden çıkması, hastanın anksiyetesi gibi nedenlerden dolayı hasta yakınlarının stres yaşamakta ve kronik uyku sorunlarından muzdarip olmaktadır. Bakım verenlerin sosyal etkileşimde azalma ve hastanın ani ölümü ile bakım verene ait korkuların olması da bakım yüklerindendir (McCormick ve vd., 2015). Trakeostomili hastaya bakım veren kişilere sağlık profesyonellerinin desteği ve ilgisi bakımın temel bileşenini oluşturmaktadır (Tabootwong ve Kiwannuka, 2020). Araştırmalar bu destek sayesinde trakeostomi bakımı veren hasta yakınlarına trakeostomi bakımına yönelik anksiyetelerinin anlamlı derecede azaldığı göstermektedir (Ellen, 2014).

Literatürde solunum sistemi hastalıklarının da eşlik ettiği palyatif hastalarına bakım verenlerle yapılan araştırmada genellikle hastaların tıbbi durumu, evde bakım sağlanması, finansal ve sosyal yönlerle ilgili sorunlar nedeniyle bakım yükü hissettiklerini belirtmişlerdir (Rakiç vd., 2018). Literatürde palyatif bakım hastalarına bakım verenlerin yaklaşık yarısının hafif ile orta derecede bakım yükü yaşadığını belirlemişlerdir (Ahmad Zubaidi vd., 2020). Başka bir araştırmada palyatif hastalarına bakım vericilerin %40'ının yüksek düzeyde bakım verme yükü yaşadıkları belirlenmiştir (Vigna vd., 2020). Bu zorluklarla baş etmek için bakımdan sorumlu olan bireyler uzmanlardan ve çevresinde bulunan bireylerden aldığı stresi azaltmakta, yükü hafifletmektedir (Eker 2001; Ersoy ve Çürük, 2009).

Yapılan bazı çalışmalarda bakım vericiler genellikle hekimler tarafından tabiri caizse görünmediği ve hastaların daha çok odak noktası olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalıklarda artan bakım yükü ile beraber görülen depresif belirtiler, yaşlılara ve kronik hastalara bakım sağlamanın yaygın olumsuz sonuçlarıdır. Son iki yılda hastanın yanında sürekli bulunan ve hastanın tüm ihtiyaçlarını gideren kişiler primer bakım verenler olarak tanımlanmaktadır. Bu bakımı verenler hastanın aile üyelerinden eş, ebeveyn veya çocukları olabilmektedir. Hastaya bakım verenler tüm tedavi planlamasına dâhil olmakla beraber, karar verme, evde devam eden tedavi ve bakımın uygulanmasına dâhil olurlar. Bakım vericiler sağlık çalışanlarının bakım rollerinin ve işlevlerinin çoğunu üstlenmiştir (Lkhoyaali vd., 2015). Bakım veren kişilerin kendi zamanlarının büyük çoğunluğunu hastasına

ayırması ve sosyal yaşamından tavizler vermesi zamanla bakım verenin yaşam kalitesini bozabilir (Şarkı vd., 2011). Bu yaşam kalitesinin bozulması ile artan stres, nörohormonal ve inflamatuvar süreçlerde değişikliklere neden olarak bakım verenler arasında morbidite ve mortalite riskini artırabilir (Rohleder vd., 2009).

Bakım verenlerde görülen fiziksel sorunlar; uyku bozukluğu, yorgunluk, ağrı, fiziksel güç kaybı, iştah azalması ve kilo kaybı ile sindirim sistemi problemleri ve benzerleri gibidir. Bu problemler direk bakım yükü ile tetiklenir ve muhtemelen bunlar tarafından ağırlştırılır (Chang vd., 2010). Bakım verenler günlük tüm enerjisini hastaya ve onun iyileşmesine odaklandığından, hobi ve sosyal faaliyetlere ayrılan zamanı olumsuz etkileyebilir (Fergus vd., 2009). Literatürde bakım verme yükünü etkileyen etkenler sorgulanmaktadır. Kronik hastalara bakım veren kilerde önceden var olan sorunlarda bakım yükünü arttıran risk faktörlerindendir. Bu faktörler arasında sosyal izolasyon, depresyon, bakım alan kişiyle birlikte yaşama, bakıma harcanan saatlerin fazla olması, kadın cinsiyet, finansal stres, düşük eğitim düzeyi, yüksek veya artan bakım ihtiyaçları ile ilişkili olabilecek durumlar, bakım geçişleri (örneğin hastaneden eve) ve bakıcı olma konusunda seçim yapamama yer almaktadır (Adelman vd., 2014). Literatürde akrabalık bağının da bakım yükünü arttıran etkenlerden biri olarak bulunmuştur (Almberg vd., 1997).

Yapılan çalışmalarda bakım yükünün etkileyen farklı durumlarında söz konusu olduğu bildirilmiştir. Örneğin, bakım verenlerin cinsiyeti, yaşı, daha önce geçirmiş olduğu hastalık ya da ameliyat durumu bakım yükünü etkileyebilir (Live vd., 2018). Başka bir çalışmada bakım verme süresinin uzamasının bireylerin bakım yükünü yükselttiği belirtilmiştir (Alahan vd., 2015). Literatürde bazı çalışmalarda ise bakım süresi uzadıkça bakım verenlerin psikososyal uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir (Han, 2003; Sawyer vd., 1993).

Ürolojik Hastalıklar

Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisi gören hastanın yakınları ile yapılan grup çalışmasında, daha çok hastanın bakımının sürdürülmesi, diyeti, diyaliz seanslarına gidip gelme gibi sorumluluklara odaklandıklarını, zorlayıcı bir süreçte olduğunu belirtmektedirler. Aynı kendilerinin ruhsal ve sosyal durumlarını önemsemediklerini göstermiştir (Kaplan, 2013).

Kronik hastalıklarda hastalığın seyri, tedavi süreci ve bakım sürecinin konuşulması bakım verenlerin yükünü azaltarak daha rahat bakım sürecinin geçirilmesini sağlamaktadır. Yapılacak bakım hakkında bilgi sahibi olma bakım veren kişilere cesaret vermektedir. Literatürde diyaliz tedavisinin ilk yılda hasta ve bakım verenlerin psikiyatrik desteğe olan ihtiyacı % 70 ve zaman ilerledikçe bu

oranın azaldığı belirtilmektedir. (Akpolat ve Utaş, 2010). Bakım verenlere sosyal destek sağlanması iyi oluş halini artırarak hastalık ve travma sonrası duruma adaptasyonu sağlamaktadır (Kömürcü ve Kuzu, 2022). Bu zorlu süreçte diyaliz tedavisi gören hasta ve bakım vericiler güç kazanarak baş edebilirler. Literatürde bakım vericilerin daha çok kadın olduğu ve psikolojik olarak da çok etkilendiklerini, daha sinirli olduklarını ve kendilerini stres altında hissettiklerini belirtilmiştir. Ailede bakım yükünü en fazla üstlenmiş hasta yakınları hastalığı tanısının konulması ile beraber hassaslaştıklarını, keyiflerinin azaldığını yaşam enerjilerinin azaldığını ve hastalarına karşı daha duyarlı hale geldiklerini belirtmişlerdir (Karaca vd., 2016).

SONUÇ

Bakım verenlerin bakım yüklerinin değerlendirilmesi, algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi planlanacak girişimlerin yapılandırılmasın da araştırmacılara yol gösterici olacaktır. Bunun yanında hastalıkların yönetimi aşamasında hem sağlık personeline yardımcı olacak hem de bakım verenlerin hastalık yönetimine katkı sağlayacaktır (Lee vd., 2015). Bakım yükünü azaltmak için yapılan çalışmalarda sosyal destek artıkcça bakım yükünün azaldığı belirtilmiştir (Tarı Selçuk ve Avcı, 2016). Bakım yükünü üstlenen hasta yakınlarına verilen birçok destek sorunların aşılmasında fayda sağlamaktadır. Dönüşümlü olarak verilen bakım bireylerin kendilerine daha fazla vakit ayırmalarını sağlayacaktır. Kronik hastalıklarda bakım sürecinin uzaması nedeniyle artan bakım yüklerinin neler olduğunun bilinmesi bakım verenlerin ekonomik, psikolojik ve sosyal sorunların aşılması için çözüm yollarının üretilmesini kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060.
- Ahmad Zubaidi, Z. S., Ariffin, F., & Oun, C. (2020). Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00691-1>
- Akpolat, T., & Utas, C. (1997). Hemodiyaliz hekimi el kitabı. *Türk Nefroloji Derneği Yayını, Erciyes Üniv mat. Kayseri*.
- Akyar, A. G. İ., & Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 32-49.
- Alahan, N. A., Aylaz, R., & Yetiş, G. (2015). Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yükü. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 1-5.
- Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person—burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 109-116.
- ALTAY, B., SARAÇOĞLU, E., & DÖNMEZ, M. D. (2022). KANSERLİ HASTALARA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM VERME YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ. *The Journal of Academic Social Science*, 124(124), 370-382.
- Altuntaş, B., & ATASÜ TOPCUOĞLU, R. E. Y. H. A. N. (2016). Engelli bakımı sosyal bakım ve kadın emeği.
- Arslantaş, H., & Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, A. Y (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 3(3), 513-552.
- Atalay, Z., Tamkoç, B., & Yıldız, H. (2024). ŞİZOFRENİDE BAKIM YÜKÜ: “ONU BENDEN SONRAYA BIRAKMA”. *Firat University Journal of Social Sciences*, 34(2), 1021-1034. <https://doi.org/10.18069/firatsbed.1341209>
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 26, 149-162.
- Bashore, L., & Hobbie, W. (2021, June). Emerging and ongoing survivorship challenges among childhood cancer survivors and providing risk-based focused follow-up care. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 37, No. 3, p. 151163). WB Saunders.

- Bildirici, F. (2014). Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Haliç Üniversitesi.
- Bradley, C. J. (2019, August). Economic burden associated with cancer caregiving. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 35, No. 4, pp. 333-336). WB Saunders.
- Carlson, J. M., & Miller, P. A. (2017). Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy & Behavior*, 68, 168-173.
- Caro, C. C., Costa, J. D., & Da Cruz, D. M. C. (2018). Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occupational therapy in health care*, 32(2), 154-171.
- Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian journal of psychiatry*, 56(3), 221-227.
- Chan, H. K., & Ismail, S. (2014). Side effects of chemotherapy among cancer patients in a Malaysian General Hospital: experiences, perceptions and informational needs from clinical pharmacists. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(13), 5305-5309.
- Chang, H. Y., Chiou, C. J., & Chen, N. S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50(3), 267-271.
- Çetinkaya, F. (2008). *Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi, İzmir).
- Duggleby, W. D., Swindle, J., Peacock, S., & Ghosh, S. (2011). A mixed methods study of hope, transitions, and quality of life in family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *BMC geriatrics*, 11, 1-12.
- Ebrahimi Belil, F., Alhani, F., Ebadi, A., & Kazemnejad, A. (2018). Self-efficacy of people with chronic conditions: A qualitative directed content analysis. *Journal of clinical medicine*, 7(11), 411.
- Eker, D. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölceğinin gözden geçirilmiş formunun faktor yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.
- Ellen Reising, M. S. N. (2014). Developing the tracheostomy care anxiety relief through education and support (T-CARES) program. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(5), 522.
- Ersoy, Ö., & Çürük, A. G. U. N. (2009). Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(17), 104-110.
- Fergus, K. D. ve Gray, R. E. (2009). Meme kanseri sırasında ilişki kırılabilirlikleri: hasta ve partner bakış açıları. *Psiiko-Onkoloji: Kanserin Psikolojik, Sosyal ve Davranışsal Boyutları Dergisi*, 18(12), 1311-1322.

- Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 58(2), 98-103.
- Goldberg, A., & Rickler, K. S. (2011). The role of family caregivers for people with chronic illness. *Rhode Island Medical Journal*, 94(2), 41.
- Gopalan, N., Brannon, L. (2006). Increasing family member's appreciation of family caregiving stress. *The Journal of Psychology*, 140(2), 85-94.
- Han, H. R. (2003). Korean mothers' psychosocial adjustment to their children's cancer. *Journal of advanced nursing*, 44(5), 499-506.
- Homan, K. J., Greenberg, J. S. ve Mailick, M. R. (2019). Generativity and well-being of midlife and aging parents with children with developmental or mental health problems. *Research on Aging*, 42(3- 4), 95-104.
- Izon, E., Berry, K., Law, H., Au-Yeung, K., & French, P. (2020). "I don't know how to fix it and sometimes it's so overwhelming" Identifying the barriers and facilitators for family caregivers supporting someone at high-risk of psychosis: A qualitative study. *Psychosis*, 12(1), 57-67.
- İnci, F. H., Kartal, A., & Koştu, N. (2017). İnmeli hastaya bakım verenlerin bakım yüküne yönelik kanıta dayalı uygulamalar. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 3(1), 46-51.
- Javalkar, K., Rak, E., Phillips, A., Haberman, C., Ferris, M. ve Van Tilburg, M. (2017). Predictors of caregiver burden among mothers of children with chronic conditions. *Children*, 4(5), 39.
- Kaplan, S. (2013). Diyaliz Hastalarının ve Yakınlarının Diyaliz Sürecinde Yaşadıkları Sorunların Ortaya Konması Ve Sorunlarla Baş Edebilme Yöntemlerinin Grup İçinde Öğretilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (1), 32-41.
- Karaaslan, M. M. ve Çelebioğlu, A. (2018). Zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerin psikolojik durumları ile bakım yükünün değerlendirilmesi. *Researcher*, 6(2), 188-200.
- Karaca, H. (2016). ALZHEİMER HASTASI YAŞLI BAKIMININ AİLE ÜYESİ BAKICI KADINLARA ETKİSİ. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (7), 6-12.
- KAYLI, D. Ş. (2019). Türkiye'de sosyal hizmetin toplumsal cinsiyet eşitliği ile ilişkisi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 4(45), 135-142.
- Kömürçü, C., & Kuzu, A. (2022). The Effect of Social Support and Spiritual Well-Being on Posttraumatic Growth in Dialysis Patients And Their Caregivers. *Karya Journal of Health Science*, 3(2), 103-108.
- Kuipers, E. (2010). Time for a separate psychosis caregiver service? *Journal of Mental Health*, 19(5), 401- 404.
- Lee, J.E., Shin, D.W., Cho, J., Yong, H.K., Kim, S.Y., & Yoo, S.H. (2015). Caregiver burden, patients' self-perceived burden, an preference for palliative care among

- cancer patients and caregivers. *Psycho-Oncology*, Published online in Wiley Online Library.
- Li, Y., Wang, K., Yin, Y., Li, Y., & Li, S. (2018). Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 88, 79-84.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438-445.
- Lkhoyaali, S., Haj, M. A. E., Omrani, F. E., Layachi, M., Ismaili, N., Mrabti, H., & Errihani, H. (2015). The burden among family caregivers of elderly cancer patients: prospective study in a Moroccan population. *BMC research notes*, 8, 1-4.
- McCormick, M. E., Ward, E., Roberson, D. W., Shah, R. K., Stachler, R. J., & Brenner, M. J. (2015). Life after tracheostomy: patient and family perspectives on teaching, transitions, and multidisciplinary teams. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 153(6), 914-920.
- Neugebauer, C., & Mastergeorge, A. M. (2021). The family stress model in the context of pediatric cancer: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 1099-1122.
- Or, R. (2013). *Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali* (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- ÖZATEŞ GELMEZ, Ö. Z. G. E. (2016). BAKIM EMEGI SOMURUSUNUN ÖZNELERİ YA DA BİR SOSYAL POLİTİKA UYGULAMASININ NESNELEŞTİRDİKLERİ EVDE BAKIM UYGULAMASI KAPSAMINDA BAKIM VEREN KADINLAR. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*.
- ÖZDEMİR, G., & ÖZKARAMAN, A. (2022). Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Duyusal Zekâ Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *GEVHER NESİBE JOURNAL OF MEDICAL AND HEALTH SCIENCES*, 7(18), 49-63.
- ÖZYEŞİL, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1).
- Rakic, M., Escher, M., Elger, B. S., Eckstein, S., Pacurari, N., Zwahlen, S., & Wienand, I. (2018). Feelings of burden in palliative care: a qualitative analysis of medical records. *Journal of palliative care*, 33(1), 32-38.
- Rohleder, N., Marin, T. J., Ma, R., & Miller, G. E. (2009). Biologic cost of caring for a cancer patient: dysregulation of pro-and anti-inflammatory signaling pathways. *Journal of clinical oncology*, 27(18), 2909-2915.
- Salvador, Á., Crespo, C., Martins, A. R., Santos, S., & Canavarro, M. C. (2015). Parents' perceptions about their child's illness in pediatric cancer: Links with caregiving burden and quality of life. *Journal of child and family studies*, 24, 1129-1140.

- Sawyer, M. G., Antoniou, G., Toogood, I., Rice, M., & Baghurst, P. A. (1993). A prospective study of the psychological adjustment of parents and families of children with cancer. *Journal of Paediatrics and Child health*, 29(5), 352-356.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 289-297. doi:10.1007/bf00782883
- Schene, A. H., van Wijngaarden, B., & Koeter, M. W. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia bulletin*, 24(4), 609-618.
- Selçuk, K. T., & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Sharma, M., Srivastava, S., & Pathak, A. (2021). Family psychoeducation as an intervention tool in the management of schizophrenia and the psychological well-being of caregivers. *Indian Journal of Community Medicine*, 46(2), 304-308.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-oncology*, 19(10), 1013-1025.
- Şarkı, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., Kang, J., Baik, Y. J., Mo, H., ... ve Kim, E. J. (2011). Terminal kanserli hastaların aile bakıcılarında yaşam kalitesi ve ruh sağlığı. *Kanserde Destekleyici Bakım*, 19, 1519-1526.
- Tabootwong, W. ve Kiwannuka, F. (2020). Trakeostomili hastanede yatan yaşlı hastalar için bakıma aile bakıcısı katılımı: literatür taraması. *Yaşlı İnsanlarla Çalışmak*, 24(2), 105-111.
- Ümmühan KAYA UYGUN-- Hasan Hüseyin TAYLAN.(2018).*ALZHEİMER HASTALARINA PRİMER BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER*.The Journal of Academic Social Science Studies
- Vigna, P. M., de Castro, I., & Fumis, R. (2020). Spirituality alleviates the burden on family members caring for patients receiving palliative care exclusively. *BMC Palliative Care*, 19(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00585-2>
- Xiong, N., Li, Y., Yu, Y., Li, J., Li, Y. Y., & Deng, H. Q. (2010). Three years follow-up and investigation of rehabilitation conditions of children with autism. *Chinese Journal of Rehabilitation Medicine*, 25(7), 670-673.



BÖLÜM 3

Yaşlıların Suistimali, Yaşlanma ve Ayrımcılık

Zühal Palioglu¹ & Elif Oral²

¹ Öğr. Gör., Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu – Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü-
Evde Hasta Bakımı Bingöl,Türkiye, ORCID: 0000-0003-1018-7641

² Öğr. Gör., Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu – Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü-
Evde Hasta Bakımı Bingöl,Türkiye, ORCID:0000-0002-9896-307X

GİRİŞ

Yaşlanmak fizyolojik olarak her canlıdan beklenen bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bireyin genç ya da yaşlı olması toplumun o bireye olan bakış ve tutumunu etkilemektedir. Bu tutum toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik gösterebilmekle beraber olumlu ya da olumsuz tutumlar olabilir. Bu tutuma yaşçılık kavramı denilmektedir. Bireylere yaşçılık yapılması ise yaşlı ayrımcılığına neden olmaktadır (Tunçay,2020). Yaşlı istismarı ve ihmali geçmişte olduğu gibi günümüzde de gizli bir problemdir. Genellikle 60 yaş üstü bireylerde üzüntü ve acıya neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin yaşlı istismarı ve ayrımcılığı hakkındaki farkındalılığı belirtilerinin neler olduğunu bilmesi ve yaşlı bireylere bu konuda yardım etmesi bu olumsuz tutuların önüne geçecektir.

1. YAŞLILARIN SUİSTİMALİ

Yaşlı suistimali ilgili literatür kapsamında; yaşlı istismarı ve ihmali olmak üzere iki başlık altında incelenecektir.

1.1. Yaşlı İstismarı

Yaşlı istismarı ve ihmali, fiziksel, duygusal, cinsel istismarın yanı sıra finansal sömürü, yaşlı ihmali ve yaşlıları terk etme olarak toplumda kendini gösterir. Yaşlı istismarı kategorilerde açıklansa da, kurbanlar genellikle aynı anda birden fazla istismar biçimine maruz kalırlar (Johnson vd., 2010). Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi (NCEA) yaşlı istismarını , “Güven beklentisi içeren bir ilişkide bakıcı veya başka bir kişi tarafından kasıtlı bir eylemde bulunma veya bulunmama” olarak tanımlamıştır (NCEA, 2024). Yine benzer şekilde dünya sağlık örgütü “Yaşlı istismarı, yaşlı bir kişiye zarar veya sıkıntı veren güven beklentisinin olduğu herhangi bir ilişkide meydana gelen tek veya tekrarlanan bir eylem veya uygun eylem eksikliğidir.” olarak tanımlamakta ve ayrıca türlerini fiziksel, psikolojik veya duygusal, cinsel ve finansal olarak listelemektedir (WHO 2002).

1.2. Yaşlı İstismarı türleri

Fiziksel İstismar

Yaşlı bireyin bakımından sorumlu olan kişinin şiddet yoluyla vücut üzerinde yaptığı fiziksel fiillerdir. Zor kullanarak yatırma, kalktıgında engel olma gibi uygulamalar bunlardan birkaçıdır. Fiziksel istismar sonucunda vücutta nedeni bilinmeyen yaralar, vücutta izler, hastayı sarma, dövme, ihtiyaç olmadığı halde ilaç verme fiziksel istismara örnek olarak verilebilir (Altun, 2012). Toplumumuzda en çok tepki alan ve üzerinde durulan yaşlı istismarı türü budur. Genellikle fiziksel açıdan yaşlı bireyi istismar eden kişide alkol veya madde bağımlılığı olduğu

görülmüştür. Tıpkı çocuk istismarı ve eş istismarında olduğu gibi yaşlı istismarında da mahkemeye intikal eden durumlar nadirdir (Emiroğlu, 1995).

Psikolojik İstismar

Yaşlı bireye bakım vericisi tarafından ruhsal açıdan zarar veren sözlü veya sözsüz biçimlerde psikolojisini olumsuz etkileyen, yaşlı bireyi bunaltan, depresyona yol açan veya psikolojik açıdan yaşlı bireyi etkileyen uygulamaları kapsar. Örneğin; yaşlı bireyle dalga geçme, aşağılama, bağırma, incitme, utandırma, azarlama, korkutma, yok sayma, suçlama hatta tehdit etme bunları kapsar (Karadokovan, 2014). Genellikle bilinçli bir biçimde yapılır. Ekonomik açıdan zorluk çekme, yaşlı bireyin durumundaki olumsuz yönde oluşabilecek değişimler ya da alkol kullanımının olduğu durumlarda şiddeti artabilir (Öztunç, 2016).

Cinsel İstismar

Yaşlı bireyin rızası olmadan kendisiyle cinsel ilişkiye girilmesi yaşlı bireyden faydalanılmasıdır. Bu gibi durumlarda yaşlı bireyin genital bölgesinde ekimozlar gözlenebilir, oturmakta zorluk çekebilir, iç çamaşırında kan olabilir, anüs veya vajinada açıklanmayan kanamalar olabilir, göğüslerde morluklar-çürükler-ısırık izleri gözlenebilir, cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri yaşlı bireyde gözlenebilir (Altun, 2012). Cinsel açıdan istismar edilen yaşlı birey çoğunlukla bunu gizler. Çünkü bundan hem utanır hem de bakım vericisi tarafından cezalandırılacağını düşündüğü için bunu saklamak ister. Dolayısıyla yaşlı bireyin fizik muayenesinde yaşlıyı iyi bir biçimde gözlemlemek ve yaşlıya yardımcı olmak gerekir. Zira cinsel istismar her yaş grubunda olduğu gibi yaşlı bireyde de psikolojik sorunlara neden olmaktadır (Kıssal 2008).

Ekonomik İstismar

Yaşlı bireyin parasına, malına veya mülküne bakım vericisi tarafından legal veya illegal biçimlerde el konulması çalınması, hırsızlığı veya yaşlı kişiyi tehdit, kandırma veya zor kullanarak el konulmasıdır. Bu uygulamaların tümü ekonomik istismar olarak adlandırılır (Karadokovan 2014). Bu uygulamaların yanı sıra yaşlı bireyin yaşlılık maaşı veya emekli maaşı için yaşlıya bakım verilmesi de ekonomik istismar olarak kabul edilir. Bakım veren kişi yaşlı kişinin onayı olmasa da yaşlı bireye baktığı için bu parayı alma hakkına sahip olduğunu düşünür. Ekonomik istismar çoğu zaman diğer istismar türleriyle beraber görülür (Turla, 2007).

1.3. Yaşlı İhmali

Yaşlı ihmali genellikle yaşlı istismarı ile ilişkili olarak gerçekleşmektedir. Yaşlı bireylerin, saygıdan, ekonomik bağımsızlıktan, kendisiyle ilgili kararlardan

ve seçimlerden yoksun bırakılarak insan haklarının, yasal ve medikal haklarının ihlal edilmesidir (Kalaycı vd., 2015). İhmal durumu yalnızca yaşlının çevresindekiler tarafından kaynaklanmamaktadır. Yaşlının kendi kendini ihmalinin de söz konusu olduğu durumlar vardır. Yaşlının kendi kendine dikkat ve özeni sağlamada yetersiz kalması durumu da buna örnek olarak gösterilmektedir (Erkal, 2014).

1.3.1. Yaşlı ihmalinin varlığını gösteren durumlar Uysal (2002) tarafından şu şekilde belirtilmiştir: (Uysal, 2002)

- Yaşlının bedensel temizliği ya da giyinmesine yardım etmede yetersizlik,
- Yaşlının bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini sağlamada yetersizlik (yaşlının tedaviyi reddettiği durumları içermez),
- Yaşlının sağlığını ve güvenliğini tehdit eden zararlardan korumada yetersizlik,
- Yaşlının bakımına gerekli dikkat ve özen göstermesinde yetersizlik (Kendi Kendini İhmal) Yaşlı ihmalinin olası belirtileri arasında kötü cilt hijyeni, vücutta hastalıkla bağlantısı olmayan su ve kilo kaybı, beslenme bozukluğu, kirli giysi ya da yatak sayılabilir (Aslan, 2012).

1.3.2. Yaşlı İstismar ve İhmali için Risk Faktörleri

Yaşlı istismarı ve ihmalinde hem yaşlı hem de bakım veren açısından bazı risk faktörleri bulunmaktadır (Kıssal 2009; Sayan ve Durat 2004; Yıldırım 2005).

Yaşlı Bireye Ait Özellikler:

- Bağımlılık ve yetersizlik hali (sağlık sorunları, ekonomik nedenler vb),
- Kalabalık bir aile ortamı içerisinde yaşaması, statü ve güç kaybına uğraması,
- Yalnız yaşaması ve izole olması,
- Cazip maddi kaynağının olması,
- Mental yetersizliğinin ve özür lülüğün olması,
- İleri yaşlarda (70-75 ve üzeri) olmasıdır(Kıssal 2009; Sayan ve Durat 2004; Yıldırım 2005).

İstismarcıya Ait Özellikler

- Üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu yapması,
- Bakım verdiği kişiyle zıt olması ve kırgın roller üstlenmesi,

- Kişilik problemleri (düşük benlik saygısı, düşünce ve davranışlarının kontrol edememe),
- Parasal ve tıbbi problem, evlilik çatışması, işsizlik gibi dış stresörler,
- Şiddet ve istismarı çözüm olarak algılamasıdır (Kıssal 2009; Sayan ve Durat 2004; Yıldırım 2005).

Sosyal ve Kültürel Özellikler

- Toplu ve birlikte yaşama,
- Maddi problemler (işsizlik),
- Aile içi şiddet ve uyumsuzluk,
- Yaşam tarzı, özel hayatın olmaması,
- Şiddetin nesiller boyu görülerek öğrenilmesi,
- İstimara karşı toplumun göstereceği tepki (dini, ailesel),
- Aile bireylerinin yaşlıya bakmak konusunda kültürel olarak koşullanması,
- Şiddetle ilgili kültürel inanışlar,
- Cinsiyet ayrımcılığıdır ((Kıssal 2009; Sayan ve Durat 2004; Yıldırım 2005).

2.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ

Dünyada durum

28 ülkenin verilerinin incelendiği sistematik bir derlemeden elde edilen bulgularla üç ayrı çalışma sunulmuş ve ayrı ayrı meta analizler yapılmıştır. Bu çalışmanın ilki genel olarak 28 ülkedeki istismar olaylarını ülke bazında ortaya koymuş ve istismar türlerini tanımlamıştır. İkincisi ise toplum bazında görülen istismar ve ihmal vakalarına yoğunlaşmış ve üçüncü çalışmada ise araştırmacılar kurumlarda gözlenen yaşlı istismarı ve ihmeline odaklanmışlardır. Yaşlı istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2017 yılında, 12 düşük ve orta gelirli ülke de dâhil olmak üzere çeşitli bölgelerden 28 ülkede yapılan 52 çalışmanın mevcut en iyi kanıtlarına dayanan bir çalışmada, geçen yıl boyunca 60 yaş ve üstü kişilerin% 15,7'sinin bir tür istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir (Tunçay, 2020). Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde sağlam yaygınlık çalışmaları seyrek olsa da yaşlı istismarı dünya çapında yaklaşık 141 milyon kişi olan her altı yaşlı yetiştikten birini etkiliyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte, yaşlı istismarı, özellikle diğer şiddet türleriyle karşılaştırıldığında ihmal edilmiş bir küresel halk sağlığı önceliğidir (Yon vd., 2017).

Personel raporlarına dayanan genel suistimal tahminleri, personelin %64,2'sinin son bir yıl içinde yaşlı istismarını kabul ettiğini gösteriyor. Yaşlı sakinlerden gelen kendi kendine bildirilen verilere dayanarak genel bir yaygınlık tahminini hesaplamak için yeterli çalışma yapılmadı. Yaşlı sakinler tarafından bildirilen istismar alt tipleri için yaygınlık tahminleri psikolojik istismar (%33,4) için en yüksekken, bunu fiziksel (%14,1), finansal (%13,8), ihmal (%11,6) ve cinsel istismar (%1,9) izledi.(Yon vd., 2017) Yine İsviçrede 23 sağlık personeliyle gerçekleştirilen “Geriatrik kurumlarda yaşlı istismarı ve ihmalini önleme: Hemşirelik bakım sağlayıcılarından çözüm önerileri” isimli nitel bir çalışmada hemşirelerin kurumlarda istismar ve ihmali önlenmesi için sundukları öneriler arasında; uygun eğitim ve öğretimin sağlanması, daha iyi hemşirelik yönetimi, bakım sağlayıcısının sorumlulukları ve istismar ve ihmali gidermek için zamanında müdahalenin yanı sıra dönüşümlü bakım sağlayıcısının olması yer aldı. Bu önerilerin uygulanması, geriatrik kurumların, yöneticilerinin ve bakım sağlayıcılarının bakım kalitesini artırmalarına ve bu ortamlarda bu tür olumsuz olayları azaltmalarına olanak sağlayacaktır (Wangmo vd., 2017).

Malezya'daki yaşlı istismarı müdahalesi ile ilgili zorlukların, algılanan rollerin ve iyileştirme stratejilerinin hemşirelerin görüşlerini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşlı istismarına müdahale ederken yaşadıkları sorunları üç alt başlık altında toplamıştır. Bu sorunlar; (Tunçay, 2020) isteksiz olmak veya müdahale edememek (Johnson vd., 2010) Yaşlı insanlar ile sağlık sistemi boşluğu arasında köprü kurmak (NCEA, 2024) Engellerle başa çıkmak (Mohd vd., 2021).

Finlandiya’da hastane dışında göreve giden sağlık bakım çalışanları ile yapılan, 2019 baharında dokuz acil bakım sağlayıcısı ve üç toplum sağlık görevlisi ile bireysel görüşmeler yapılmıştır. Bakım temaslarının kısa olması yaşlı istismarının tanımlanmasını zorlaştırır da acil servis sağlayıcıları fiziksel, psikolojik ve sosyal istismar, etik olmayan eylem, maddi sömürü ve kendini ihmal etme/kendini kötüye kullanma göstergeleri tespit etmişlerdir. Profesyoneller gözlemlerini hasta ve aile görüşmelerine, ev ortamındaki ipuçlarına, hastanın tıbbi geçmişiyle birlikte bakım kalitesine ve tanımlanması en kolay olan fiziksel işaretlere dayandırmışlardır (Salminen vd., 2021). Yaşlı istismarının anlamını ve sosyokültürel faktörlerini yaşlıların gözünden İran kırsalında yaşayan 38’i kadın 17 si erkek olan 55 yaşlının bakış açılarından değerlendirmek isteyen nitel bir çalışmada; Araştırmacılar katılımcıların bakış açılarını, aile etkileşimlerindeki yapısal değişiklikler ve sosyokültürel değerlerdeki değişiklikler de dâhil olmak üzere iki tema olarak nitelendirmişlerdir. Ahlaki normlar hakkında kamusal eğitim ve yaşlılar

için destekleyici yasaların yürürlüğe konması, yaşlı istismarını en aza indirmeye yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir (Khosravi vd.2019).

Amerika’da yaşlı Çinli ve Koreli göçmenler arasında yaşlı istismarı ve ihmali sonucunda yardım arama davranışlarını etkileyen belirgin sosyokültürel özelliklerin karşılaştırılarak araştırıldığı 30 katılımcılı nitel bir çalışmadan elde edilen incelenmiştir. Yaşlıya kötü muamelenin kültürel olarak yüklü bir yapı olduğu ve geleneksel kültür ve akümülyasyonun temel değerlerinin yaşlı istismarı algılamı ve müdahalelerin duyarlılığını derinden etkileyen önemli bağlamsal faktörler olduğu ortaya konmuştur. Yaşlı Koreli katılımcılar, Çinli meslektaşlarına kıyasla, özel aile bağları ve cinsiyet normlarında hiyerarşi ve kültürel inançların daha güçlü bir şekilde etkisinin olduğunu göstermiş ve kötüye kullanımı açıklama olasılıkları daha düşük çıkmıştır (Lee vd., 2014).

2019 yılından bu yana tüm dünyayı etkisi altına alan covid 19 salgını ile tüm toplumlar virüsten korunmak adına gerekli önlemler almışlardır. Salgının başında bu virüsün sadece yaşlıları etkilediği ve kronik hastalığı olanların daha çabuk yakalandığı düşüncesi zaten var olan yaşlı istismarı ve ihmalinin özellikle sağlık kurumlarında nasıl değişikliğe uğradığını, sonrasında alınan önlemlere sokağa çıkma yasakları ve kapanmalar eklenince evde bulunan yaşlı bireylerin maruz kaldıkları istismar ve ihmali oranlarının da nasıl etkilendiğini gösteren çalışmaları literatür kapsamında inceleyeceğiz.

ABD’de yapılan bir çalışmada; ilk kez koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisi sırasında yaşlı istismarı mağduriyetiyle ilişkili risk ve dayanıklılık faktörleri ve yaygınlığı incelenmiştir. Salgın sırasında evde barınan 897 yaşlının üzerinde yapılan anket çalışmasında, yaşlı istismarının sıklığı, salgın öncesindeki yaygınlık tahminlerine kıyasla% 83,6' luk bir artışla her beş yaşlı kişiden birinin (%21,3) mağduriyet yaşadığı bildirilmiştir. Yaşlı kişilerin pandemiye bağlı finansal gerginliği yaşlı istismarı riskinin artmasıyla ilişkiliyken, daha güçlü bir toplum duygusu ve fiziksel mesafe önlemlerine daha fazla bağlılık, istismar riskinin azalmasıyla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Chang ve Levy, 2021).

Afrika’da pandemi dönemindeki yaşlı istismarı ve ihmali inceleyen bir çalışmaya göre; Yaygın olarak bildirilen yaşlı kötü muamele vakaları arasında açlık, dayak, hakaret ve ihmali yer almıştır. Bunlar arasında yaşam seyri ve yalnızlık, sosyallik gibi yaşa bağlı olaylar tarafından izolasyon ve fiziksel ve zihinsel işle- yişte düşüşler, esas olarak eş veya imza kaybı nedeniyle diğerlerini yapamama ve zayıflama gibi durumlar yaşlılardaki morbiditeyi de arttırmıştır. Bu sadece sağ- lıkla ilgili bir durum değil. Yaşlı istismarı ve ihmali multidisipliner bir olaydır ve

bakım uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve insan hakları çalışanlarının çözüme birlikte katılım sağlaması gerekmektedir. Ancak, COVID-19'a karşı hükümet politikalarıyla insanların evlere kapatılması yaşlı insanlara karşı aile içi istismar ve ihmalde olası bir artışa sebep olmuştur. Aile üyelerinin yaşlı akrabalarını ziyaret edememesi bazı ailelerde bakıcıların kötü muamelelerde bulunmasına zemin hazırlamıştır (Arthur ve Gyasi 2021). Covid 19 pandemisinde çinin Hunan eyaletinden 10.362 örnek toplanarak yapılan bir araştırmada; COVID-19 salgını sırasında, finansal istismar ve ihmalin yaygınlığı 2010'dakinden önemli ölçüde daha yüksek olduğu. Gelirin dört suistimal türü üzerinde önemli bir etkisi olduğu, Gelir ne kadar düşükse, suistimal riskinin de o kadar fazla olduğu. Ayrıca, daha büyük bir yaş, kadın olmak, daha düşük bilişsel yetenek ve birlikte yaşayan bir eşe sahip olmamak gibi faktörlerin istismar olasılığını artırdığı. Çocuk sayısı ne kadar fazla olursa, fiziksel istismar, finansal istismar ve yaşlı ihmali risklerinin de o kadar fazla olduğu, yüksek öğrenim düzeyine sahip yaşlılar, sık sık sosyal aktivitelere katılanlar ve dini inançları olanların istismara uğrama olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur (Du ve Chen, 2021).

Türkiyede durum

Çiftçi ve arkadaşlarının 2019 da yaptıkları sistematik derleme çalışmasında yaşlı istismarı ve ihmali çok yönlü bir biçimde incelenmiş ve yaşlı istismar türleri, risk faktörleri, önleme ve korumaya yönelik uygulamalar ile hemşirelerin konu hakkındaki sorumlulukları ayrıntılı bir biçimde açıklanmıştır (Çiftçi vd., 2020). Literatürde sağlık bölümünde okuyan ve sağlık bölümünde okumayan öğrenciler ile yapmış olan bir çalışmada Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nden ve Yaşlı Bakım Bölümü'nden öğrenciler ile, Spor Bilimleri Fakültesi'nden öğrenciler ile çalışılmıştır. Grupların sorulara verdiği cevaplar incelendiğinde "Yaşlılar aile üyelerinin yaşamı için bir engel oluşturur mu?" sorusuna sağlık bölümlerinde okuyan grubun %34,4'ü, diğer grubun %90,5'i evet cevabı verirken yaşlı bireye yeterli güveni verebilme sorusuna sağlık bölümünde okuyan grubun %84,8'i, sağlık dışı bölümde okuyan grubun %71,4'ü evet cevabını vermiştir. Sağlıkla ilgili bölümde okuyan grubun %27,3'ü, sağlık dışı bölümde okuyan grubun %81'i yaşlıyı ihmal ettiğini düşünmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin yaşlılara karşı daha duyarlı olduğu ve farkındalıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Başer, 2019). Literatürde yapılan bir çalışmada hemşirelerin 'Yaşlı Bireye İlişkin Tutumlarının Bakım Davranışlarına Etkisi'nin araştırdığı bir çalışmada farklı anlamlılıklar bulunmuştur. Hemşirelerin yaşlı ile aynı evde yaşama, şuan çalıştıkları klinikte yaşlı bireye bakım verme ve hemşirelik eğitimi ya da hizmet içi eğitimlerde yaşlı bakımına ilişkin eğitim alma durumu ile "Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği" (YATÖ), ve

"Bakım Davranışları Ölçeği-24" (BDÖ-24) toplam ve alt boyut puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Yaşlıya olan olumlu tutumun bakım davranışlarını da olumlu olarak etkileyeceği söylenebilir (Baştürk, 2019).

3. YAŞLI AYRIMCILIĞI

Yaşlılık ifadesini çoğunlukla bir damga veya etiket olduğu belirtilmektedir. Kişinin yaşlı veya genç oluşunu takvimsel yaşından daha çok onun fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik, eğitim faktörleri gibi etkenler belirlemektedir (Tufan, 2016). Yaşlı ayrımcılığı, bireyin yaşına göre ona karşı oluşturduğumuz tutumlarımızdan ortaya çıkmaktadır. Sağlık sorunları, engellilik, üretimin ve tüketimin dışında kalma, ekonomik yetersizlikler, sosyal izolasyon, kent yaşamına uyum sağlayamama gibi nedenlerden ötürü yaşlı bireyler ayrımcı bir tutuma maruz kalmaktadırlar (Gökçeoğlu, 2017).

Türkiye’de yaşlı ayrımcılığı

Türkiye’de yaşlı ayrımcılığına yönelik yapılan çalışmalar ilgili literatür kapsamında araştırılmış ve yapılan çalışmalardan örnekler sunulmuştur. Literatürde x (1960- 1980 doğumlular) ve y kuşağı(1981-2000 doğumlular) hemşireleriyle yapılan bir çalışmada; yaşlı bireylerle çalışmanın x ve y kuşağı hemşireleri gözünden değerlendirilmiş ve nitel veri analizi sonucu 5 tema oluşturulmuştur. X kuşağı için nitel görüşme sonucu elde edilen temalar; bakım zamanı, yaşlıların olumsuz ve olumlu anlamları, karışık duygular ve hasta merkezli bakım ihtiyacı; Y kuşağı için genel temalar: iş yükü ve zaman problemi, yaşlıların kategorize edilmesi, karışık duygular ve son olarak bütüncül bakım ihtiyacı olarak belirlenmiştir. X kuşağı için bakım, yetersiz; Y kuşağı için bakım, muhtaç ifadelerine yer verilmiştir (Uysal, 2018).

Dünyada yaşlı ayrımcılığı

Avustralya’da 60 yaş üstü 2137 katılımcıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; ruh sağlığı değişkenleri depresif semptomlar, endişeli semptomlar, genel stres ve olumlu ruh sağlığı veya olumlu yönde gelişen ruh sağlığı olarak belirlenmiş ve maruz kaldıkları son yaş ayrımcılığı deneyimlerinde ruhsal açıdan kendini zayıf hisseden bireylerde ruhsal değişkenler arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bununla beraber yaş ayrımcılığı deneyimleri yaş olarak daha genç olanların (özellikle depresyon), erkeklerin kadınlardan daha fazla (özellikle depresyon) ve diğer cinsel yönelimlerin (özellikle genel stres) aksine heteroseksüel olarak tanımlananların ruh sağlığı üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Lyons vd., 2017).

Korede kanserli yaşı hastaların yaş ayrımcılığına yönelik deneyimlerinin ülke çapında araştırıldığı bir çalışmaya; kanserli 439 yaşlı hasta (yaş ≥ 60) ve on bir kanser merkezinden 358 aile üyesi katılmıştır. Tedaviye karar vermedeki yaşa bağlı farklılıkların yaş ayrımcılığının mı yoksa yaşlı hastaların yüksek risklerinin ve kendi tercihlerinin bir yansıması mı olduğunun araştırıldığı bu çalışmada çoğunlukla tüm hastalar (%91,2) ve hasta bakıcıları (%92,7), tüm anket maddelerinde yaşlı hastaların daha genç hastalarla eşit şekilde tedavi edilmesi gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Ayrıca artan yaşın, daha büyük yaş ayrımcılığı deneyimi ile ilişkili tek demografik özellik olduğu bulunmuştur ($p < .001$). Yaş ayrımcılığı deneyimi daha yüksek depresyon puanının yanı sıra daha düşük bir yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Shin vd., 2019). Ürdün'deki hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin yaşlı yetişkinlere yönelik bilgi, tutum ve yaş ayrımcılığı seviyeleriyle nasıl ilişkili olduğunu incelemeyi amaçlayan bir çalışmada; 317 Ürdünlü hemşireye ulaşılmış ve önemli oranda yaş ayrımcılığı bulunmuştur. Bilgi, tutum ve negatif yaş ayrımcılığı farklılıkları sosyodemografik/mesleki özelliklere göre hemşireler arasında farklılık göstermektedir. Yaşlı yetişkinlere yönelik bilgi ve tutumlar, yaşlı yetişkinler için kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olan negatif yaş ayrımcılığı ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Dini gözlemi yüksek ve aile bağları yakın bir ülkede bile, hemşirelerin zayıf bilgisi ve yaşlı yetişkinlere karşı tutumları nedeniyle sağlık ortamlarında yaş ayrımcılığının mevcut olduğu ortaya koyulmuştur. Bu bulguların hemşirelik eğitimi, klinik uygulama ve sağlık politikası ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Rababa vd., 2020). Amerika'da yapılan bir başka çalışmada ise yaşlı ayrımcılığının; genç aile üyeleri, aynı yaştaki aile üyeleri, tanıdık hizmet çalışanları, yabancı hizmet çalışanları ve arkadaşlardan oluşan beş farklı ilişki türünden kaynaklanan yaşlı ayrımcılığına yönelik 13 pozitif ve 17 negatif ayrımcılık davranışının kabul edilebilirliği incelenmiştir. Katılımcılar genç, orta yaşlı ve yaşlı yetişkinlerden oluşmuş olup yaş ne olursa olsun, pozitif yaş ayrımcılığının negatif yaş ayrımcılığından daha kabul edilebilir olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Genç yetişkinlerin orta yaşlı ve yaşlı yetişkinlere oranla negatif ayrımcılığı kabul edilebilir bulma oranları daha yüksek çıkmıştır (Horhota, 2019). Yine pandemi sırasında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaşlı yetişkinlere yönelik olumlu ve olumsuz yanıtları ve ABD'deki salgından elde edilen verileri kullanarak yaşlı yetişkinler ve toplum için sonuçları (ve diğer ülkelerden gelen verilerle bilgilendirilmiş) ve yaşlı yetişkinlerin görüşleri ve tedavisi hakkında geçmiş teorik ve ampirik araştırmaları inceleyen bir çalışmaya göre; olumlu söylemlerin yaşlı yetişkinlerin değerini pekiştirdiği, yaşlı yetişkinlerin zihinsel ve fiziksel sağlığını iyileştirebildiğini, yaş ayrımcılığını azaltabildiği ve kuşaklar arası ilişkileri iyileştirebildiği, olumsuz söylemlerin ise tam tersi etkilere sahip olabildiği sonucuna varılmıştır. Bununla

birlikte, olumlu söylemlerin (yaşlı yetişkinleri COVID-19 enfeksiyonundan korumak için sosyal mesafe) istemeden yalnızlığı, depresyonu, sağlık sorunlarını ve yaşlı yetişkinlerin olumsuz stereotiplemeyi artırabildiği (örneğin, çaresiz, zayıf) bulunmuş. Salgın sırasında yaşlı yetişkinlerin tedavisinden kaynaklanan acil politika sorunları arasında sağlık hizmetleri (triyaaj, yaşlı istismarı), istihdam (işten çıkarmalar, emeklilik) ve yaş ayrımcılığı ile ilgili eğitimin yanı sıra, yaş ayrımcılığının bu politikaları kesen diğer önyargı biçimlerinden de (örneğin ırkçılık) etkilendiği ortaya çıkmıştır (Monahan vd., 2020).

Hindistan da uzun yaşam süresinin, kırılabilirlik ve yaş ayrımcılığı ile arasındaki ilişkinin araştırılmıştır. Bu çalışmada Orta Afrika Cumhuriyeti'ndeki ortalama yaşam süresinin; 52,67 yıl olduğu OECD'de (Kanada, Almanya, Meksika, Fransa, Japonya, İngiltere) 80,3 yıla kadar çıktığı ve Hindistan'da 2018'de 68,8 yıl olduğu belirtilmiş ve gelişmiş yaşam süresinin, çoğu daha iyi halk sağlığı önlemlerine ve iyileştirilmiş bakıma atfedilmiştir. İnsan ömrünün belirleyicilerini ve mekanizmalarını ve uzun ömürlülüğün doğal iki sonucu olarak; a) Kırılabilirlik özellikleri ve yönetimi ve b) Yaşlı ayrımcılığının davranışsal ve tutumsal fenomeni ön plana çıkmıştır (Yeolekar vd., 2019).

4. YAŞLI İSTİSMARI, İHMALİ VE AYRIMCILIĞINDA PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ GERONTOPSİKİYATRİK BAKIM

Gerontopsikiyatrik bakımda esas olan psikiyatri hemşiresi ile hasta arasında kurulan etkin iletişimle gerçekleşen hemşirelik sürecinin tamamlanmasıdır. Psikiyatri hemşiresi yaşlı hastayla ev ortamında klinik ortamda veya bakımevlerinde karşılaşabilir. Psikiyatri hemşiresi hastayla nerede karşılaşırsa karşılaşsın hastayı gözlemleyerek değerlendirme yapar ve uygun bakım hedefleri oluşturur. Değerlendirme sonucunda uygulanacak olan bakım modeli; yaşlı hastanın özenli değerlendirilmesini, mevcut koşullar doğrultusunda merkezine sağlık, hastalık ve insan kavramlarını alan bir modeldir. Yapılan gözlemler sonrasında uygun hemşirelik girişimlerini planlayan ve harekete geçen ruh sağlığı hemşiresi; bakım sırasında yaşlı hastanın kendisinde var olan özellikleri de göz önünde bulundurur ve bakıma katılmasını sağlar. Gerontopsikiyatrik bakımda oluşturulacak bakım modeli sadece ruhsal bakımı içermez. Yaşlı hastaların aynı zamanda çok sayıda sistemik hastalıkları olabilir. Bu hastalıklar yaşlı bireyin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu sebeple bakımda fiziksel bakımın da önemi artmaktadır. Günümüz toplumunda yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu daha çok evde takip edilmektedir. Toplum ruh sağlığı ve evde sağlık hizmetleri de faaliyetlerine başlayalı çok zaman olmamıştır ve bunlar göz önünde bulundurulduğunda gerontopsikiyatrik bakımın ve ruh sağlığı hemşiresinin önemi daha da artmaktadır. Bu bilgiler ışığında genel anlamda yaşlı bireye sunulacak bakımda; Ruh sağlığı hemşiresi bilmelidir

ki kendisinden beklenen talepler vardır ve bu talepler her birey için özeldir. Bu beklentilerin karşılanabilmesi için ruh sağlığı hemşiresinin enerjik algısal ve çok yönlü olması gerekmektedir (Segal vd., 2018).

Ruh sağlığı hemşiresi; hastasının davranışlarını ve ruhsal durumunu gözlemler, yorumlar, ulaştığı bilgiler doğrultusunda tedaviye yön verir. Örneğin; psikiyatrik bozukluğa diğer fiziksel bozuklukların da eklendiği ve iletişimin daha da güçleştiği yaşlı hastalarda görülme ihtimali yüksek olan davranış ve algı bozukluklarını önceden fark ederek sunacağı bakımı daha etkili hale getirerek bakım kalitesini artırabilir (Çam ve Engin, 2016). Ruh sağlığı hemşiresi, yaşlı hastayla güvenli iletişimi kurduktan sonra tedavi sürecinde yaşlı hastanın yeni hobiler edinmesini sağlayabilir, uğraşı tedavileri için özendirebilir (Bayık vd. 2002).

Ruh sağlığı hemşiresi aynı zamanda bir danışmandır. Yaşlı bireyin bakımından sorumlu kişilerle iletişim halinde olup bakımın sadece fiziksel değil aynı zamanda davranışsal, sosyal ve bilişsel yönlerinin olduğunu bakım vericilere bildirir. Uygun koordinasyonu sağlamalıdır (Stephens-2020).Ruh sağlığı hemşiresi terapotik ortamı şekillendirir, kullanır ve yönetir, yaşlı birey bu sayede kendisini daha rahat ifade eder, kişilerarası ilişkiler kurmaya başlar, sosyal becerilerinin farkına varır. Temel zorunluluklarını karşılar ve kurumdaysa personel evdeyse aile ile olan ilişkiden maksimum yarar sağlar, sorunlu davranışlarını kontrol altına almayı öğrenir, sorumluluk alabilir ve tedavideki uyumunu arttırabilir (Oflaz 2002).Yine yaşlı hastalarda daha önce de denildiği gibi ruhsal hastalıklarla beraber fiziksel hastalıklar da bulunur ve psikotropik ilaçların güvenli kullanımını da içeren somatik tedavi ve kişilerarası terapiler hakkında bilgi sahibi olmalı ve yaşlı birey veya bakım vericilerini de bu konuda eğitmelidir (Stephens, 2020).

SONUÇ

Sonuç olarak; son yıllarda dünya genelinde yaşlı nüfus oranı genel nüfus içerisinde gittikçe artmakta ve büyüyen yaşlı nüfusunun, değişen toplum düzeninde kendilerine yer bulmalarının gittikçe zorlaştığı görülmüştür. Bu sebeple psikiyatri hemşireleri yaşlı bireylere biyopsikososyal yaklaşım da önemli görevler üstlenmeli ve sorumluluk almalıdırlar.

KAYNAKLAR

- Altun, Ş. Ö. (2012). Yaşlı istismarı ve ihmali. II. Uluslararası ve VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 4-7 Ekim, Erzurum, Türkiye, 27-30.
- Arthur-Holmes, F., & Gyasi, R. M. (2021). COVID-19 crisis and increased risks of elder abuse in caregiving spaces. *Global Public Health*, 1-5. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1938171>
- Aslan, H. (2012). Yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Baştürk, M. (2019). Hemşirelerin yaşlı bireye ilişkin tutumlarının bakım davranışlarına etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Bayık, A., Özgür, G., Özsoy, S., Erefe, İ., Uysal, A., & Özer, M. (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Geriatrici*, 5, 68-74.
- Chang, E. S., & Levy, B. R. (2021). High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: Risk and resilience factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007>
- Çam, O., & Engin, E. (2016). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı (2. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Du, P., & Chen, Y. (2021). Prevalence of elder abuse and victim-related risk factors during the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health*, 21(1), 1096. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11175-z>
- Emiroğlu, V. (1995). Yaşlılık ve yaşlının sosyal uyumu. Ankara: Şafak Matbaacılık Ltd. Şti.
- Erkal, S. (2008). Aile içi şiddet ve yaşlılar. Hacettepe Üniversitesi e-Dergisi. Retrieved from www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/yaslivesiddet.pdf (Erişim tarihi: 09/09/2021).
- Erkal, S. (2014). Aile içi şiddet ve yaşlılar. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/237396551_AILE_ICI_SIDDET_VE_YASLILAR
- Gökçeoğlu Balcı, Ş. (2017). Sosyal güvenlik hakkı açısından yaşlı bakımı. İstanbul: Onikilevha Yayıncılık.
- Horhota, M., Chasteen, A. L., & Crumley-Branyon, J. J. (2019). Is ageism acceptable when it comes from a familiar partner? *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(4), 595-599. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby066>
- Johnson, M. J., & Fertel, H. (2021, August 12). Elder abuse. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 32809718.
- Kalaycı, İ., & Özkul, M. (2018). Modernleşme sürecinin toplumsal mağdurları olarak yaşlılar: Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmali. Süleyman Demirel Üniversitesi

Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, (43), 92-119. Retrieved from <https://dergipark.org.tr>

- Kalaycı, İ., Özbek Yazıcı, S., & Şenkeynağı, A. (2015). Yaşlı yakınlarının şiddet algısı (Süleyman Demirel Hastanesi örneği). *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1), 22-33.
- Karadakovan, A. (Ed.). (2014). *Yaşlı sağlığı ve bakımı*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Khosravi, N., Rezaei, M., & Matlabi, H. (2019). Elder abuse and its sociocultural factors from the perspectives of Kurdish rural older people: Does gender matter? *Health Care for Women International*, 40(10), 1031-1046. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1534236>
- Kıssal, A. (2008). İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların istismar ve ihmalle karşılaşma durumları ve etkili olan etmenlerin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Kıssal, A., & Beşer, A. (2009). Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4), 357-364.
- Lee, Y. S., Moon, A., & Gomez, C. (2014). Elder mistreatment, culture, and help-seeking: A cross-cultural comparison of older Chinese and Korean immigrants. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(3), 244-269. <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.820656>
- Mohd Mydin, F. H., Othman, S., Choo, W. Y., Mohd Hairi, N. N., Mohd Hairi, F., Ali, Z., & Abdul Aziz, S. (2021). Primary care nurses' challenges, opportunities, and facilitators of elder abuse intervention in Malaysia. *Public Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/phn.12961>
- Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M., & Levy, S. R. (2020). COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *American Psychologist*, 75(7), 887-896. <https://doi.org/10.1037/amp0000699>
- National Center on Elder Abuse. (n.d.). Red flags of abuse. ACL.gov. <https://acl.gov> (Erişim tarihi: 09/09/2024).
- Oflaz, F. (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 55.
- Öztunç, G. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 128-134.
- Rababa, M., Hammouri, A. M., Hweidi, I. M., & Ellis, J. L. (2020). Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 593-601. <https://doi.org/10.1111/nhs.12701>

- Salminen-Tuomaala, M., Tiainen, J., Mikkola, R., & Paavilainen, E. (2021). Identification of elder abuse through out-of-hospital emergency care providers. *Research and Theory for Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-20-00074>
- Sayan, A., & Durat, G. (2004). Yaşlı istismarı ve ihmali: Önleyici girişimler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 97-106.
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2018). *Aging and mental health* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Shin, D. W., Park, K., Jeong, A., Yang, H. K., Kim, S. Y., Cho, M., & Park, J. H. (2019). Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(3), 459-464. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.09.006>
- Stevens, G. L. (2019, January 20). Geropsychiatric nursing. Retrieved from <https://nur-sekey.com/geropsychiatric-nursing/>
- Tufan, İ. (2016). *Antik çağ'dan günümüze yaşlılık ve yaşlanma*. İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Tunçay, G. Y. (2020). Toplumda yaşa bağlı ayrımcılık. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-5.
- Turla, A. (2007). Yaşlılıkta istismar ve ihmal. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 27-35.
- Uysal, A. O. (2002). Dünyada yaygın bir sorun: Yaşlı istismarı ve ihmali. *Aile ve Toplum*, 2(5).
- Uysal, N., & Diğerleri. (2018). Yaşlı bireylerle çalışmak: X ve Y kuşağı hemşirelerin görüşlerine yönelik nitel bir çalışma. 3. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi.
- Wangmo, T., Nordström, K., & Kressig, R. W. (2017). Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. *Geriatric Nursing*, 38(5), 385-392. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.016>
- World Health Organization. (2002). The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse. Retrieved from http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf (Erişim tarihi: 09/09/2021).
- Yeolekar, M. E. (2019). Longevity, frailty, and ageism. *Journal of the Association of Physicians of India*, 67(12), 75-76. PMID: 31801335
- Yıldırım, K. Y. (2005). Yaşlı istismarı ve önlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(1), 167-174.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)



BÖLÜM 4

Navigasyon Programı/Navigatör Hemşireliği

Muazzez Şahbaz¹ & Züleyha Seki²

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD., ORCID:0000-0003-2182-9371

² Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD., ORCID: 0000-0001-5262-2571

Giriş

Nüfusun yaşlanması, salgın hastalıkların artması, palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların sayısının çoğalması ve kronik hastalık yükleri, hasta bakımında özellikli programların oluşturulması ihtiyacını ortaya koymaktadır. Teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler hastaların bütüncül bakımını ön plana çıkarmakta bu surumda navigasyon programlarının oluşturulmasını ve navigatörlerin görevlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Sağlık bakım sisteminde sağlık ekibi üyeleri arasında hemşirelerin, bakım verici, eğitici, savunucu, danışmanlık ve araştırmacı rolleri nedeniyle bu göreve daha yakın olduğu görülmektedir. Bu rolleri ile de navigatör hemşireler hastalığın tanınmasından, tedavinin sonlanacağı her aşamasında hastalara rehberlik ederek yol gösterir (Kubat, 2023).

Hemşire Navigasyon Programı”, uzman bir hemşire tarafından sunulan ve doğru zamanda sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için birey merkezli müdahaleleri içeren bir bakım programıdır. Bu program, kanser ve diğer kronik hastalıkların zamanında teşhisini ve bireylerin bakıma erişim engellerini “Hemşire Navigatörü” müdahaleleriyle ortadan kaldırarak tedaviye erişimini kolaylaştırmak için tasarlanmış toplum temelli bir hizmet sağlama müdahalesidir. Freedom tarafından geliştirilen navigasyon programı, bireyleri karmaşık sağlık bakım sisteminde kaybolmalarını önlemek için onlara rehberlik etmeyi ve yönlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu program, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ve dezavantajlı bireylere kanser teşhisi ve tedavi sürecinde destek sağlar. Kanserle mücadelede altın standart, multidisipliner bir yaklaşım sağlamaktır. Hemşireler, sağlık bakım ekibinin her bir üyesiyle koordinasyon ve işbirliği içinde çalışan profesyonel üyeler oldukları için navigasyon programının yürütülmesinde kilit bir konuma sahiptirler (Öztoprak ve Koç, 2021).

Navigasyon Programının Tarihçesi

Navigasyon, kelime anlamı olarak "yolu bulma" olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde, navigasyon hastalık önleme, teşhis, tarama ve tedaviden yaşam sonu bakımına kadar olan süreçlerde bir kılavuz olarak kullanılır (Karada-kovan, 2019). Sağlık hizmetlerinde navigasyon programları ilk önce kanser hastaları için kullanılmıştır. Bu navigasyon programının amacı; hastaların tarama ve tedavi süreci içerisinde sağlık hizmetlerine kolay ulaşmalarını sağlamaktır, engelleri ortadan kaldırmak, kaliteli ve eşit sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını sağlamaktır (Kubat, 2023).

Kadınlar, yaşlılar, engelliler ve kırsal kesimde yaşayanlar gibi farklı grupların sağlık hizmetlerine erişimindeki farklılıklar ve eşitsizlikler, navigasyon programının doğmasına yol açmıştır. Navigasyon programları ilk olarak Amerika,

Avustralya, Danimarka, İsveç ve Kanada gibi ülkelerde uygulanmıştır. Hasta navigasyon programı, yeterli sağlık hizmeti alamayan bir grup kadında meme kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltmak için 1990 yılında New York'taki Harlem Hastanesi'nde uygulanmaya başlanmıştır. Sonraki yıllarda, hasta yönlendirmesi, tedavi uyumunu artırarak kanser bakım sonuçlarını iyileştirmek için Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak kullanılmıştır. Yönlendirme programları, dünyanın birçok ülkesinde kanser bakımında yaygın olarak kullanılan bir strateji haline gelmiştir. Onkoloji alanında, erken tanı ve tedavi, hastaların ve bakıcıların bilgisinde artış, tedaviye uyumda ve yaşam kalitesinde iyileşme, acil servis başvurularında azalma gibi iyi sonuçlar elde edilmiş ve sağlık hizmeti maliyetleri düşürülmüştür. Günümüzde ise navigasyon programları sadece hastaların tedavi süreçlerinde değil, tanı ve özellikle rehabilitasyon süreçlerinde kullanılan programlar olarak da karşımıza çıkmaktadır (Atan ve Can, 2022; Çınar, 2022; Kubat, 2023; Pautasso ve ark., 2018)

Hasta Navigasyonu

Navigasyon kelimesinin Türkçe anlamı seyir/ seyrüsefer olarak çevrilmekte, günümüzde kullanım alanlarına baktığımızda “yol kılavuzu” anlamında kullanılmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2024). Hasta navigasyonu, sağlık hizmetleri sisteminde “yönlendirme” anlamına gelir. Hasta navigasyonu, hasta bakım süreci boyunca hasta, ailesi ve bakım vericiler için bakımın devamlılığını sağlama ve organize etme, rehberlik etme, bakım süreci boyunca bakım için engellerin (kişisel, lojistik ve sistemsal) aşılmasına yardımcı olan, hasta merkezli bir sağlık hizmeti sunum modelidir (Coşkun ve ark., 2016). Hasta navigasyonu modelinin uygulanması, kanser hastalarına yardım etmede çok başarılı olmuştur ve bu model kronik rahatsızlıkları olan veya özel sağlık bakım hizmeti alması gereken hastalar içinde yeterli bilgi beceri geliştirmelerine yardımcı olmak üzere uyarlanmıştır. Bu uyarlama, navigasyonun geniş bir hasta kitlesine ulaşmasını sağlamıştır (Akgün Dorukoğlu ve Daşkan, 2024; Jeyathevan ve ark., 2017).

Hasta Navigasyonu İlkeleri

1. Hasta navigasyonu hastayı merkeze alan bir modelidir. Navigasyonun amacı karışık sağlık hizmeti sürecinde, hastanın zamanında hareket etmesini sağlar
2. Hasta navigasyonu, aslında parçalanmış sağlık hizmetini hasta birey için birleştirmeyi hedefler. Hasta navigasyonu, tedavi aşamasındaki sürecin kesintisiz devam etmesini, karışık tedavi hizmeti içinde hastanın zamanında harekete geçmesini sağlar.

3. Hasta navigasyonunun ana amacı, sağlık hizmeti sürecinin bütün basamaklarında tedaviyi engelleyen durumların zamanında yok edilmesidir. Bu fonksiyon navigatör ve hasta arasındaki ilişki ile yürütülür.
4. Hasta navigasyonu diğer tedavi sağlayıcılardan, navigatörün rol ve sorumluluklarını ayıracak şekilde açık ve net bir uygulama alanıyla ayrılmalıdır. Navigatör, hasta birey için en yüksek seviyede yarar sağlayacak şekilde sağlık ekibine dahil edilmelidir.
5. Hasta navigasyon hizmetlerinin sunumu, maliyet etkili, eğitim ve becerilerle orantılı olmalıdır.
6. Navigasyonu kimin yapacağı, navigasyonun belirli aşamasında gereken becerilerin seviyesine göre belirlenmelidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaların eğitim ve deneyim seviyelerine göre gereken sağlık hizmetini sağlamalıdır.
7. Tedavi sürecinde navigasyonun nerede başlayacağını ve nerede biteceğinin bilinmesi gerekir.
8. Hasta navigasyonu sağlık sistemleri arasında bağlantı kuran bir süreç olarak hizmet edebilir.
9. Hasta navigasyon sistemi koordinasyon gerektirir. Daha büyük hasta tedavi sistemlerinde bu koordinasyon, belirli bir sağlık hizmeti alanı veya sistemi içerisinde navigasyon eyleminin bütün safhalarını denetlemekle sorumlu bir navigasyon koordinatörü veya destekleyicisi tarafından en iyi şekilde yürütülür (Coşkun ve ark., 2016).

Navigatörlerin Özellikleri

Navigatörlerin taşıması gereken bazı özellikler bulunmaktadır. Bunlar;

- Hastanın ihtiyaçlarını profesyonel bilgi ve beceriye sahip olarak belirleyebilmeli,
- İletişim tekniklerini bilmeli,
- Sağlık ekip üyeleri, birey, aile ve toplumla güçlü iletişim kurabilmeli,
- Bakım planını hazırlama, tedavi ve bakım becerilerini uygulama konusunda gerekli bilgi ve beceri donanımına sahip olmalı
- Kritik ve yaratıcı düşünme konusunda beceri sahibi olmalı,
- Bilgiye ulaşabilmeli,

- Eğitim tekniklerini ve yöntemlerini kullanabilmeli,
- Empati yapabilmeli,
- İç motivasyona sahip olmalı,
- Eğitimlerde demonstrasyon becerisine sahip olmalı,
- Zaman yönetimi iyi olmalı,
- Organizasyon yapabilmeli,
- Alanında 5-10 yıllık deneyim sahibi olmalı,
- Hasta ve hasta ailesi eğitimi konusunda deneyimli olmalı,
- Bakım sürecinde kullanılan malzeme ve ekipmanların kullanımı hakkında bilgili olmalı,
- Bilgisayar kullanabilmeli,
- Etkin dinleme becerisi olmalı,
- Güncel bilgileri takip edebilmeli,
- Kolay ulaşılabilir olmalı
- Eğitim, konferans vb. gibi sürekli eğitim faaliyetlerine katılmalı,
- İçinde bulunduğu toplumun yaşam koşullarını ve kültürünü tanımalı (Atan ve Can, 2022; Coşkun ve ark., 2016; Çınar, 2022; Kubat, 2023).

Hemşire Navigasyon Programı

Hemşire Navigasyon Programı”, uzman bir hemşire tarafından sunulan ve doğru zamanda sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için birey merkezli müdahaleleri içeren bir bakım programıdır. Bu program, kanser ve diğer kronik hastalıkların zamanında teşhisini ve bireylerin bakıma erişim engellerini “Hemşire Navigatörü” müdahaleleriyle ortadan kaldırarak tedaviye erişimini kolaylaştırmak için tasarlanmış toplum temelli bir hizmet sağlama müdahalesidir. Freedom tarafından geliştirilen navigasyon programı, bireyleri karmaşık sağlık bakım sisteminde kaybolmalarını önlemek için onlara rehberlik etmeyi ve yönlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu program, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ve dezavantajlı bireylere kanser teşhisi ve tedavi sürecinde destek sağlar. Kanserle mücadelede altın standart, multidisipliner bir yaklaşım sağlamaktır. Hemşireler, sağlık bakım ekibinin her bir üyesiyle koordinasyon ve işbirliği içinde çalışan profesyonel üyeler oldukları için navigasyon programının yürütülmesinde kilit

bir konuma sahiptirler. “Hemşire Navigasyon Programı”, hastaları, aileleri ve bakıcıları desteklemek ve güçlendirmek, onlara gerekli eğitimi sağlamak, sosyal kaynaklara yönlendirmek, tedavi ve psikososyal destek sağlamak ve hemşirelik mesleğinin bilgi ve deneyimi gibi temel bileşenlere dayanmaktadır. Bu durum, “Hemşire Navigasyon Programı”nın hastalıkların erken teşhis edilmesine, teşhis konulan kişilerin teşhis ve tedaviye erişim süresini kısaltmasına katkıda bulunmasını sağlar (Çınar, 2022; Kubat, 2023; Uzunkaya Öztoprak ve Koç, 2021).

Navigatör Hemşire

İlk navigatör hemşire onkoloji hastalarına yönelik ortaya çıkmıştır. Navigatör hemşireliğin alanı kanserli hastaların yanı sıra kronik hastalığı olanlar, gebeler, palyatif bakım hastaları ve özel bakım gereksinimi olan yaşlıları da kapsayacak biçimde planlanmış ve uygulanmıştır. Navigatör hemşire kavramı, hasta bakımında hastalık sürecini bireye özgü ve güvenli bir şekilde yönetmek aynı zamanda sürdürmek amacıyla kullanılmıştır (Akgün Dorukoğlu ve Daşkan, 2024).

“Hemşire Navigatörü” hastaların/ailelerin ve bakıcıların sağlıkla ilgili bilgi ve ihtiyaçlarını karşılamalarına, bakımın sürekliliğini teşvik edip kolaylaştırmaya ve bakıma yönelik engelleri belirleyip ortadan kaldırmaya yardımcı olur; hem hastalar/aileler ve bakıcılar hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları için sağlık bakım sisteminin etkili, verimli ve maliyet etkin kullanımını sağlar. Böylece bireylerin doğru bakımı doğru zamanda, doğru ekip tarafından ve doğru yerden almasını kolaylaştırır (Çınar, 2022; Uzunkaya Öztoprak ve Koç, 2021).

Navigatör hemşireler, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bakım yolculuğunda destekleyici ve koordineli bakımla uyum içinde entegre bakım sunar. Tıbbi onkologlar, radyasyon onkologları, cerrahlar, radyologlar, eczacılar, pratisyen hekimler ve hemşireler gibi sağlık profesyonellerinden oluşan multidisipliner bir ekipte ve sosyal hizmet görevlileri ve finansal navigatörler gibi diğer hizmet sağlayıcılarda hizmet verir. Navigatör hemşirenin temel rolleri ve sorumlulukları bakım koordinasyonu, iletişim, eğitim ve profesyonel rollerdir. Navigatör hemşire, iletişim becerileri ve klinik bilgisi sayesinde hasta ve ekip üyeleriyle bir köprü görevi gören bir bakım koordinatörü olarak hareket eder (Pautasso ve ark., 2020).

Navigatör hemşirenin rolü, 1990 yılında tasarlanan ve uygulanan hasta navigasyon programının pilot çalışması sonucunda ortaya çıkmıştır. Navigatör hemşireler, Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS), diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve onkolojide bakım koordinasyonunun sürekliliğini sağlamıştır. Amerikan Hemşireler Derneği, onkoloji hemşirelerinin birincil rollerini açıkça

tanımlamıştır ve bu roller navigatör hemşireler olarak tanımlanmıştır (Baileys ve ark., 2018)

Bu tanıma göre:

Onkoloji navigatör hemşiresi: Hastaların, ailelerinin ve bakıcıların sağlık sistemine erişimdeki engelleri aşmalarına yardımcı olacak onkolojide klinik bilgiyle bireyselleştirilmiş bakım sunan profesyonel bir hemşire. Hemşirelik sürecini kullanarak, hastalığın tüm aşamalarında kaliteli psikososyal bakıma zamanında erişim ve karar vermeyi kolaylaştırmak için eğitim ve bilgi sağlar.

Acemi navigatör hemşire: Navigatör hemşire olarak en fazla iki yıl çalışmış, onkoloji navigasyon deneyimi, hemşirelik bilgisi ve navigatör hemşire rolünü geliştirmek için akademik hazırlığı olması gereken hemşire.

Kıdemli navigatör hemşire: Navigatör hemşire olarak en az üç yıl çalışmış, navigasyon süreçlerini değerlendirmede eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini kullanan, navigatör hemşire rolünde eğitim ve deneyime sahip yetkin hemşire (Baileys ve ark., 2018; Çınar, 2022).

Navigatör Hemşirenin Roller

Bakım Koordinasyonu

- Hasta ihtiyaçlarını ilk karşılaşmada ve periyodik olarak tüm navigasyon boyunca değerlendirir, karşılanmayan ihtiyaçları uygun hizmetlerle ve destek hizmetlerine yönlendirir.
- Bakıma yönelik potansiyel ve var olan engelleri belirler ve engelleri azaltmak için uygun olduğunda yönlendirmeleri kolaylaştırır.
- Yerel, toplumsal veya ulusal kaynaklar ve sağlanan hizmetlerin kalitesi hakkında bilgi geliştirir; Bu hizmetlerin sağlayıcılarıyla ilişkiler kurar.
- Tutarlı, bütünsel bir bakım planını teşvik etmek için uygun tarama ve değerlendirme araçları ve yöntemleri geliştirir veya kullanır.
- Bakım planını hızlandırmak ve bakımın sürekliliğini teşvik etmek için randevuların, tanı testlerinin ve prosedürlerin zamanında planlanmasını kolaylaştırır.
- Hastaların fiziksel, kültürel, biyopsikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak bireyselleştirilmiş bakım sağlar.

- Tedavi ve destekleyici bakım önerilerinin zamanında takibini teşvik ederek bakım planının meslekler arası ekiple koordinasyonuna katılır.
- İşlevsel durum, kültürel değerlendirme, sağlık okuryazarlığı, psiko-sosyal, üreme ve doğurganlık ve hastalar, aileler ve bakıcılar için manevi ihtiyaçlar bağlamında bireyselleştirilmiş bakımı kolaylaştırır.
- Klinik kılavuzlar ve uzmanlık kaynakları hakkındaki bilgiyi uygular.
- Moleküler veya genetik test ve danışmanlık için adayların belirlenmesine yardımcı olur ve uygun yönlendirmeleri kolaylaştırır.
- Hastaların aktif tedaviden sağ kalıma, hastalık yönetimine veya yaşam sonu bakımına sorunsuz bir şekilde geçişini destekler.
- Etik bir çerçeve kullanarak hastalara tedavi hedefleri, önceden verilen talimatlar, palyatif bakım ve yaşam sonu endişeleriyle ilgili konularda yardımcı olur.
- Hastalara sağlanan hizmetlerin belgelenmesini sağlar.
- Sigorta süreçleri ve bunların evreleme, sevkler ve hasta bakım kararları üzerindeki etkilerine ilişkin bilgiyi, gerektiği gibi uygun sevkleri belirlemeye yönelik olarak uygular (Baileys, ve ark., 2018; Çınar, 2022).

Profesyonel Roller

- Navigasyon programının yürütülmesini denetler.
- Yaşam boyu öğrenmeyi ve kanıta dayalı uygulamayı teşvik ederek geçmiş, mevcut veya potansiyel tanı almış hastaların bakımını iyileştirir.
- Akranları, meslekler arası sağlık ekibi üyeleri ve toplum örgütleri ve kaynaklarıyla etkili iletişim kurar.
- Yönetimle işbirliği içinde ölçümlerin ve sonuçların izlenmesine katılır, navigasyon programının sonuçlarını belgelendirir ve değerlendirir.
- Toplum ihtiyaçları değerlendirmesinden elde edilen verileri değerlendirmek ve gerçekleştirmek için idareyle iş birliği yaparak hasta yönlendirme sürecini etkileyecek iyileştirme alanlarını belirler ve belirlenen hizmet boşluklarına dayalı olarak kalite iyileştirmelerine katılır.

- Bakım sonuçlarını değerlendirir.
- Sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde, hastaların bakımı, desteği ve eğitim ihtiyaçları konusunda yardımcı olabilecek yerel acenteler ve gruplarla ortaklıklar kurar.
- İş tanımıyla tanımlandığı şekilde, yöneticiyle işbirliği içinde hastalar, bakıcılar ve meslekler arası bakım ekibiyle profesyonel rolünün sınırlarını belirler (Baileys, ve ark., 2018; Çınar, 2022).

Eğitim

- Hastaların, ailelerin ve bakıcıların eğitim ihtiyaçlarını, bakım engellerini (örn. okuryazarlık, dil, kültürel etkiler, eşlik eden hastalıklar) göz önünde bulundurarak değerlendirir.
- Hastalara, ailelere ve bakıcılara tanı, tedavi seçenekleri, yan etki yönetimi ve tedavi sonrası bakım ve sağ kalım hakkında eğitim sağlar ve pekiştirir (örn. sağ kalım bakım planı, tedavi özeti).
- Tanı, tedavi, yan etkilerin yönetimi, komplikasyonların ve diğer bakım sorunlarının önlenmesi konusunda kanıta dayalı kılavuzlar doğrultusunda hasta/aile ve bakıcılara eğitim sağlar.
- Hastaları tedavi sırasında yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan sağlıklı yaşam tarzı davranışları oluşturmaları konusunda yönlendirir.
- Hastaları, aileleri ve bakıcıları sağlık sistemi, meslekler arası ekip üyesi rolleri ve mevcut kaynaklar hakkında yönlendirir ve eğitir.
- Kişiselleştirilmiş eğitim ve destek sağlayarak hastaların özerk karar almasını teşvik eder.
- Hastalara, ailelere ve bakıcılara tedavi programları, protokoller ve takip konusunda uyumun önemini öğretir ve pekiştirir.
- Eğitim ve yardımcı kuruluşlara yönlendirmeler yoluyla sağlıklı yaşam tarzı seçimlerini ve öz bakım stratejilerini değerlendirir ve teşvik eder.
- Hastalar, aileler ve bakıcılar arasında klinik denemeler konusunda farkındalık yaratır (Baileys, ve ark., 2018; Çınar, 2022).

İletişim

Multidisipliner ekip ile hastalar arasında etkili iletişimi teşvik eder.

- Etkili iletişim ve dinleme becerileriyle hastalar, aileler ve bakıcılarla terapötik ve güvenilir ilişkiler kurar.
- Hastalar, aileler ve bakıcılar ile sağlayıcılar arasında sonuçları optimize etmek için bir bağlantı görevi görür.
- Hastaların, paylaşılan karar alma ve hastaların en iyi sonuçlarla bakım hedeflerini içeren hasta merkezli bakımı teşvik etmek için savunuculuk yapar.
- Özellikle yüksek duygusal stres ve kaygı zamanlarında hastalara, ailelere ve bakıcılara psikososyal destek sağlar ve uygun yönlendirmeleri kolaylaştırır.
- Hastaların ve ailelerin kendi savunuculuğunu yapmalarını ve ihtiyaçlarını iletmelerini sağlar.
- Hasta bilgileri ve gizlilikle ilgili yerleşik düzenlemelere uyar.
- Hastalar için etik karar alma ve savunuculuk için hasta ve aile merkezli bir bakım ortamını teşvik eder.
- İletişimin kültürel olarak hassas ve belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun olmasını sağlar.
- Hasta sonuçlarını olumsuz etkileyebilecek parçalanmış veya gecikmiş bakımı önlemek için meslekler arası bakım ekibinin üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırır (Baileys, ve ark., 2018; Çınar, 2022).

Navigatör hemşireler, çok kapsamlı rolleri sayesinde hastaların tedavi sürecini daha güvenli ve etkili bir şekilde geçirmelerine yardımcı olur ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyecek önemli bir destek sağlar. Navigatör hemşire hastayı yetkilendirme ve hastalara pasif bir bakım alıcısı olmaktansa sağlık hizmetlerinde aktif bir ortak olmaya geçme becerilerini ve güvenini geliştirme fırsatları ve bilgileri sağlama sürecini sağlar (Akgün Dorukoğlu ve Daşkan, 2024).

Sonuç

Navigatör hemşire programları üzerine yapılan literatür taramaları sağlık alanında teşhis, tedavi sürecinin zamanında tamamlanması, bakımın desteklenmesi ve sürekliliği, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi gibi konularda olumlu sonuçlar elde ettiğini göstermektedir. Hemşire navigatörler tarafından sağlanan hizmet, sektörler ve sağlayıcılar arasında ortaklıkların geliştirilmesi yoluyla diğer bakım koordinasyon hizmetlerini tamamlar ve sağlık hizmeti sunumuna sistem çapında, entegre bir yaklaşım sağlar. Bu, yüksek ve karmaşık ihtiyaçları olan hastaların sağlık sisteminde sorunsuz bir şekilde hareket etmelerine yardımcı olur, onları doğru sağlık uzmanlarıyla doğru zamanda ve doğru yerde buluşturur ve ihtiyaçlarına göre uyarlanmış bakım almalarını sağlar.

Kaynakça

- Akgün Dorukoglu., S. & Daşikan, Z. (2024). Kadın sağlığı alanında hasta navigasyonu ve navigatör hemşireliğin kullanımı: derleme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 10 (3), 225-234.
- Atan, G., & Can, E. K. (2024). Obezite ile meme kanseri arasındaki ilişkinin ve her ikisini önlemede navigatör hemşirelik modelinin etkisinin incelenmesi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 183-193.
- Baileys, K., McMullen, L., Lubejko, B., Christensen, D., Haylock, P. J., Rose, T., ... & Srdanovic, D. (2018). Nurse navigator core competencies: An update to reflect the evolution of the role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(3), 272-281.
- Coşkun, H., Şentüre, Ç., & Kavaklı, Ö. (2016). Sağlık hizmetlerinde navigasyon uygulaması. *Medical Journal of Bakirkoy*, 12(4), 157-162.
- Çınar, D. (2022). Navigation and roles of navigator nurse in geriatric hematology. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(3), 257-265.
- Jeyathevan, G., Lemonde, M., & Cooper Brathwaite, A. (2017). The role of oncology nurse navigators in enhancing patient empowerment within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(2), 164–170. <https://doi.org/10.5737/23688076272164170>
- Karadakovan, A. (2019). Navigatör hemşirelik. *E-Sağlık Hemşirelik Dergisi*, 11(40), 16-26.
- Kubat, B. (2023). Hemşirelikte Yeni Bir Rol: Navigasyon Programı/Navigatör Hemşireliği. *USCEH Dergisi*, 3(1), 16-26.
- Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA.(2018). Role of the Nurse Navigator: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*.39:e2017-0102. doi: <https://doi.org/10.1590/1983 1447.2018.2017-0102>.
- TDK Sözlük. 15.12.2024. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=navigasyon>.(Erişim Tarihi: 15/12/2024).
- Uzunkaya Öztoprak, P., Koç, G. (2023).A current approach to early diagnosis and treatment of breast, colorectal and cervical cancers in women: “Nurse navigation program” and “nurse navigator”. *J Educ Res Nurs*.20(3):284-287.



BÖLÜM 5

Hemşirelerde Örgüt Kültürü

Emel Tuğrul¹

¹Doç. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, ORCID: 0000-0001-9046-0681

Giriş

Örgüt kültürü; örgütlerin kuruluşunda belirledikleri felsefi bir yaklaşıma bağlı olarak kurumda görev alan tüm personelin değerleri, algıları ve bakış açıları olarak ifade edilebilir. Örgüt kültürünün çalışanların motivasyonu, performansı, yönetim biçimi ve bilgileri üzerinde etkisi olduğu kabul edilmektedir. Kurum içinde benimsenen ortak değer yargıları ve davranış biçimleri kurumun çalışmasını etkiler. Bu değer yargıları ve bakış açısı kurumların güçlü olmasında rol oynar. Bunun yanında çalışanların tutumları ve mesleki davranışları etkilenir (Büte, 2018). Bir kurumda örgüt kültürünün gelişmesi o kurumun çalışanları ve yöneticileri arasında, çalışanlarla tüketiciler arasında ve çalışanların kendi aralarındaki etkileşimleri de etkiler.

Hastanelerde örgüt kültürü verimliliği etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Örgüt kültürü ekip çalışmasını düzenler, ilişkiler daha iyi hale gelir ve çalışanların memnuniyet düzeyleri ve iş tatminleri de artar (Sutoto ve ark., 2017) sağlık çalışanları arasında büyük bir çoğunluğu oluşturan hemşirelerde örgüt kültürü çalışma ortamı, performans, iş disiplini gibi konular açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada hemşirelerde örgüt kültürü incelenmiştir.

Örgüt Kültürü Kavramı

Örgüt Tanımı

Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre örgüt; “Ortak bir amacı veya işi gerçekleştirebilmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlik; teşekkül, teşkilat” olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanım da ise; “İki ya da daha fazla kişinin otorite ve sorumluluk hiyerarsisi altında, ortak bir amacı gerçekleştirmek için davranışlarını belli kurallara göre düzenlediği ve çabalarını birleştirdiği, akılcı, planlı ve esgüdümlü işbirliği sistemi” olarak tanımlandığı görülmektedir (Şimşek, 2002). Örgütler belirli amaçlara ulaşmak için bazı kurallara uygun olarak bir araya gelmiş bireylerden oluşmaktadır. Amaç ve hedefler, planlama, kaynaklar, lider ve yöneticiler tüm örgütlerdeki ortak yapılanmalardır. Örgüt kültürü kavramı 1980 yıllarından itibaren kullanılan bir kavram olup farklı boyutları ile tartışılmaktadır. Yapılan çalışmalarda örgüt ortak değerlere ve eylemlerle ilişkili bir işbirliği sistemi olarak görülmektedir. Başka bir bakış açısı ile, her örgüt kendine özgü bir kültür yapısına sahiptir (Çelik, 2007).

Örgüt Kültürü Tanımı

Kültür, kökeni latince olan bir kelime olup, el değmemiş doğanın, insan aklı ve yapıcılığıyla işlenmesi ve yararlı hale gelmesi olarak ifade edilmektedir. TDK’ya göre “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi

ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” olarak tanımlanmaktadır (TDK). Taylor’ın tanımına göre “kültür; bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-göre-nekleri ve benzeri alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütünü” şeklinde tanımlanmaktadır (Alp ve Ardahan, 2015).

Örgüt kültürü; genel anlamda kurum içindeki görevlerin yapılış biçimini ve yürütülme şeklini ifade eder. Örgüt yapısını belirlenmiş kurallara göre sürdürerek, çalışanlara bir kimlik kazandıran soyut bir kavramdır. Bu kavram içinde çalışma biçimi, hiyerarşik kurallar, kurum içindeki törenler, kutlamalar ve ödül-ceza uygulamaları da yerini almaktadır. Bunun yanında kurumların sahip olduğu değerler, inançlar, ilkeler, bakış açısı gibi kendilerini yansıtan özellikler bulunmaktadır. Bu kavramların biraraya gelmesi ile örgüt kültürü oluşturulmuş olur (Erdem ve Dikici, 2009). Günümüzde tüm sektörlerde var olan rakabet ortamı ve sürekli yaşanan değişimler başarılı bir örgütlenmenin aslında kaynaklar, alt yapı ve imkanlar dışında kuruma bağlı, yaptığı işi sahiplenen bireylerle çalışmak olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, çalışanların ortak amaç ve hedeflere yönelik bir araya gelerek çalışmaları ve ortak değerleri benimsemeleri gerekmektedir.

Örgüt kültürü ayrıca, örgütün yer aldığı çevrede tanınmasını sağlar, sahip olduğu değerleri ve standartları da yansıtır. Örgüt kültürünün bazı önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir (Barutçugil, 2004):

- Örgüt içindeki çalışanlara kurumsal bir kimlik kazandırır. Bu sayede çalışanlar örgüt ile kendini özdeşleştirir ve geleceklerini örgüt içinde planlar.
- Çalışanların ekip halinde çalışmalarını sağlar ve rekabet ortamında örgütü sahiplenmeleri kolaylaştırır.
- Çalışanların bağlılıkları artar ve kurumun amaç ve hedeflerine yönelik olarak özverili bir şekilde çalışmalarına neden olur.
- Çalışanların tutumları ve davranışları da olumlu etkilenir.

Örgüt kültürü sektör dinamikleri, toplumsal yapı, toplumun kültürel özellikleri gibi bazı faktörlere bağlı olarak değişiklikler gösterebilmektedir. Fakat bazı ortak özelliklerden de söz edilebilir. Son yıllarda ülkemizde profesyonel çalışma ortamları, başarı odaklı çalışma ve rasyonellik gibi kavramlar örgüt yapılarında öne çıkmaktadır (Danışman, 2010).

Örgüt Kültürünün Özellikleri

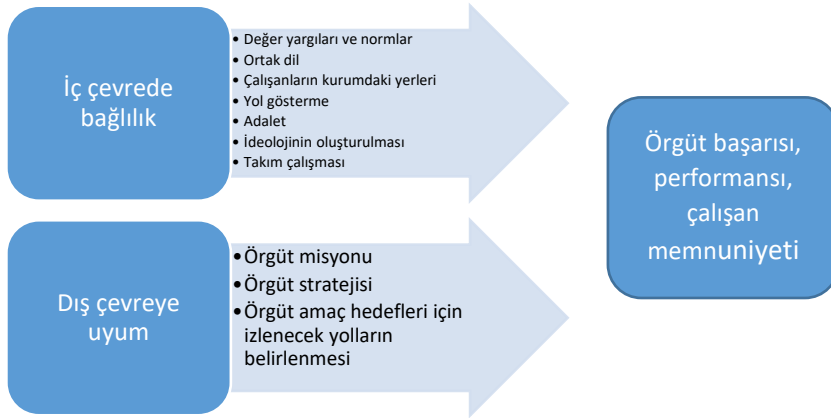
Örgüt kültürünün tanımlanması ve özelliklerinin ortaya konması amacıyla bir çok çalışma yürütülmüştür. Bazı modeller ve sınıflandırmalar yapılmış, ölçekler kullanılarak örgüt kültürü boyutlarının ölçülmesi sağlanmıştır. Örgüt kültürünün özellikleri genellikle yedi başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar; yenilikçilik-risk alma, sonuç odaklı, ayrıntılara dikkat etme, takım odaklılık, insan odaklılık, istikrar ve saldırganlık özellikleridir (Eren ve ark., 2003)

- **Yenilikçilik-risk alma:** Kurumlarda yenilikçilik, hizmet sunumunda sürekli kendini yenileyen, geliştiren ve destekleyici bir tavır sergilenmesidir. Örgüt performansının iyileştirilmesi için yöneticilerin bu tavırlarını ortaya koymaları ve çalışanların iş memnuniyetinin artması sağlanmalıdır.
- **Sonuç odaklı olma:** Kurumlarda yönetimin süreçlerden çok sonuca yönelik çalışmalarını ifade eder. Bu durumda üretimde veya hizmet sunumunda yürütülen süreçlere değil sonuçta elde edilen çıktılara odaklı bir çalışma sisteminin benimsenmesidir. Ekonomik olarak getirisi yüksek ve etkili bir süreç olarak kabul edilir.
- **Ayrıntılara dikkat etme:** Kurumlarda çalışanların analiz yeteneğinin yüksek olması, ayrıntıları farkedebilmesi işlerin daha eksiksiz yapılabilmesini sağlar. Yöneticilerin görevlendirmelerde görev detaylarına uygun çalışanları seçmeleri gerekmektedir.
- **Takım odaklı olma:** Örgüt kültüründe ekip olarak çalışma, birbirine yardım etme ve bir takım ruhu oluşturma daha çok önem arz etmektedir. Çünkü her çalışan farklı yeteneklere ve özelliklere sahiptir. Birlikte çalışma ortamında herkesin birbirinin farklı yönlerinden faydalanması verimliliği artıran bir durumdur.
- **İnsan odaklı olma:** Kurumlarda insan odaklı çalışma, kararlar alınırken çalışanların üzerindeki etkilerinin de göz önünde bulundurma ölçüsü olarak ifade edilir. İnsan odaklı çalışma; adaletli bir ortam sağlama, çalışanların desteklenmesi ve kişisel haklara saygı duyulması gibi durumları da beraberinde getirir. Bu durumlar gözetsilirse ve kurum bu konulara önem verirse çalışanların memnuniyetleri de artar ve olumlu bir çalışma ortamı yaratılmış olur.
- **İstikrar:** Kurumların öngörülü olması, disiplin odaklı bürokratik bir kültürü beraberinde getirir. Kurumların bulunduğu durumu koruması için istikrarlı olması gerekir.

- **Saldırganlık:** Kurumlar arasında rekabet olması sonucu kendi alanlarında en üst seviyede olmaya çalışma ve iyi bir itibara sahip olma çabasını doğurur. Bu da kurumdaki çalışanların saldırganlık kavramını ne seviyede kullandığı ile ilgilidir.

Örgüt Kültürünün Fonksiyonları

Örgüt kültürü için; iç çevrede bağlılık yaratmak ve dış çevreye örgütün uyumu olmak üzere iki fonksiyon tanımlanmaktadır. İç çevrede bağlılık yaratmak; örgüt değerlerinin sahiplenildiği, güçlü ve katılımcı örgütsel yapıları ifade eder. Böyle çalışan örgütlerde organize olma, karar süreçlerinde yer alma ve performans gibi konularda daha etkili oldukları görülmektedir. Dış çevreye örgütün uyumunda ise; örgütler sürekli dış çevre ile bağlantılıdır ve dış çevreden etkilenirler. Bu nedenle değişen koşulların farkında olan ve yeniliklere uyum sağlama örgütlerin dış çevreye uyumunu hızlandırır. Bu sağlarsa çalışanların dış çevreyi tanıması ve rekabet etmesi kolaylaşır (Erkmen, 2001).



Şekil 1. Örgüt kültürü fonksiyonları (Şahal, 2005)

Örgüt Kültürünün Unsurları

Örgüt kültürünü oluşturan unsurlar ile ilgili farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımların ortak noktası örgüt kültürünün; normlar, değerler, törenler, gelenekler ve davranışlar gibi bazı olguları içerdiği görüşüdür. Bazı varsayımlar, inançlar, semboller, dil ve hikâyeler örgüt kültürünü oluşturan diğer unsurlardır. Örgüt kültürü unsurlarını farklı katmanlar şeklinde açıklayan Schein (1992)'e göre; kültür buz dağı gibidir ve sudan görünen tarafta bireylerin gözlemlediği ve ürettiği nesnelerden oluşan antifaktlar bulunmaktadır. Diğer katmanda değerler ve son katmanda ise varsayımlar bulunmaktadır. Tüm bu unsurlar bireylerin kişiliklerini, çevre ile ilişkilerinin belirleyicisidir.

Değerler kavramı örgütler açısından incelendiğinde; her toplumun değerleri olduğu gibi örgütlerin de kendine özel değerleri bulunmaktadır. Değerler örgüt içinde kuralların belirlenmesinde en büyük etkidir. Üyelerin birbirlerini iyi, kötü, biçimde yargıladıkları ölçütleri oluşturur. Örgütün benimsediği değerler içinde bulunduğu toplumun değerlerini de yansıtır. Değerler bireylerin örgüt içindeki davranışlarına yön veren en önemli etkidir (Çelik, 2007).

Örgüt kültüründe olması gereken değerler:

- İnsana değer verme, saygı duyma,
- Örgüt yönetiminin yeniliklere açık olması,
- Amacın en üst düzeyde hizmet vermek olması,
- Örgütteki bireylerin yetenek ve becerilerinden faydalanma,
- Liderlik,
- Tutarlı ve uygun davranışlar.

Normlar; örgüt içinde belirlenmiş davranış kuralları sistemidir. Özellikle örgüt içi iletişimin ölçütü olarak belirleyici bir durumdur. Normlar değerlere göre daha somuttur ve görünebilir. Örgüt içindeki davranış biçimleri, giyim tarzları, iletişim biçimleri normların göstergesidir. Örgütlerin başarılı olabilmesi için normların iyi yönetilmesi gerekir. Bireylerde normlar bir süre sonra alışkanlık haline gelmeli ve otomatikleşmelidir. İnançlar; kişilerin örgüt içinde bireylerin olaylara, davranışlara ve diğerlerinin tutumlarına ilişkin görüşleri ile oluşur. Benzer inançlara sahip bireylerin oluşturduğu örgütler daha güçlüdür (Güçlü, 2003).

Varsayımlar; değer ve inançlara göre açık olmayan bir yapıya sahiptir. Doğru olarak kabul edilen tüm yargı ve genellemeler olarak ifade edilir. Belirsiz bir yapıya sahip oldukları için tartışılmaları doğru değildir. Örf, adet ve gelenekler; toplum içinde davranışları ve yaşam tarzını belirleyen unsurlardır. Bu özellikler bireylerin büyüdüğü toplumsal ve sosyal yapıya göre şekillenir ve bireylerin kişiliklerine yerleşmiştir. Adetler, toplumlar tarafından uzun süredir tekrar edilen yaptırımı olmayan davranışlardır. Semboller; örgütlerde kullanılan ve örgütü ifade eden diğerlerinden ayıran bir özelliğe sahiptir. Örgüt sembolü olarak, logo, desen, slogan, şarkı, kıyafet, mimari gibi farklı özellikler kullanılabilir. Semboller örgütün genel yapısını, değerlerini yansıtır (Kelez, 2008).

Örgüt kültürü kavramı ile etkileşim halinde olan bazı unsurlar ve kavramlar bulunmaktadır. Bunlar iletişim, motivasyon ve örgütsel bağlılık kavramlarıdır.

İletişim: Örgütlerde iletişim, örgüt kültürünün oluşması ve gelişmesinde ve aktarılmasında büyük bir öneme sahiptir. Örgüt kültürünün güçlenmesi, üyelerin örgütle bağlılığının artması ve sosyal ilişkilerin güçlenmesi konusunda iletişim önemli bir rol oynamaktadır. Örgüt kültürünün devamlılığını sağlayan değerler, bilgiler, normlar, adetler iletişim ve ortak bir dil yoluyla aktarılmaktadır. Güçlü ve büyük örgütsel yapılarda, iletişim biçimlerinin empati ve destekleyici yönlerini güçlü bir iletişim olduğu görülmektedir. Açık iletişim yönteminin kullanılması örgüt içinde yaşanabilecek sorunların çözümünde etkili olmaktadır (Cansu, 2006).

Motivasyon: örgüt içinde başarının artırılması ve beklenen performansın gösterilmesi için bireylerin motive edilmesi gerekmektedir. Bireylerin ihtiyaçlarına cevap veren, sosyal ve çalışma ortamı olarak destekleyen örgüt yapılarının başarılı olma ihtimalleri daha yüksektir. Motivasyonu yüksek bireylerin çalıştığı ortamlarda verimlilik de doğru orantılı olarak artış göstermektedir (Şahal, 2005).

Örgütsel bağlılık: Örgütlerin amaçlarının ve değerlerinin benimsenmesi ve örgütün bir üyesi olduğu için mutlu olma durumu örgütsel bağlılığı ifade eder. Bireylerin örgütle bir bağ kurması ve örgütün başarısı için çalışması bağlılığı gösterir. Örgüt kültürünün ve değerlerinin iyi yapılandırılmış olması, belirli kuralların olması ve iletişim özellikleri örgütsel bağlılığı etkileyen unsurlardandır. Örgüt içinde paylaşımların artması ve ortak davranış ilklerinin benimsenmiş olması çalışanların kendilerini örgütün bir üyesi olarak hissetmelerine ve psikolojik bir bağ kurmalarına neden olur. Örgütsel bağlılığı etkileyen bir unsur da ekip çalışmasıdır. Ekip içinde iyi bir sinerji yakalanması, bireylerin çalışma performansına ve verimliliğine yansımaktadır. Ayrıca benimsenen kültürel özelliklerin tüm örgüt tarafından kabul edilmesi de bağlılığı artırır (Köse ve ark., 2001).

Hemşirelikte Örgüt Kültürü

Sağlık sektörü en hızlı değişen ve dinamik alanlardan biridir. Sağlık sektöründe, rekabet giderek daha yaygın bir gerçeklik haline gelmiştir. Dünya çapındaki sağlık kurumları, hem hastaları hem de kalifiye sağlık profesyonellerini çekmek ve elde tutmak için hizmetlerinin kalitesini artırmaya çalışmaktadır (Pedrosa ve ark., 2021). Hastane kapasitesini ve rekabet avantajını iyileştirmek birçok yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerden en önemlisi insan kaynaklarının yönetimidir. Bu bağlamda örgüt kültürü önemli bir rol oynar. Yetenekli sağlık profesyonellerinin çekilmesi ve elde tutulması için çok önemlidir, çünkü profesyoneller değerli hissettikleri, büyüme fırsatlarına sahip oldukları ve kurumun değerleriyle uyumlu oldukları işyerlerini tercih ederler (Kantek ve ark., 2014).

Dahası, iş birliğini, yeniliği ve sürekli öğrenmeyi teşvik eden bir örgüt kültürü, çalışan memnuniyetini artırır ve bu da hasta bakımının kalitesini olumlu yönde etkiler (Kantek ve ark.,2014).

Bilimsel literatürde dört tür örgütsel kültür sunulmaktadır: adhokrazi kültürü yeniliğe odaklanır; bürokrasi kültürü ayrıntılı prosedürler ve süreçler benimser; klan kültürü kişisel bağları vurgular ve piyasa kültürü rekabetçi eylemlere ve hedef başarısına odaklanır. Sağlık kurumları, örgütsel kültürün sağlık çalışanlarının tutumlarını ve dolayısıyla sağlanan bakım kalitesini önemli ölçüde etkilediği karmaşık ortamları temsil eder (Fietz ve Günther, 2021).

Sağlık hizmeti yönetiminde, geliştirilmesinde, daha etkili ve tatmin edici hasta bakımının verilmesinde örgütsel kültürün etkisi çok önemlidir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda çoğunluğu oluşturan hemşireler örgütsel kültürden doğrudan etkilenmektedir. Örgüt kültürü, hemşirelerin çeşitli boyutlardaki çalışmalarını önemli ölçüde etkiler ve nihayetinde sağladıkları bakımın kalitesini etkiler (Seren ve Baykal,2007). İlişki odaklı bir kültürle karakterize edilen örgütlerde, birincil odak noktasının sağlam kişilerarası ilişkileri beslemek ve destekleyici, işbirlikçi bir ortam oluşturmak olduğunu vurgulamak önemlidir. Bu kültür, ekip çalışmasına, şeffaf iletişime ve uyumlu bir profesyonel topluluk oluşturmaya önemli bir değer verir. Buna karşılık, görev odaklı bir kültür, belirli görevlerin, hedeflerin ve amaçların elde edilmesine daha fazla vurgu yapar (Aydoğdu, 2023).

Güçlü kişilerarası ilişkilere dayanan bir örgütsel kültürün etkinliği, bakım koordinasyonunu geliştirme, işbirliğini teşvik etme, yapıcı çatışma çözümünü kolaylaştırma, profesyonel katılımı artırma ve daha yüksek kaliteli, hasta merkezli bakım sunma becerisiyle açıklanabilir. Ayrıca, hemşirelerin örgütsel kültürlerine ilişkin değerlendirmeleri devam eden iyileştirme ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sağlanması için önemli bir role sahiptir (Aktaş ve Şimşek, 2014).

Örgütsel kültür ile hemşirelik alanındaki çeşitli faktörlerle arasında ilişkiler bulunmaktadır. Profesyonellik, iyi oluş, işyeri zorlukları, etkili sağlık hizmeti sunumu ve yönetim gibi konular örgütsel kültürle ilişkili olan kavramlardır. Özellikle örgütsel iklimin, işten ayrılma, hemşireleri elde tutma ve hemşireler arasında örgütsel kültür bağlamında etkisi olduğu görülmektedir. Ek olarak, profesyonellik, mesleki yeterlilik, öz yeterlilik, mesleki bağlılık, örgütsel bağlılık, iş tatmini, iş motivasyonu, yaşam kalitesi, yaşam tarzı ve güçlendirme kavramları da hemşireler arasında örgütsel kültürle birlikte ele alınan konulardır. Hemşirelerin işyerinde deneyimlediği zorluklarla ilgili konular, örneğin zorbalık, siber zorbalık, işyeri şiddeti ve iş stresinin de örgütsel kültürle ilişkisi olduğu bildirilmektedir (Tzeng ve ark., 2002).

Hemşirelerin iş değiştirme veya sık sık yerlerinin değişmesi, bakımın sürekliliğini olumsuz yönde etkileyerek sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açabilir. Ayrıca kurumdaki diğer hemşirelerin artan iş yükü nedeniyle, motivasyonlarında düşmeye ve memnuniyet düzeylerinin azalmasına yol açar. Hemşirelerin işten ayrılmadaki en önemli faktörlerden birinin örgütsel kültür olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında hemşirelerin aynı iş yerinde uzun süre çalışmasının da örgüt kültüründen etkilendiği ve bu konuda teşvik edici bir faktör olduğu belirtilmektedir. Olumlu bir örgüt ortamı ve kültürü hemşirelerin aynı yerde çalışma olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin iş yeri devamlılığının sağlanmasında olumlu çalışma ortamları düzenlemek, eğitimler yapmak ve destek stratejileri geliştirmek gereklidir (Rahman, 2022).

Örgüt Kültürü ve Profesyonellik

Hemşirelikte, mesleki yeterlilik, öz yeterlilik, mesleki bağlılık ve örgütsel bağlılık gibi faktörlerin örgütsel kültürüyle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Örgütsel kültürün hemşirelik profesyonelliği üzerinde bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Bakar'ın çalışmasında, hemşirelerin örgütsel kültür içinde kullandıkları duygusal stratejilerin sağlık hizmeti sunumunda hemşirelik profesyonelliğinin geliştirilmesi için itici bir güç olduğu belirlenmiştir. Örgüt kültürünü benimsemiş hemşirelerde, bağlılık, yeniliğe ve ilişkilere öncelik verme ve hasta merkezli bakım verme gibi profesyonel davranışları olumlu etkilediği belirlenmiştir (Bakar ve ark., 2022).

Ayrıca, örgütsel kültürün örgütsel güçlendirmeyi şekillendirmede önemli bir rol oynadığı ve bunun da hemşirelerin öz güveni ve etkinliği üzerinde bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Profesyonellik, hemşirelikte son derece önemli bir rol oynar ve birkaç temel alanı olumlu yönde etkiler. İlk olarak, doğrudan hasta bakımının kalitesiyle bağlantılıdır (Aydoğdu, 2023). İşlerinde profesyonelliği benimseyen ve gösteren hemşireler daha güvenli, daha verimli ve şefkatli bir bakım verme eğilimindedir. Ayrıca, profesyonellik hasta güvenliği ile yakından ilişkilidir, çünkü hemşirelerin etik standartlara ve hasta güvenliği ilkelerine uyması tıbbi hataların önlenmesine katkıda bulunur. Hasta güveni de profesyonellikten etkilenen önemli bir alandır. Kurumsal kültür profesyonelliği teşvik edip ödüllendirdiğinde, hemşirelerin bu standartları korumaya ve iş birliği içinde çalışma motivasyonlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle, bireysel profesyonellik ile destekleyici bir kurumsal kültür arasındaki sinerji, bir sağlık kuruluşunun hasta bakımı, güvenlik, güven ve meslekler arası iş birliği gibi temel alanlarda mükemmelleşme yeteneğinin temel yapı taşı oluşturur (Franjić, 2020).

Örgüt Kültürü ve Hemşirelerin Refah Düzeyi

Hemşirelerin refahıyla ilgili olan; yaşam kalitesi, yaşam tarzı, memnuniyet, motivasyon, güçlendirme gibi kavramlar örgütsel kültürüyle kapsamlı bir şekilde bağlantılıdır.

Örgütsel kültürün hemşirelerin hastalarla etkileşim kurarken kullandıkları duygusal emek stratejilerini önemli ölçüde etkilediği, hemşirelerin memnuniyet düzeylerinin arttığı ve hasta ihtiyaçlarını karşılama ile ilgili daha istekli oldukları belirlenmiştir. Olumlu bir örgütsel kültürü benimseyen ortamların, örgütsel güçlendirmeyi artırabileceği ve bunun da hemşirelik personeli arasında daha yüksek öz yeterliliğe yol açabileceğini belirtmiştir. Ayrıca güçlendirmenin ekibi daha çok çalışmaya ve daha iyi performans göstermeye motive edebileceği, bu nedenle güçlendirmenin ve olumlu bir örgütsel kültürün hemşireler arasında daha yüksek iş motivasyonuna katkıda bulunabileceği anlaşılmıştır (Çelik ve Karaca, 2017).

İş Yerinde Yaşanan Zorluklar ve Örgüt Kültürü

Hemşireler iş yeri ortamlarında stres, şiddet ve mobing ile yüz yüze gelmektedirler. Örgütsel kültürün özellikle stres düzeyi üzerinde oldukça etkili olduğu belirlenmiştir. İş yerinde gerçekleşen mobing olaylarının örgütsel olarak takip edildiği, bildirim sistemlerinin yapılandırıldığı kurumlarda hemşireler daha rahat bir çalışma ortamı bulabilmektedir. Bu durumlarda kurumlar çalışanları destekleyici ve kapsayıcı önlemleri almalıdır.

İş stresi, şiddet ve işyerinde mobing hemşirelik mesleğinde yaygın sorunlardır ve sağlık hizmeti sunumunda zorluklara yol açar. Mobing ya da zorbalık; bir kişinin bir başkası veya bir grup tarafından tekrarlayan ve kasıtlı olarak sindirilmesi, aşağılanması, tehdit edilmesi veya dışlanması davranışlarını ifade eder (Tunçer, 2024). Hemşireler sıklıkla çeşitli işyeri zorbalığı biçimleriyle ve fiziksel, sözlü, duygusal ve psikolojik mobing dahil olmak üzere şiddetle karşılaşır. Bu kötü muamele hastalardan, ailelerinden, diğer sağlık çalışanlarından veya üstlerinden kaynaklanabilir. İşyerinde şiddet ve zorbalığın hemşireler için ciddi sonuçları vardır. Fiziksel yaralanmalara, duygusal sıkıntıya ve uzun vadeli psikolojik travmaya yol açabilirler. Bu olumsuz davranışlara sürekli maruz kalmak tükenmişliğe, iş tatmininin azalmasına ve nihayetinde hasta bakımının kalitesinin tehlikeye girmesine neden olabilir (Erkal ve Naktiyok, 2019).

İş stresi, hemşirelerin karşılaştığı bir diğer yaygın sorundur ve enfeksiyon kapma riskleri, aşırı çalışma saatleri, çok sayıda hasta ve fiziksel ve sözlü şiddete maruz kalma gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. İş stresi, işyeri şiddeti ve mobing konularını ele almak, hemşirelerin refahını sağlamak, güvenli ve destekleyici bir sağlık hizmeti ortamı sağlamak için önemlidir. Kapsamlı mobing karşıtı politikalar uygulamak, saygı ve iletişim kültürünü teşvik etmek, çatışma çözümü ve stres

yönetimi eğitimi sağlamak ve hemşireler için destek sistemleri kurmak gibi stratejiler, hemşirelik mesleğinde bu sorunların etkisini azaltmada önemli adımlardır (Aydın ve ark.,2020).

Örgüt Kültürü ve Etkili Sağlık Hizmeti Sunumu

Örgütsel kültürün sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olarak; hasta merkezli bakım, insan kaynaklarının kalitesi, hemşire uzmanlık sertifikalarını teşvik etme stratejileri ve hata bildirim durumlarını etkilediği belirlenmiştir (Köse ve ark., 2001).

Hasta merkezli bir bakım politikası benimseyen kurumlarda, hasta memnuniyeti, hemşirelerin profesyonelliği, hemşire memnuniyeti ve tıbbi hata görülme sıklığı gibi faktörlerin etkilendiği görülmektedir. Ayrıca bu şekilde çalışan bir kurumda hemşirelerin kuruma bağlılığı da artmaktadır. Hemşirelerin uzmanlaşmasına ve uzmanlaştıkları alanlarda çalışmasına fırsat tanıma, başarılarını takdir etme, ödüllendirme ve destekleme davranışlarının bakım standartlarını artırdığı görülmektedir (Çelik ve Karaca, 2017).

Hemşirelik, sağlık hizmeti sunumunun etkinliği ve verimliliğinde önemli bir rol oynar. Hemşireler, klinik uzmanlıklarından yararlanarak hassas değerlendirmeler yaparlar ve temel hasta bakımını vermek için hasta savunucuları olarak hizmet verirler. Sorumlulukları, çeşitli tıbbi uzmanlıklar arasında bakımı koordine etmeye, hastaları eğitmeye ve hastaların kendi sağlık yönetimlerine aktif katılımı teşvik etmeye kadar uzanır. Ek olarak, hemşireler koruyucu sağlık hizmetlerinde de önemli bir rol oynar ve genel hasta refahına katkıda bulunur. Bireysel ihtiyaçlara ve beklentilere göre uyarlanmış hasta merkezli hemşirelik bakımı kavramı, çok sayıda çalışmada vurgulanmıştır (Engin ve Vatan, 2020). Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kalitesinin sürdürülmesi için bilgili ve yetenekli hemşirelerin yetiştirilmesi çok önemlidir. Mesleki gelişim ve lisansüstü dersler için programlar aracılığıyla sürekli eğitim fırsatları sunulmalıdır. Sağlık sektörü sürekli ve hızlı değişimler yaşar ve hemşirelerin en son gelişmelerden ve en iyi uygulamalardan haberdar olmaları için sürekli eğitim vazgeçilmezdir.

Sonuç

Hemşirelik sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alır ve yüksek kaliteli ve hasta odaklı sağlık hizmetleri sunmada rolü vazgeçilmezdir. Kurumların bakım kalitesi için bu temel unsurların farkında olmalıdır. Bir sağlık kurumundaki örgütsel kültür, hemşirelik bakımının kalitesi üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Hasta merkezli bakımı, etkili iletişimi, hemşire refahını ve güvenliği önceliklendiren bir kültür, daha yüksek kaliteli bakıma ve daha iyi hasta sonuçlarına yol açabilir.

KAYNAKLAR

- Aktaş, H., ve Şimşek, E. (2014). Örgütsel sessizlik ile algılanan bireysel performans, örgüt kültürü ve demografik değişkenler arasındaki etkileşim. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 14(28), 24-52.
- Alp, F. Y., ve Ardahan, M. (2015). Hemşirelik ve kurum kültürü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 258-262.
- Aydın, G. Ç., Aytaç, S., ve Şanlı, Y. (2020). Hemşirelerde algılanan stres ve stres semptomlarının işten ayrılma eğilimi üzerindeki etkisi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 526-538.
- Aydoğdu, A.L.F. (2023). The impact of organizational culture on nursing: A comprehensive analysis. *World Academic Journal of Management*, 11(4), 32-41.
- Bakar, R.M., Khaerah, Y., Hidayati, N., ve Hamid, A.N. (2022). The role of organizational culture in moderating effect of emotional labor strategies on nursing professionalism. *Nurse Media Journal of Nursing*, 12(1), 122-132.
- Barutçugil, İ. (2004). Stratejik insan kaynakları yönetimi, Kariyer Yayıncılık, İstanbul.
- Cansu OC. (2006). Örgüt kültürü ile örgütsel iletişim ilişkisi ve bir şirket uygulaması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). G.Ü. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çelik M., ve Yıldız B. (2018). Hemşirelerde mesleki bağlılık, özdeşleşme ve işten ayrılma niyeti ilişkisi: kamu sektörü ve özel sektör karşılaştırması. *Kastamonu Üniversitesi İİBF Dergisi*, 20(2), 47-75.
- Çelik, A., ve Karaca, A. (2017). Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 254-263.
- Çelik, M. (2007). Örgüt Kültürü ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı. (Yayımlanmamış doktora tezi). A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Danışman, A. (2010). Türkiye’de Örgüt Kültürü: Özel Sayıya Giriş. *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 10 (1-2), 5-9.
- Engin, M.D., ve Vatan, F. (2020). Hemşirelerin örgüt kültürü ve güçlendirme algılarının incelenmesi. *International Journal Of Social Humanities Sciences Research*, 7(49), 102-114.
- Erdem, O., ve Dikici M. (2009). Liderlik ve Kurum Kültürü Etkileşimi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (29):198-213.
- Eren, E., Alpan, L., ve Ergün, E. (2003). Kültürel boyutlar olarak işletmelerde içsel bütünleşme ve dışsal odaklanma düzeylerinin performansa etkileri. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 4(1), 55-70.
- Erkal, E. A., ve Naktiyok, A. (2019). Örgüt kültürü özelliklerinin hemşirelerin psikolojik taciz algısı üzerindeki rolü. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(4), 1515-1533.

- Erkmen, T., ve Ordun, G. (2001). Örgüt kültürü tipleri ile yönetim biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bir araştırma. *9. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri*, 67-87.
- Fietz, B., ve Günther, E. (2021). Changing organizational culture to establish sustainability. *Controlling & Management Review*, 65, 32-40.
- Franjić, S. (2020). Professionalism in nursing. *Medsurg Nurs.*, 3(9), 241-245.
- Güçlü N. (2003). Örgüt kültürü. *Kırgızistan Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,(6):147-159.
- Kantek, F. (2014). U. T. Baykal, ve E. E. Türkmen (Eds.). Hemşirelik hizmetleri yönetimi. Akademi Basın, İstanbul.
- Kelez, A. (2008). Hemşirelerin örgüt kültürünü ve yöneticilerin liderlik davranışını algılamaları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.
- Köse, S., Tetik, S., ve Ercan, C. (2001). Örgüt kültürünü oluşturan faktörler. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 7(1): 219-241.
- Pedrosa, J., Sousa, L., Valentim, O., ve Antunes, V. (2021). Organizational culture and nurse's turnover: A systematic literature review. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1542-1550.
- Rahmah, R. (2022). Örgüt kültürünün iş tatminine etkisi: Hemşireler üzerine bir araştırma. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya.
- Seren, Ş., ve Baykal, Ü. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde örgüt kültürü ve değişime karşı tutumun incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 1-11.
- Şahal, E. (2005). Akademik örgütlerde örgüt kültürü ve iş tatmini arasındaki ilişki: "Akdeniz Üniversitesi'nde doktora yapan araştırma görevlilerinin örgüt kültürüne ve iş tatminine yönelik algı ve kanaatleri". (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Şimşek, M.S. (2002). Yönetim ve Organizasyon. 7. Baskı, Günay Ofset, Konya.
- Tunçer, P. (2024). Mobbing ve örgüt kültürü. *The Journal of Academic Social Science*, (96), 85-103.
- Tzeng, H.M., Ketefian, S., ve Redman R.W. (2002). Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *Int J Nurs Stud*, 39 (1), 79-84



BÖLÜM 6

Egzersiz: Psikolojik Sağlığı Güçlendiren Bir Araç

Arzu Karakaya¹ & Erçen Büşra Oyman²

¹ Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, - 0000-0001-6258-9656

² Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, -0000-0003-2832-2792

Giriş

Günümüzde yapılan bilimsel çalışmalar, fiziksel aktivitenin insan sağlığı üzerindeki çok yönlü etkilerini ortaya koymaktadır. Özellikle sağlığın **duygusal, fiziksel, sosyal ve zihinsel** boyutları üzerinde odaklanan araştırmalar, günlük fiziksel aktivitenin tüm bu parametrelerin korunmasında ve iyileştirilmesinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Egzersiz, yalnızca fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda ruhsal ve zihinsel sağlık üzerindeki olumlu etkileriyle de dikkat çekmektedir (Stănescu & Vasile, 2014).

Zihinsel sağlık üzerindeki etkilerine yönelik çalışmalar 1970'lerden itibaren ayrıntılı şekilde ele alınmaya başlanmıştır. Araştırmalar, egzersizin özellikle hafif ve orta şiddette depresyon vakalarında tedavi edici etkiler sağladığını ve psikoterapi ya da ilaç tedavisiyle bir araya geldiğinde uzun vadeli faydalar sunduğunu göstermiştir (Taylor et al., 1985). Yürüme, koşma, yüzme gibi aktivitelerle desteklenen düzenli fiziksel egzersiz, bireylerin yaşam kalitesini artırırken, stresle başa çıkma stratejileri ve sosyal ilişkiler gibi parametrelerde de belirgin iyileşmeler sağlamaktadır (Song et al., 2023).

Küresel ölçekte depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozuklukların yaygınlığı dikkate alındığında, düzenli fiziksel aktivitenin, gerek bir tamamlayıcı gerekse alternatif bir tedavi yöntemi olarak daha fazla benimsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Johnson, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün ve diğer uluslararası kuruluşların istatistikleri, depresyon ve diğer ruhsal rahatsızlıkların toplum sağlığını ne derece tehdit ettiğini ve bu hastalıkların bireylerin fiziksel sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır (Johnson, 2017).

Egzersizin ruh sağlığı üzerindeki etkileri, nörotransmitter dengesinden nöroplastisiteye kadar uzanan birçok fizyolojik ve psikolojik mekanizmayla açıklanmaya çalışılmaktadır (Knapen et al., 2005). Aynı zamanda, sosyal etkileşim ve bireyin kendine duyduğu güvenin artışı gibi psikososyal faktörler de egzersizin ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin bir parçası olarak görülmektedir (Cooney et al., 2013). Bu doğrultuda, bireylerin yaşam tarzına uygun, uzman desteğiyle planlanan egzersiz programları, psikolojik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde güçlü bir araç olarak değerlendirilmektedir (Firth et al., 2016). Bu bölüm, fiziksel aktivitenin bireylerin psikolojik sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini kapsamlı bir şekilde ele almayı amaçlamaktadır.

Depresyon ve Fiziksel Egzersiz:

Depresyon, dünya çapında zihinsel sağlıkla ilişkili hastalık yükünün önde gelen nedeni ve önemli bir sakatlık nedeni olup yaklaşık 280 milyon kişiyi etkilemektedir ve 2019'da 47 milyondan fazla sakatlığa ayarlanmış yaşam yılına tekbül etmektedir (Abbafati et al., 2020). Depresyon, ayrıca diğer hastalıklardan kaynaklanan erken ölüm ve intihar ile de ilişkilidir (Patel et al., 2016; Walker et al., 2015). Küresel Hastalık Yüğü projesi, depresyonun artık ölümcül olmayan nöropsikiyatrik hastalıkların en ciddi hastalık yükü olduğunu ve 2030 yılına kadar tüm hastalık yüklerinin ilk üçte yer almasının öngörüldüğünü ortaya koymuştur (Mathers & Loncar, 2006). Depresyonun mali bedeli muazzamdır. Dünya çapında depresyon ve anksiyete nedeniyle kaybedilen günlerin yıllık maliyetinin 1,15 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir ve 2030 yılına kadar üç katına çıkması öngörülmektedir (Chisholm et al., 2016). Depresyonun tedavisi ve önlenmesi, sıcak ve yaygın olarak incelenen bir araştırma konusudur. Günümüzde depresyon tedavileri, esas olarak farmakoterapi, psikoterapi, biyolojik müdahaleler (elektiriksel konvülsif terapi (EKT), transkraniyal doğru akım stimölasyon ve transkraniyal manyetik stimölasyon) ile natüropatik müdahaleleri içermektedir. Antidepresanlar, depresyon tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır; ancak bu ilaçların dezavantajları da bulunmaktadır. Bu dezavantajlar arasında, daha fazla ve daha uzun süreli yan etki olasılığı, antidepresan ilaçlara zayıf uyum, kardiyovasküler hastalık riskinde artış, düşük remisyon oranı ve yüksek tekrarlanma oranı yer almaktadır (Cipriani et al., 2018). Antidepresan kullanan hastaların yalnızca yarısı, klinik tedavi etkisine ulaşarak depresif semptomlarda %50 veya daha fazla azalma sağlamaktadır (Pigott, 2015).

Hastalarda antidepresan etkinliği ve tolere edilebilirliği hakkındaki endişeler, depresyon için farmakolojik olmayan tedavilere olan ilgiyi artırmıştır. İlaç tedavisiyle karşılaştırıldığında, ilaçlara karşı özellikle isteksiz olan ve yan etkilerden endişe eden hastalar, ilaç dışı tedaviyi tercih etmektedir (Farah et al., 2016). Steffi ve diğerlerinin depresyonlu hastalarla yaptığı görüşmede, psikoterapi, doğal ilaçlar, akupunktur, gevşeme, psikotropik ilaçlar, meditasyon/yoga ve EKT tedavi seçenekleri arasında, psikoterapi depresyon vakalarında en çok tercih edilen tedavi olarak belirlenmiştir (Riedel-Heller et al., 2005). Görüşülen kişilerin yarısı bunu ilk tercihleri olarak belirtirken, psikotropik ilaç tedavisi dördüncü sırada yer almıştır.

İlaç dışı müdahaleler, tedaviyi takiben nüks oranları üzerinde faydalı bir etkiye sahip olabilir ve daha düşük yan etkilere sahip olma potansiyeline sahiptir (Farah et al., 2016). Bu nedenle, ortaya çıkan ilaç dışı bir tedavi olarak egzersiz

terapisi, depresyon tedavisinde yeni ve uygulanabilir bir seçenek olarak öne çıkmaktadır. Uygulanması kolaydır ve maliyeti düşüktür. Ayrıca, neredeyse hiç yan etkisi yoktur, tekrarlamayı önleyebilir ve genel vücut fonksiyonunda olumlu bir rol oynar (Sigwalt et al., 2011; Song et al., 2018). Damgalama riski taşımayan egzersiz terapisi, giderek artan sayıda araştırma ile depresyon semptomlarını hafifletebileceği ve ek veya bireysel tedavi olarak kullanılabileceği gösterilmektedir (Xie et al., 2021). Depresyon semptomları yoğun olan hastalarda, haftada birkaç kez yapılan daha yoğun şiddetteki egzersizlerin olumlu etkileri gözlemlenmiştir. Egzersiz programlarının tedavi etkisinin artması için, programın 9 haftadan uzun sürmesi, haftada birkaç seans içermesi ve her bir seansın 30 ila 60 dakika arasında olması önemlidir. Bu bağlamda, orta ve yüksek yoğunlukta aerobik egzersizler (koşma, yüzme, bisiklet sürme) ile doğru nefes alıp verme tekniklerinin kombine edilmesi önerilmektedir. Haftada ortalama 5 gün yapılan düzenli egzersizlerin tedavi üzerinde daha olumlu etkiler sağladığı gözlemlenmiştir (Raglin, 1990).

Stres ve Fiziksel Egzersiz:

Stres, homeostazisi yeniden kazanma girişiminde duygusal, fizyolojik, biyokimyasal ve bilişsel-davranışsal tepkileri içeren adaptif süreçlerle etkisiz hale getirilen tehdit altındaki bir homeostaz durumu olarak tanımlanabilir (Chrousos & Gold, 1992; Sinha, 2001). Stres tepkilerini her zaman iyileşme süreçleri takip eder ve stres faktörleri şiddetli, uzun süreli veya alışılmadık olduğunda bu süreçler tehlikeye girebilir (Koolhaas et al., 2011).

Egzersizin ruh sağlığına olan faydaları üzerine, egzersizin canlılık, zevk ve enerji gibi olumlu duyguları artırmaya ve kaygı, gerginlik, yorgunluk ve öfkeyi azaltmaya yardımcı olduğu teorisini destekleyerek çok sayıda araştırma yapılmıştır (Thayer, 1987; Woo et al., 2009). Ayrıca, bir meta-analiz araştırma bulgusu, egzersizin ruh sağlığını iyileştirmeye ve stresin olumsuz etkisini azaltmaya katkıda bulunduğunu doğrulamaktadır (Salmon, 2001). Fiziksel egzersiz yapan kişilerin, yapmayanlara göre daha az stres belirtisi ve daha fazla psikolojik refaha sahip olma olasılığı yüksektir (Edwards, 2006). Egzersiz, vücuttaki antioksidanları, DNA onarımını ve protein parçalayıcı enzimlerin salınmasının artmasını sağlar. Ve sonuç olarak oksidatif stresle ilişkili hastalıkların görülme sıklığında azalma olur. Egzersiz ayrıca kişilerin psikolojik durumu iyileştirebilir. Bu sebeple egzersiz, psikolojik stresin neden olduğu olumsuz semptomları engelleyebilir. Egzersiz, glukokortikoid direncini önler ve inflamatuvar yolların aktivasyonunu önler. Bu sayede kronik egzersiz sayesinde depresyon ve kaygıyı azaltmada önemli olan BDNF'nin salgılanması artar (Raglin, 1990).

Kaygı ve Fiziksel Egzersiz

Kaygı duyarlılığı, kaygıyla ilişkili duyumların yanlış yorumlanması ve bu duyumların felaket boyutunda değerlendirilmesi eğilimini ifade eder. Bu durumun, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz sonuçlara yol açacağına dair bir inanç vardır (Broman-Fulks ve Storey, 2008; Smits vd., 2008). McWilliams ve Asmundson (2001), kaygı duyarlılığı ile egzersiz sıklığı arasında ters bir ilişki bulmuştur. Bu ilişki, kaygı ve panik olarak yorumlanabilecek fizyolojik egzersiz duyumlarından kaçınma eğiliminden kaynaklanmaktadır. Bir dizi araştırma, kısa süreli aerobik egzersizin kaygı duyarlılığını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Broman-Fulks & Storey, 2008; Smits et al., 2008; Ströhle et al., 2009).

Yüksek kaygı duyarlılığına sahip bireylerin, fiziksel egzersiz sırasında hızlı kalp atışı gibi korkulan fizyolojik semptomlara maruz kalması, bu semptomlara karşı toleranslarını artırır (McWilliams & Asmundson, 2001). Bu maruz kalma, korkulan fizyolojik hislerin rahatsız edici olabileceğini, ancak ciddi bir tehdit oluşturmadığını ortaya koyar (Ströhle et al., 2009). Düzenli aerobik egzersizle tekrarlanan maruz kalmalar, korkulan hislere alışmayı kolaylaştırabilir (Beck & Shipherd, 1997). Bu durum, kaygı duyarlılığının yönetilmesine yardımcı olabilir. Kaygı duyarlılığı ile egzersiz arasındaki ilişki, kaygı yönetimi açısından önemli bir alan olarak öne çıkmaktadır. Aerobik egzersizler, kaygı duyarlılığını azaltmada etkili bir strateji olarak değerlendirilebilir (McAuley & Rudolph, 1995).

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Fiziksel Egzersiz

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), gelişimsel olarak uygun-suz semptomlarla tanımlanan yaygın ve son derece bozucu bir nörolojik bozukluktur. Bu bozukluk, dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı aktivite gibi belirtilerle karakterizedir (Edition, 2013). DEHB genellikle **erken çocukluk döneminde** ortaya çıkar ve **ergenlik** ile **yetişkinlik** boyunca devam edebilir. Bu durumun sonuçları arasında yüksek oranda **istikrarsız ilişkiler**, **akademik ve mesleki başarısızlık**, **suç işleme** ve **madde kullanımı** yer almaktadır (Mannuzza & Klein, 2000). Eşlik eden hastalıklar arasında, yapılan çalışmalar vücut ağırlığı, bilişsel eksiklik ve motor güçlüklerin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilişkilendirildiğini göstermektedir (Hudson et al., 2012). DEHB'li çocuklar, bu bozukluğu olmayan çocuklara göre daha fazla riskli davranış sergilemektedir. (Groen et al., 2013)

Birçok çalışmada deksamfetamin, metilfenidat ve atomoksetin dahil olmak üzere DEHB için farmakoterapilerin uygun fiyatlı olduğu ve klinisyenlerin rutin olarak bu ajanları DEHB tedavisinde kullandığı bildirilmiştir (Bitter et al., 2012). Bununla birlikte, DEHB'li çocukların %10-30'unun metilfenidat tedavisine yetersiz klinik yanıtlar verdiği bildirilmiştir (Wigal, 2009). Ek olarak, tedavi edilen

bireylerde uykusuzluk, iştahsızlık ve baş ağrısı gibi kısa vadeli yan etkiler ve mani, psikoz ve ani ölüm riskinin artması gibi nadir yan etkiler görülebilir (Pliszka, 2007). Bu nedenle, uyarıcıların etkilerini artırmak ve böylece ilaç dozlarını en aza indirmek için adjuvan tedaviler yakın zamanda incelenmiştir (Mongia & Hechtman, 2012). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) için bir yardımcı tedavi olarak egzersizin klinik, bilişsel ve akademik performansı iyileştirdiği gösterilmiştir (Kang et al., 2011). Sağlıklı çocuklarla ilgili yapılan birkaç çalışma, fiziksel aktivite ve egzersize katılımın konsantrasyonu, okuma ve matematik başarısını ve engelleyici kontrolü iyileştirmek için faydalı olduğunu ileri sürmüştür (Hillman et al., 2009). Pontifex ve arkadaşları, 20 dakikalık aerobik egzersizin 8-10 yaşlarındaki DEHB'li çocuklarda engelleyici kontrolü ve akademik performansı iyileştirdiğini bildirmiştir (Pontifex et al., 2013). Verret ve arkadaşları, 10 hafta boyunca haftada üç kez (her seferinde 45 dakika) yapılan fiziksel antrenmanın DEHB'li çocukların kas kapasitesini, motor becerilerini ve dikkatlerini (hem sürdürülebilir hem de bölünmüş) iyileştirdiğini bildirmiştir (Verret et al., 2012). Ayrıca, bilişsel kontrolü destekleyen bir paradigma olan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmasında, Chaddock ve diğerleri, aerobik zindeliğin bilişsel kontrole yanıt olarak prefrontal ve parietal lob aktivitesini artırdığını öne sürmüşlerdir (Chaddock et al., 2012).

Motivasyonu ve Egzersize Uyumu İyileştirme Stratejileri

Stratejiler, Miller ve Rollnick'in Motivasyonel Görüşme ilkelerine ve Davranış Değişiminin Transteoretik Modeli'ne dayanmaktadır. Bu model, egzersizle ilişkili davranış değişikliğinin altı aşamadan geçtiğini varsayar: ön düşünme, düşünme, hazırlık, eylem, sürdürme ve sonlandırma.

Başlangıç Aşaması: Gözetimli Egzersizle Başlama

- **Bireyselleştirme:** Hastanın tercihleri ve tedavi beklentileri dikkate alınarak fiziksel uygunluk parametreleri değerlendirilir, egzersiz sırasındaki efor ölçülür ve bu bilgiler ışığında kişiselleştirilmiş egzersiz programları oluşturulur.
- **Kişiselleştirilmiş Plan:** Majör depresyonun duygusal, bilişsel ve fizyolojik bileşenleri göz önüne alınarak, hastaya özgü bir tedavi planı hazırlanır.
- **Gerçekçi Hedefler:** Hastanın başarılı olduğu aktiviteler temel alınarak ulaşılabilir hedefler belirlenir. Bu, tedavinin devamlılığını ve hasta-terapist arasında güven oluşmasını destekler.

- **Egzersiz Uyarlamaları:** Egzersiz programları, bireyin sağlık durumu, fiziksel yetenekleri, yaşı, eğitim düzeyi, egzersiz geçmişi, beklentileri ve psikotropik ilaçların yan etkileri gibi faktörlere uygun şekilde düzenlenir.
- **Takip ve Geri Bildirim:** Egzersiz kartları ve günlüklerle ilerleme izlenir; hastalara düzenli geri bildirim verilir.
- **Kısa Vadeli Etkiler:** Egzersiz sonrası ruh hali, anksiyete, stres, enerji seviyeleri, konsantrasyon, uyku kalitesi gibi kısa süreli olumlu etkiler kaydedilir ve hastaların dikkatine sunulur.
- **Destekleyici İletişim:** Empati, doğrulama, övgü ve teşvik, özellikle hastalar kararsız olduğunda veya başarısızlık korkusu yaşadığında önemlidir.

İkinci Aşama: Gözetimli Egzersizi Sürdürme

- **Kazançlara Odaklanma:** Algılanan zindelik, hedeflere ulaşma, ustalık deneyimleri ve kontrol duygusu gibi kazanımlara dikkat çekilir.
- **Davranışsal Stratejiler:** Öz izleme, uyarıcı ipuçları ve hedef belirleme gibi bilişsel-davranışsal teknikler uygulanır.
- **Pozitif Bağlantılar:** Terapist, hastaların iyileşen ruh hallerini egzersizle ilişkilendirmesine yardımcı olur. Bu, egzersize devam motivasyonunu artırır.
- **Öz-Belirlenmiş Motivasyon:** Egzersizi mümkün olduğunca bireyin kendi seçimiyle yaptığı bir aktivite haline getirmek önemlidir. Fiziksel aktivitenin olumlu deneyimlerine odaklanılarak, bireyin kendini fiziksel olarak aktif bir kişi olarak görmesi teşvik edilir.
- **Üçüncü Aşama: Denetlenen Egzersizden Sonra Takip**
- **Takip Teması:** Engelleri aşma, değişime yönelik küçük de olsa tüm ilerlemeleri destekleme ve gerektiğinde hedefleri yeniden değerlendirme gibi konularda hastalarla iletişim kurulur.
- **Sosyal Destek:** Aile ve arkadaş desteği teşvik edilir.
- **Nüksetme Stratejileri:** Hastalara nüksetmenin davranış değişiminin doğal bir parçası olduğu anlatılır. Gerçekçi hedef belirleme, planlı ak-

tiviteler, olumsuz düşünceleri tanıma ve değiştirme gibi stratejiler uygulanır. Ayrıca, tek bir egzersiz seansının bile faydalarına odaklanma alışkanlığı kazandırılır.

Bu stratejiler, hastaların motivasyonunu artırarak egzersiz alışkanlıklarını sürdürmelerine katkı sağlar (Knapen et al., 2005).

Sonuç ve Öneriler

Fiziksel aktivitenin psikolojik sağlık üzerindeki olumlu etkileri günümüzde giderek daha fazla önem kazanmaktadır; düzenli egzersiz, depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal bozuklukların tedavisinde etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle, bireylerin yaşam kalitesini artırmak için fiziksel aktiviteyi bir yaşam tarzı haline getirmeleri kritik öneme sahiptir. Haftada en az 3-5 gün, 30-60 dakika süren egzersiz seansları planlanmalı, aerobik egzersizlerin yanı sıra güçlendirme çalışmaları da eklenmelidir. Egzersiz programı, kişisel sağlık durumu ve fiziksel kapasiteye göre bir uzman eğitmen veya fizyoterapist ile uyulanmalıdır. Egzersiz yaparken sosyal destek almak, motivasyonu artırır; bu nedenle arkadaş veya aile üyeleriyle birlikte egzersiz yapmak ve spor gruplarına katılmak faydalıdır. Yazılı olarak takip edilebilecek ulaşılabilir hedefler belirlemek, küçük başarılar elde ederek motivasyonu artırırken, egzersiz öncesi ve sonrası ruh halinin değerlendirilmesi, ilerlemenin gözlemlenmesine yardımcı olur. Farklı egzersiz türlerini denemek rutini çeşitlendirir ve sıkılmayı önlerken, meditasyon, yoga veya derin nefes alma gibi gevşeme teknikleri stres yönetimini kolaylaştırır. Egzersizler kaydedilerek olumlu değişiklikler ve duygusal durum not alınmalı, eğer psikolojik sorunlar yaşıyorsa bir uzmandan destek alınarak psikoterapi ile egzersiz bir arada kullanılmalıdır. Sonuç olarak, düzenli fiziksel aktivite ruh sağlığını iyileştirmenin yanı sıra, bireylerin yaşam kalitelerini artırmalarına ve fiziksel aktiviteyi günlük yaşamlarının vazgeçilmez bir parçası haline getirmelerine yardımcı olur.

Kaynakça

- Abbafati, C., Machado, D., Cislighi, B., Salman, O., Karanikolos, M., McKee, M., Abbas, K., Brady, O., Larson, H., & Trias-Llimós, S. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.
- Beck, J. G., & Shipherd, J. C. (1997). Repeated exposure to interoceptive cues: does habituation of fear occur in panic disorder patients? A preliminary report. *Behaviour research and therapy*, 35(6), 551-557.
- Bitter, I., Angyalosi, A., & Czobor, P. (2012). Pharmacological treatment of adult ADHD. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 529-534.
- Broman-Fulks, J. J., & Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety, stress, & coping*, 21(2), 117-128.
- Chaddock, L., Erickson, K. I., Prakash, R. S., Voss, M. W., VanPatter, M., Pontifex, M. B., Hillman, C. H., & Kramer, A. F. (2012). A functional MRI investigation of the association between childhood aerobic fitness and neurocognitive control. *Biological psychology*, 89(1), 260-268.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *Jama*, 267(9), 1244-1252.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., & Higgins, J. P. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9).
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643.
- Edwards, S. (2006). Physical exercise and psychological well-being. *South African journal of psychology*, 36(2), 357-373.
- Farah, W. H., Alsawas, M., Mainou, M., Alahdab, F., Farah, M. H., Ahmed, A. T., Mohamed, E. A., Almasri, J., Gionfriddo, M. R., & Castaneda-Guarderas, A. (2016). Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. *BMJ evidence-based medicine*, 21(6), 214-221.

- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 46(14), 2869-2881.
- Groen, Y., Gaastra, G. F., Lewis-Evans, B., & Tucha, O. (2013). Risky behavior in gambling tasks in individuals with ADHD—a systematic literature review. *PloS one*, 8(9), e74909.
- Hillman, C. H., Pontifex, M. B., Raine, L. B., Castelli, D. M., Hall, E. E., & Kramer, A. F. (2009). The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroscience*, 159(3), 1044-1054.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2012). " The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication": Erratum.
- Johnson, S. L. (2017). *Therapist's guide to clinical intervention: The 1-2-3's of treatment planning*. Academic Press.
- Kang, K., Choi, J., Kang, S., & Han, D. (2011). Sports therapy for attention, cognitions and sociality. *International journal of sports medicine*, 32(12), 953-959.
- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., & Knapen, K. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in nonpsychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(6), 353-361.
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., Meerlo, P., Murison, R., Olivier, B., & Palanza, P. (2011). Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1291-1301.
- Mannuzza, S., & Klein, R. G. (2000). Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 711-726.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
- McAuley, E., & Rudolph, D. (1995). Physical activity, aging, and psychological well-being. *Journal of aging and physical activity*, 3(1), 67-96.
- McWilliams, L. A., & Asmundson, G. J. (2001). Is there a negative association between anxiety sensitivity and arousal-increasing substances and activities? *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 161-170.
- Mongia, M., & Hechtman, L. (2012). Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Current psychiatry reports*, 14, 561-567.

- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., Hyman, S., Laxminarayan, R., & Levin, C. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 387(10028), 1672-1685.
- Pigott, H. E. (2015). The STAR* D trial: it is time to reexamine the clinical beliefs that guide the treatment of major depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(1), 9-13.
- Pliszka, S. R. (2007). Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: efficacy, safety and mechanisms of action. *Neuropsychology review*, 17, 61-72.
- Pontifex, M. B., Saliba, B. J., Raine, L. B., Picchietti, D. L., & Hillman, C. H. (2013). Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of pediatrics*, 162(3), 543-551.
- Raglin, J. S. (1990). Exercise and mental health: beneficial and detrimental effects. *Sports Medicine*, 9, 323-329.
- Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2005). Mental disorders—who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 167-174.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21(1), 33-61.
- Sigwalt, A., Budde, H., Helmich, I., Glaser, V., Ghisoni, K., Lanza, S., Cadore, E., Lhullier, F., De Bem, A., & Hohl, A. (2011). Molecular aspects involved in swimming exercise training reducing anhedonia in a rat model of depression. *Neuroscience*, 192, 661-674.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- Smits, J. A., Berry, A. C., Rosenfield, D., Powers, M. B., Behar, E., & Otto, M. W. (2008). Reducing anxiety sensitivity with exercise. *Depression and anxiety*, 25(8), 689-699.
- Song, J., Song, T.-M., Lee, S., & Seo, D.-C. (2023). Depression in South Korean Adolescents Captured by Text and Opinion Mining of Social Big Data. *International journal of environmental research and public health*, 20(17), 6665.
- Song, Y.-Y., Hu, R.-J., Diao, Y.-S., Chen, L., & Jiang, X.-L. (2018). Effects of exercise training on restless legs syndrome, depression, sleep quality, and fatigue among hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(4), 1184-1195.
- Stănescu, M., & Vasile, L. (2014). Using physical exercises to improve mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 149, 921-926.

- Ströhle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A., & Dimeo, F. (2009). The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects. *Journal of psychiatric research*, 43(12), 1013-1017.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public health reports*, 100(2), 195.
- Thayer, R. E. (1987). Energy, tiredness, and tension effects of a sugar snack versus moderate exercise. *Journal of personality and social psychology*, 52(1), 119.
- Verret, C., Guay, M.-C., Berthiaume, C., Gardiner, P., & Béliveau, L. (2012). A physical activity program improves behavior and cognitive functions in children with ADHD: an exploratory study. *Journal of attention disorders*, 16(1), 71-80.
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 72(4), 334-341.
- Wigal, S. B. (2009). Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *CNS drugs*, 23(Suppl 1), 21-31.
- Woo, M., Kim, S., Kim, J., Petruzzello, S. J., & Hatfield, B. D. (2009). Examining the exercise-affect dose-response relationship: Does duration influence frontal EEG asymmetry? *International journal of psychophysiology*, 72(2), 166-172.
- Xie, Y., Wu, Z., Sun, L., Zhou, L., Wang, G., Xiao, L., & Wang, H. (2021). The effects and mechanisms of exercise on the treatment of depression. *Frontiers in psychiatry*, 12, 705559.



BÖLÜM 7

Hemşirelerde Vardiyalı Çalışmanın Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Neşe Ataman Bor¹

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Hakkari Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
ORCID iD: 0000-0002-4308-9362

1.Giriş

Ekonomik aktiviteler modern toplumlarda haftanın her günü 24 saat boyunca kesintisiz olarak sürdürülmektedir (Diez, 2022). Modern işletmelerin daha karmaşık hale gelmesiyle birlikte vardiyalı çalışma süreleri artmıştır (Kang, 2020). Vardiyalı çalışanlar, alışılmış uyku düzeninin bozulmasına, sirkadiyen sisteminin (dinlenme ve aktivite) döngüsüne ve çevre ile uyumunun bozulmasına neden olur (Kervezee, 2021).

Vardiyalı çalışma gerektiren ve kesintisiz üretim ve hizmet gerektiren sektörlerde çalışan kişilerde uyku bozuklukları ve obezite daha yaygındır (Obuz, 2018; Peplonska, 2019). Sirkadiyen saatin obezite, diyabet ve bir dizi kardiyovasküler hastalık gibi metabolik hastalıkların gelişimine neden olduğu bilinmektedir (Charlot, 2021).

İnsanın sirkadiyen ritminin en uzun parçası olan uyku, günün bölümlerine göre işleyişini gösterir (Obuz, 2018). Sirkadiyen ritimler genellikle vardiya çalışması gibi dış kaynaklardan bozulur (Hemmer, 2021).

Melatonin hormonu, günün belirli saatlerinde salgılandığından, insanların ruhsal ve fiziksel sağlığı için hayati önem taşımaktadır. Düzensiz uyku düzeni, bireylerin sosyal yaşamlarında birçok olumsuz etkiye sahiptir (Obuz, 2018). Vardiyalı çalışanlar, çevresel faktörler ve sirkadiyen bozulmanın bir sonucu olarak sıklıkla uyku sorunları yaşarlar (Heath, 2019). Ayrıca, gece vardiyasında çalışanlar, gündüz vardiyasında çalışanlardan daha sık obezite ve uyku bozuklukları yaşamaktadır (Peplonska, 2019). Hemşireler gibi vardiyalı çalışanların çalışma saatlerindeki değişiklikler, uyku düzensizliklerini ve çok sayıda sağlık sorununu beraberinde getirir (Kang, 2020).

2. Genel Bilgiler

2.1 Uyku

Uyku, vücudu tazeleyerek, beyin işlevlerini düzenleyerek ve hücreleri onarak güne hazırlanan hayati bir biyolojik süreçtir (Deniz Doğan & ark.,2019). Uyku, yaşamın sürdürülebilmesi için karşılanması gereken temel bir ihtiyaçtır; fiziksel, zihinsel ve duygusal refah için gereklidir; bağışıklık sistemimizi düzenler; sinir sistemimizi dinlendirir; düşünce karmaşasından kurtulur ve dinlenmeye geçer. Uyku, insan ömrünün üçte birini oluşturur. (Sarısaltık &Topuzoğlu, 2019; Humer & ark., 2020; Troynikov & ark., 2023).

2.1.1 Uykunun Fizyolojisi

Uyku, uyku ve uyanıklık arasında sürekli geçişlerle karakterize iki bölümden oluşan bir eylemdir (Kıran, 2022). Bu bölümlerden biri, uykunun ilk evresi olan NREM (yavaş göz hareketi/yavaş göz hareketi) bölümüdür. NREM uyku evresi, uykunun en başında ve sonunda görülen, uyku ile uyanıklık arasında geçiş yapan hafif ve kolayca ayırt edilebilen bir evresidir. (Yalçın & Saygın, 2021). REM (Rapid Eye Movement/Hızlı Göz Hareketleri) uyku sürecinin diğer aşamasıdır. Daha derin bir uyku evresi olan REM'den tam uyku evresine geçilir (Kıran, 2022). NREM evresinde fiziksel dinlenme olurken, REM evresinde zihinsel dinlenme olur (Kıran, 2022; Yalçın & Saygın, 2021). Sinir ağları, uyku ve uyanıklık durumlarını kontrol eder. Sirkadiyen mekanizmalar uykuyu başlatır ve sürdürür. Uyanıklığın başlaması ve bitmesi, uyarılma sistemlerinin engellenmesini gerektirir (Baranwal & ark., 2023).

Vasey ve ark. (2021), uyku mekanizmasını şöyle tanımlar: "Işık kapalı olan göz kapaklarından retinaya çarpar, bu da retinadan retinohipotalamik yola (RHT), suprakiazmatik çekirdeğe (SCN), paraventriküler çekirdeğe (PVN), omuriliğe (seviye T1-T3) ve üst servikal gangliona ulaşır." Bu nedenle melatonin salınımı baskılanır, kanda melatonin seviyesi düşer ve uyku sonlanır (Vasey & ark., 2021).

Homeostazi, uyku kalitesini ve uyku miktarını etkiler. Bir kişi, iki sistemin dengeli çalışması durumunda gündüzleri uzun süre uyanık kalırken geceleri düzenli olarak uyku uyuyabilir. Bu sistemlerden birinde veya aralarındaki etkileşimde meydana gelen değişiklikler uykusuzluk veya aşırı uykuya neden olabilir (Sun & Chen, 2022).

2.1.2 Uyku ve Uyanıklık Bozuklukları

DSM-5, vardiya çalışanları için "Vardiyalı Çalışma Tipi Uyku Bozukluğu" olarak adlandırılan uyku kalitesi ve düzenindeki değişiklikleri tanımlar (APA, 2013; Deniz Doğan & ark., 2019). Vardiyalı çalışmanın neden olduğu uyku bozukluğu, homeostazi ve sirkadiyen ritim arasındaki uyumsuzluğun bir sonucudur. Sadece bir gece vardiyasında bile, homeostazi ve sirkadiyen ritim desenkronize olur. Bu, uyku süresini kısaltırken aynı zamanda sabahın erken saatlerinde uyku yükünü artırır (Kurt Kök, 2017).

Yattıktan sonra 30 dakikadan fazla uykuya dalmak, gecenin ortasında uyanıktan sonra 20 dakikadan fazla uyanık kalmak ve yatakta geçirilen zamanın %85'inden azını uyuyarak geçirmek, uyku kalitesini belirleyen faktörlerdir. Uyku

bozukluklarının bir sonucu olarak trafik kazası ya da iş kazası gibi kazalar meydana gelebileceği için düzenli, kaliteli ve yeterli uyku almak önemli bir halk sağlığı sorunudur (Şalva & ark., 2020).

2.1.3 Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Günümüzde, uyku kalitesi, uyku ile ilgili araştırmalarda ve klinik çalışmalarda önemli bir konu haline gelmiştir. Uyku sorunlarıyla ilgili şikayetlerin yaygın olmasının nedeni, uyku kalitesinin bozulması bazı hastalıkların belirtisi olabilir ve fiziksel ve mental sağlığın uyku sağlığı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gerçektir (Aysan & ark., 2014). Uyku kalitesi, bireyin uyandığında kendini sağlıklı ve iyi bir güne başlamaya hazır hissettiğini ifade eder. Bununla birlikte, Çetinol ve Özvurmaz'a (2018) göre, uyku kalitesi birçok çevresel, psikolojik ve fiziksel faktörden etkilenebilir.

Düzensiz yaşam tarzı, sirkadiyen sistemdeki bozulmaların en önemli nedeni olarak gösterilmiştir. İnsan vücudu eskiden gündüz ve gece döngüsüne uyum sağlarken, günümüzde 7/24 çalışmanın getirdiği düzen değişimi, sirkadiyen ritmi etkilemektedir (Barbato, 2021; Öney & Balcı, 2021). Anormal sirkadiyen ritimler, çekirdek vücut sıcaklığını, yüksek ortam sıcaklığını ve nemi, gürültü ve vardiyalı çalışma gibi çevresel faktörleri etkileyerek uyku kalitesini düşürür (Troynikov & ark., 2023).

Fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık ve uyku kalitesi yaşam kalitesini etkiler (Yalçın & Saygın, 2021). Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında yaş, beslenme, diyet, stres, uyarıcılar, alkol ve sigara kullanımı, hastalıklar, cinsiyet, kişisel özellikler ve fiziksel aktivite yer alır (Çakmak Ön, 2021; Pirinççi & ark., 2021; Yalçın & Saygın, 2021; Sejbuk & ark., 2022).

Yaş: Yaş ilerledikçe, bireylerin ihtiyaç duyduğu uyku süresi azalmaktadır. Yenidoganların günlük uyku ihtiyacı 14-17 saattir, okul çağında 9-12 saat, adolesanlarda 8-10 saat ve yetişkinlerde günlük uyku ihtiyacı 7 saattir. İnsanların uyku ihtiyacı, çevresel, genetik, davranışsal ve tıbbi faktörlerden kaynaklanabilir (Türen, 2019).

Diyet: Bazı çalışmalar, balıkların, süt ve süt ürünlerinin, bazı meyve ve sebzelerin ve B12 vitamininin melatonin hormonu sentezine katkıda bulunarak uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği ve yüksek yağ ve karbonhidrat içeren diyetin uyku kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varmıştır (Mayer & ark., 1996; St-Onge & ark., 2016).

Kafeinli İçecekler: Kafeinli İçecekler: Çay ve kahve içmenin yattıktan sonra uykuya dalma süresini uzattığını ve aynı zamanda uyku kalitesini ve uykuda geçirilen süreyi azalttığını gösteren gözlemsel ve laboratuvar deneyleri (Türen, 2019; Van Der Linden, 2023). Çayda bulunan teanin maddesi, kahveye göre daha az uyarıcı olduğu ve hatta daha düşük dozlarda kafein üreterek uyku kalitesini iyileştirir (Türen, 2019).

Alkol: Alkol almanın horlamaya neden olabileceği gibi uyku süresini kısalttığı ve kalitesiz uyku riskini artırdığı saptanmıştır (Zheng, 2021).

Sigara Kullanımı: Sigara içmenin uyku kalitesini bozduğu ve sigaradaki nikotin yataкта uykuya geçiş zamanını uzattığı ortaya çıkmıştır (Açar, 2023).

Kişinin Hastalıkları: Uyku bozuklukları, depresyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi birçok hastalığın bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Ayrıca, uyku bozukluklarının vücut direncini azalttığı ve birçok hastalığın gelişme riskini artırdığı gösterilmiştir (Türen, 2019; Sejbuk & ark., 2022). Ayrıca, perimenapozun uykuyu nasıl etkilediğini gösteren araştırmalar vardır (Türen, 2019). Nokturnal poliüri sendromu olan hastalar, gece uyandıktan sonra uykuya dalma sürelerinde sıkıntı yaşarlar ve idrara çıkma gereksinimleri nedeniyle uykularını zorlaştırırlar (Asplund, 2004).

Cinsiyet: Cinsiyete göre uyku kalitesi incelendiğinde, uyku sorunları kadınlarda daha yaygındır. ancak erkeklerde uyku kalitesi daha iyidir (Madrid-Valero & ark., 2017). Erkekler kadınlara göre daha az uyusalar da, uyku sorunları erkeklerde daha az görülmektedir. Kadınlarda daha sık görülen uyku sorunlarının nedenleri arasında toplumsal ve zihinsel sorunlar ve hormonal değişiklikler yer almaktadır (Gökoğlu Güler, 2018).

İlaçlar: Uykusuzluk için birçok ilaç vardır. Bunun birkaç örneği antihistaminlerdir. Ayrıca gün boyunca genel uyku hali sağlarlar (Özdemir & ark., 2014). Sedatif ilaçlar veya uyku bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçlar, uykuda kalma süresini uzatarak uyku kalitesini iyileştirir (Killdud & Mendelson, 2016; Roehrs & Roth, 2019). Diüretik ilaçlar, uyku kalitesini bozabilir (Kumar & ark., 2020).

Yaşam Şekli: Teknolojiye olan ilgi ve sosyo-kültürel yapı uyku kalitesini etkiler (Türen, 2019). Fiziksel aktivitenin uyku kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir (Grandner & ark., 2011). Uyku sırasında televizyon izlemek veya teknolojik cihazlarla ilgilenmek gibi eylemler yapanların uyku kalitesi, uyku süresi ve uyku etkinlikleri daha düşüktür (Dube & ark., 2017). Uyku kalitesini etkileyen bu unsurlar, uyku süresini ve derinliğini değiştirerek uyku bölünmesine neden olur

(Yalçın ve Saygın, 2021). Sağlıklı beslenme, sakın bir yaşam tarzı ve az tüketilen uyarıcı yiyeceklerin uyku kalitesini iyileştirir (Sejbuk & ark., 2022).

2.2. Vardiyalı çalışma

"Vardiyalı çalışma" terimi, genel olarak 7:00-8:00 ile 17:00-18:00 saatleri arasında çalışanların çoğunun çalıştığı bir sistem olarak tanımlanabilir (Knutsson, 2004). Haftanın her günü 7/24 hizmet vermek üzere tasarlanmış bir çalışma biçimidir (Deniz Doğan & ark.,2019). Vardiyalı çalışma sistemi, iki ya da daha fazla işçi grubunun birbirini takip eden başlama ve bitiş saatleri ile bölünerek, standart olarak belirlenmiş çalışma saatlerinden daha fazla çalışmanın gerekli olduğu durumlarda kullanılır. Bu çalışma sistemi, vardiyaların gece ya da hafta sonuna rastlaması da mümkündür (Demir & Gerşil, 2008). Talepte yoğunluk olduğu sektörlerde, vardiyalı çalışma süresi programları, mevcut kaynakları kullanarak üretim kapasitesini artırmak için tercih edilmektedir.

2.2.1. Vardiyalı çalışmanın insanlar üzerindeki etkileri ve ortaya çıkardığı sorunlar

İnsanların günlük yaşam faaliyetlerinde ritmik değişiklikler meydana gelir. İnsan gereksinimleri ve günlük yaşam faaliyetleri düzenli bir şekilde gelişir. Vardiya sistemi ve sürekli dönüşümlü vardiyalarla çalışmak, biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilir (Wright & ark., 2013; Wang & ark., 2011; Drake & ark., 2004)

Vardiyalı çalışanlar, vücutlarının normal işlevlerinin tam tersi olarak uyanık olmaları gereken vakitte uyurlar ve uyumaları gereken vakitte uyanırlar. Vardiyalı çalışmanın bir sonucu olarak, sirkadiyen ritim değişir ve bu da yorgunluk ve iş veriminde azalmaya neden olur. Bununla birlikte, vardiyalı çalışmanın en yaygın olumsuz sonuçları uyku bozuklukları ve uyum sorunlarıdır (Aysan & ark., 2014; Kıran, 2022).

Bir kohort çalışmasında, vardiyalı çalışanların gündüz çalışanlardan iki kat daha fazla depresyona girme olasılığı olduğu görülmüştür. Ayrıca, vardiyalı çalışmanın uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler, kaygı, sinirlilik ve depresif ruh hali ile ilişkilidir (Torquati & ark., 2019).

Sirkadiyen ritimdeki değişiklikler, vardiya sisteminde değişken saatlerde çalışan bireylerin karşılaştığı en önemli sorunlardan biridir ve bu değişiklikler fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde birçok zararlı etkiye sahip olabilir (Deniz Doğan & ark., 2019). Ek olarak, vardiya, özellikle de gece vardiyasında çalışanlarda vücut sıcaklığını, melatonin seviyelerini ve kortizol seviyelerini azaltır.

2.2.2. Fizyolojik etkileri/fiziksel hastalıklar

Vardiyalı çalışma, insülin direnci, tip-2 diyabet, metabolik bozukluk riski, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları ve obezite gibi sağlık üzerindeki etkilerini incelemiştir (Gupta & ark., 2019). Değişen çalışma saatlerinin sağlık üzerindeki etkileri incelendiğinde, insanların çeşitli sağlık sorunlarıyla, örneğin ülser, gastrit, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, venöz yetmezlik, derin ven trombozu, meme kanseri, kolon kanseri, diyabet ve metabolik bozukluklar gibi rahatsızlıklarla karşılaşma riskinin arttığı ortaya çıkmaktadır. Bu durum, bireylerin tükenmişlik hissini artırmakta ve genel yaşam kalitelerini düşürmektedir. Ayrıca, depresyon ve uyku bozuklukları gibi psikolojik sorunlar da bu süreçle birlikte yaygınlaşmaktadır (Oosterman & ark., 2020; Geniş & ark., 2020).

Vardiyalı çalışma, hormonal dengeyi düzenleyen leptin ve ghrelin hormonlarını, alışılmışın dışında yemek yemeyi, tokluk ve açlığı kontrol etmeyi ve uyku düzenini bozmayı içerir. Vardiyalı çalışma, yorgunluk ve düşük performansla da bağlantılıdır. (James & ark., 2017; Gupta & ark., 2019).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yapılan bir araştırma, hayvanlarda güçlü ancak insanlarda zayıf kanıtlara dayanarak gece vardiyasını "insanlar için muhtemelen kanserojen" olarak değerlendirdi (Hemmer & ark., 2021). Vardiyalı çalışmanın iş performansının düşmesi ve kazaların artması gibi mesleki sonuçlarının yanı sıra daha düşük ve daha erken doğum riski gibi sağlıkla ilgili sonuçları da vardır (Hemmer & ark., 2021). Son çalışmalar, vardiyalı çalışmanın kronik hastalık ilişkileri hemşirelerde doğrulanmıştır (Pan & ark., 2011; Vetter & ark., 2016; Wegrzyn & ark., 2017).

2.2.3. Psikolojik etkileri

Uyku bozuklukları, dikkat kaybı ve bellek zayıflığı, kronik yorgunluk ve depresyon gibi ciddi ruhsal bozukluklara neden olabilir (Geniş & ark., 2020). Vardiyalı çalışmanın uyku bozukluğu, iş performansında azalma, iş kazalarında artış, işte var olamama ve artan sosyal ve aile çatışmaları ile ilişkili olduğu son araştırmalar tarafından gösterilmiştir (Çakmak, 2016; Gupta & ark., 2019; D'Ettorre, 2020).

Sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin düşmesi, iş tatminsizliği, sıkıntı ve bilişsel işlevlerdeki sorunlardan kaynaklanabilir. Vardiyalı çalışma, uyku bozukluklarından etkilenen çalışanları stresli ve depresif hale getirir ve çalışma saatleri dışında daha az enerji harcarlar (D'Ettorre, 2020).

2.3. Vardiyalı çalışmanın hemşirelerde etkisi

Vardiyalı sağlık çalışanları arasında uyku bozukluklarının önlenmesi, dünya çapında giderek artan bir sağlık sorunudur (D'Ettorre et al, 2020). Sağlık çalışanlarını en çok etkileyen vardiya programlarının yanı sıra uyku bozuklukları, algılanan stres, iş yoğunluğu, çalışma saatleri, tükenmişlik ve iş tatmini gibi birbiriyle etkileşim halinde olan birçok faktör daha vardır (Geniş ve ark, 2020; Giorgi & ark., 2018). Hemşireler, sağlık hizmeti sunum sisteminde bakım kalitesini garanti altına almada hayati öneme sahiptir. Hemşirelerin verimliliği ve üretkenliği, hastaların güvenliği ve refahında önemli bir rol oynar (Kelley vd. 2011). Hemşirelik mesleğinin bir özelliği olarak, gece vardiyalı çalışmanın hemşirelerin performansı ve sağlık sonuçları, özellikle de uykusu üzerinde birçok etkisi vardır (Zhang & ark., 2023). Literatürde vardiyalı çalışmanın yıllarca sürmesinin uyku süresini ve uyku kalitesini olumsuz etkilediğini ve uyku bozukluğunu beraberinde getirdiğini destekleyen çalışmalar yer almaktadır (Zhang & ark., 2023; Ganesan & ark., 2019; Wu & ark., 2023; Han & ark., 2016). Nitekim son yıllarda giderek daha fazla hemşire uyku sorunları yaşamaktadır. Yine birçok çalışma, zayıf uyku kalitesinin düşük iş performansı, üretkenlik kaybı, verimlilik azalması ve hatta işyerinde yaralanmalarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Okajima vd. 2021 ; Velasco Garrido vd. 2018). Uyku kalitesi düşük olan hemşirelerin diyabet, obezite, depresyon, koroner kalp hastalığı ve diğer fiziksel ve psikolojik sorunlara yakalanma riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Kecklund & Axelsson, 2016).

Gündüz vardiyasında sürekli olarak çalışan hemşirelerin, gece vardiyasında çalışan hemşirelere oranla daha az rapor ve izin aldıkları gösterilmiştir. Sürekli vardiyalı çalışma, hemşirelerde akut yorgunluk ve hataların yanı sıra alkol tüketiminin artmasına da neden olmuştur (Ejebu & ark., 2022). Japonya'da dört farklı hastanede vardiyalı çalışan hemşirelerin üç vardiya boyunca on iki kez kan şekeri düzeyine bakıldığı bir çalışmada, hemşirelerin en az on %10'unda hipoglisemi olduğu bulundu (Inoue & ark., 2004). Hemşirelerin vardiya sistemleri ile ilgili tercihlerini ve deneyimlerini yansıtan niteliksel çalışmalarda, vardiya süresi, vardiya uzunluğu ve vardiya kendisi, hemşirelerin fiziksel ve zihinsel yorgunluğunun üstesinden gelerek hastalara yüksek kalitede bakım sağladıklarını göstermiştir (Ejebu & ark., 2022).

Sonuç ve öneriler

Bu incelemenin amacı, vardiyalı çalışmanın hemşirelerde fiziksel ve ruhsal etkilerin hakkında bilgi sağlamaktır. Tüm dünyada vardiyalı çalışmanın artan yaygınlığıyla birlikte, düzensiz yaşam tarzları ve ritimlerin günlük yaşamları arasındaki ilişki, vardiyalı çalışanlar ve aileleri için araştırılmaktadır. Vardiyalı çalışmanın fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkisi son yıllarda çok önemli bir araştırma alanıdır. Vardiyalı çalışanlarda tıbbi komplikasyonların başlangıcı ve devamı, çalışma programı ritimleri ve sirkadiyen saat arasındaki bozulmuş senkronizasyonu içerir. Literatürden elde edilen bulgulara gece vardiyası sıklığının ve iş yükünün hemşireler arasında uyku sağlığı ve metabolik risk üzerindeki olumsuz etkilerine neden olduğu belirtilmiştir. Bu, kardiyovasküler hastalık, obezite ve diyabet gibi bazı metabolizmaya ilişkili kronik hastalıkların erken önlenmesi için anlamlıdır.

Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin uyku kalitesini iyileştirme, iş programını optimize etme ve metabolik risk faktörlerinin sürekli izlenmesi stratejilerine odaklanılmalıdır. Hemşirelik yöneticileri, yalnızca vardiya programına odaklanmak yerine, genel olarak gece vardiyası süresini, sıklığını ve iş yükünü dikkate almalı ve optimize etmelidir. Gece vardiyası hemşirelerinin uyku sorunları ve metabolik anormallik riskine, özellikle obeziteyle ilişkili göstergelere tarama yapılması ve müdahale edilmesine teşvik edilmelidir. Hemşirelik iş gücünün istikrarını ve refahını artırmak, uzun vadeli iyileştirme için politika, yöneticiler ve sistem düzeyindeki çeşitli paydaşlardan destekler alınmalıdır. Çalışma sistemine bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına karşı çalışanlar bilgilendirilmelidir. Vardiyalı çalışmanın sağlık sorunlarını azaltmak için çalışanlara stres yönetimi ve uyku yönetimi eğitimi verilmelidir. Vardiya sistemini düzenlerken, vardiyalı çalışanların uyku kalitesi ve gündüz uyku durumları olumsuz etkilendiğinden, her çalışan için ayrıntılı bir inceleme ve değerlendirme yapılmalıdır. Vardiyalı çalışanlara sosyal yaşamlarını planlamak için yeterli zaman ve olanak verilmelidir. Vardiyalı çalışma sistemlerinde riskleri azaltmak ve daha verimli çalışmak için planlar yapılmalıdır.

Kaynaklar

- Açar, A. (2023). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Tez: Biruni Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- American Psychiatric Association. (2016). (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Asplund, R. (2004). Nocturia, nocturnal polyuria, and sleep quality in the elderly. *Journal of psychosomatic research*, 56(5), 517-525. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.003>
- Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., & İsmailoğlu, E. G. (2014). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 193-198.
- Baranwal, N., Phoebe, K. Y., & Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in cardiovascular diseases*, 77, 59-69.
- Barbato, G. (2021). REM sleep: an unknown indicator of sleep quality. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 12976.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., DesRoches, C., & Dittus, R. (2007). Impact of the nurse shortage on hospital patient care: Comparative perspectives. *Health affairs*, 26(3), 853-862.
- Blackwelder, A., Hoskins, M., & Huber, L. (2021). Peer reviewed: effect of inadequate sleep on frequent mental distress. *Preventing chronic disease*, 18.
- Carriedo-Diez, B., Tosoratto-Venturi, J. L., Cantón-Manzano, C., Wanden-Berghe, C., & Sanz-Valero, J. (2022). The effects of the exogenous melatonin on shift work sleep disorder in health personnel: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 10199.
- Charlot, A., Hutt, F., Sabatier, E., & Zoll, J. (2021). Beneficial effects of early time-restricted feeding on metabolic diseases: importance of aligning food habits with the circadian clock. *Nutrients*, 13(5), 1405.
- Çakmak, G. (2016). Vardiyalı çalışan işçilerde beslenme durumu, uyku kalitesi. Yayınlanmış Tez: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Çetinoğlu, T., & Özvrmaz, S. (2018). Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. *Medical Sciences*, 13(4), 80-89.
- Demir, F., & Gerşil, G. (2008). Çalışma hayatında esneklik ve Türk hukukunda esnek çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (16), 68-89.
- Doğan, S. D., Arslan, S., Aydıngülü, N., Koparan, H., & Gülşen, M. (2019). Vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin uyku kaliteleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1196-1202.

- d'Ettorre, G., Pellicani, V., Caroli, A., & Greco, M. (2020). Shift work sleep disorder and job stress in shift nurses: implications for preventive interventions. *La Medicina del lavoro*, 111(3), 195.
- Drake, C.L. (2004). Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27, 1453-1462.
- Dube, N., Khan, K., Loehr, S., Chu, Y., & Veugeliers, P. (2017). The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: a population-based study among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 1-15.
- Geniş, B., Cosar, B., & Taner, M. E. (2020). Orjinal Makale Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(4), 275-83.
- Giorgi, F., Mattei, A., Notarnicola, I., Petrucci, C., & Lancia, L. (2018). Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*, 74(3), 698-708.
- Gökoğlu Güler, P. (2018). Adölesanlarda uyku kalitesi ve öfke kontrolü arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yayınlanmış Tez: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi, Erzurum
- Grandner, M. A., Patel, N. P., Perlis, M. L., Gehrman, P. R., Xie, D., Sha, D., ... & Gooneratne, N. S. (2011). Obesity, diabetes, and exercise associated with sleep-related complaints in the American population. *Journal of Public Health*, 19, 463-474.
- Gupta, C. C., Coates, A. M., Dorrian, J., & Banks, S. (2019). The factors influencing the eating behaviour of shiftworkers: what, when, where and why. *Industrial health*, 57(4), 419-453.
- Hemmer, A., Mareschal, J., Dibner, C., Pralong, J. A., Dorribo, V., Perrig, S., ... & Collet, T. H. (2021). The effects of shift work on cardio-metabolic diseases and eating patterns. *Nutrients*, 13(11), 4178.
- Heath, G., Dorrian, J., & Coates, A. (2019). Associations between shift type, sleep, mood, and diet in a group of shift working nurses. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45(4), 402-412.
- James, S. M., Honn, K. A., Gaddameedhi, S., & Van Dongen, H. P. (2017). Shift work: disrupted circadian rhythms and sleep—implications for health and well-being. *Current sleep medicine reports*, 3, 104-112.doi:10.1007/s40675-017-0071-6.
- Kang, J., Noh, W., & Lee, Y. (2020). Sleep quality among shift-work nurses: A systematic review and meta-analysis. *Applied nursing research*, 52, 151227. doi: 10.1016/j.apnr. 151227.
- Kecklund, G., & Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. *Bmj*, 355.

- Kelley, T. F., Brandon, D. H., & Docherty, S. L. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *Journal of nursing scholarship*, 43(2), 154-162.
- Kervezee, L., Gonzales-Aste, F., Boudreau, P., & Boivin, D. B. (2021). The relationship between chronotype and sleep behavior during rotating shift work: a field study. *Sleep*, 44(4), zsaa225.
- Kıran, M. (2022). Vardiyalı çalışan bireylerin beslenme durumları ile diyet inflamatuvar indeksi, uyku kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin saptanması. Yayınlanmış Tez: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Kilduff, T. S., & Mendelson, W. B. (2016). Mechanisms of action and pharmacologic effects. *Principles and Practices of Sleep Medicine*. 6th Ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders, 424.
- Knutsson, A. (2004). Methodological aspects of shift-work research. *Chronobiology international*, 21(6), 1037-1047.
- Kurt Gök, D. (2017). Vardiyalı çalışanlarda uyku kalitesi ve parasomni sıklığı. Yayınlanmış Tez: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana.
- Kumar, M., Kainth, S., Kumar, S., Bhardwaj, A., KumarAggarwal, H., Maiwall, R., ... & Sarin, S. K. (2021). Prevalence of and factors associated with sleep-wake abnormalities in patients with cirrhosis. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 11(4), 453-465. doi: 10.1016/j.jceh.2020.10.006.
- Madrid-Valero, J. J., Martínez-Selva, J. M., Couto, B. R. D., Sánchez-Romera, J. F., & Ordoñana, J. R. (2017). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gaceta sanitaria*, 31, 18-22. doi:10.1016/j.gaceta.2016.05.013.
- Mayer, G., Kröger, M., & Meier-Ewert, K. (1996). Effects of vitamin B12 on performance and circadian rhythm in normal subjects. *Neuropsychopharmacology*, 15(5), 456-464.
- Obuz, M. (2017). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde vardiyalı çalışan yardımcı sağlık personelinin uyku bozuklukları, iş yükü stresi ve ruhsal durum açısından değerlendirilmesi.
- Okajima, I., Komada, Y., Ito, W., & Inoue, Y. (2021). Sleep debt and social jetlag associated with sleepiness, mood, and work performance among workers in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2908.
- Oosterman, J. E., Wopereis, S., & Kalsbeek, A. (2020). The circadian clock, shift work, and tissue-specific insulin resistance. *Endocrinology*, 161(12), bqaa180.

- Ön, S. Ç. (2021). Ameliyathane Hemşirelerinin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-44.
- Öney, B., & Balcı, Ç. (2021). Sirkadiyen ritmin sağlıktaki rolü. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 64-75. doi: 10.51536/tusbad.922995.
- Ozdemir, P. G., Karadag, A. S., Selvi, Y., Boysan, M., Bilgili, S. G., Aydın, A., & Onder, S. (2014). Assessment of the effects of antihistamine drugs on mood, sleep quality, sleepiness, and dream anxiety. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 18(3), 161-168.
- Peplowska, B., Nowak, P., & Trafalska, E. (2019). The association between night shift work and nutrition patterns among nurses: a literature review. *Medycyna pracy*, 70.
- Pirinçci, E., Yaraşır, E., Özbey, S., Özdemir, S., Demir, A., Deveci, S., ... & Oğuzöncül, A. (2021). Türkiye'nin doğusunda bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 35-42.
- Robbins, R., Weaver, M. D., Barger, L. K., Wang, W., Quan, S. F., & Czeisler, C. A. (2021). Sleep difficulties, incident dementia and all-cause mortality among older adults across 8 years: Findings from the National Health and Aging Trends Study. *Journal of sleep research*, 30(6), e13395.
- Roehrs, T., & Roth, T. (2019). The effects of medications on sleep quality and sleep architecture. Benca R, ed. <https://www.uptodate.com> (Accessed on February, 02.2024)
- Sarısaltık, A., & Topuzoğlu, A. (2019). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uyku bozuklukları taraması ve değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 232-243.
- Sejbuk, M., Mironczuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Sleep quality: a narrative review on nutrition, stimulants, and physical activity as important factors. *Nutrients*. 2;14(9), 1912. doi:10.3390/nu14091912.
- St-Onge, M. P., Mikic, A., & Pietrolungo, C. E. (2016). Effects of diet on sleep quality. *Adv Nutr*. 7(5), 938-49. doi:10.3945/an.116.012336.
- Sun, S. Y., & Chen G. H. (2022). Treatment of circadian rhythm sleep-wake disorders. *Curr Neuropsychopharmacol*. 20(6), 1022-1034. doi: 10.2174/1570159X19666210907122933.
- Şalva, T., Güllüoğlu, M. A., Kaya, M., & Özdemir, K. U. (2020). Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Maltepe Tıp Derg*. 12(2), 27-33.
- Türen, Z. (2019). Travmatik el yaralanmalı hastalarda uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen faktörler. Yayımlanmış Tez: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi, Isparta.

- Torquati, L., Mielke, G. I., Brown, W. J., Burton, N. W., & Kolbe-Alexander, T. L. (2019). Shift work and poor mental health: A meta-analysis of longitudinal studies. *Am J Public Health*, 109(11), e13-e20. doi: 10.2105/AJPH.2019.305278.
- Troynikov, O., Watson, C. G., & Nawaz, N. (2018). Sleep environments and sleep physiology: A review. *Journal of thermal biology*, 78, 192-203. doi: 10.1016/j.jtherbio.2018.09.012.
- Wright Jr, K. P., Bogan, R. K., & Wyatt, J. K. (2013). Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). *Sleep medicine reviews*, 17(1), 41-54.
- Wang, X. S., Armstrong, M. E. G., Cairns, B. J., Key, T. J., & Travis, R. C. (2011). Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occupational medicine*, 61(2), 78-89.
- Xu, G., Zeng, X., & Wu, X. (2023). Global prevalence of turnover intention among intensive care nurses: A Meta-Analysis. *Nursing in critical care*, 28(2), 159-166.
- Van Der Linden, M., Olthof, M. R., & Wijnhoven, H. A. H. (2023). The Association between caffeine consumption from coffee and tea and sleep health in male and female older adults: A cross-sectional study. *Nutrients*, 30;16(1), 131. doi: 10.3390/nu16010131. PMID: 38201961
- Vasey, C., McBride, J., & Penta, K. (2021). Circadian rhythm dysregulation and restoration: the role of melatonin. *Nutrients*, 13(10), 3480. doi: 10.3390/nu13103480.
- Yalçın, A., & Saygın, M. (2021). Koku ve uyku kalitesi ilişkisinin araştırılması. *Uyku Bülteni*, 2(2), 38-48.
- Zhang, H., Wang, J., Zhang, S., Tong, S., Hu, J., Che, Y., ... & Li, B. (2023). Relationship between night shift and sleep problems, risk of metabolic abnormalities of nurses: a 2 years follow-up retrospective analysis in the National Nurse Health Study (NNHS). *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(10), 1361-1371.
- Zheng, D., Yuan, X., Ma, C., Liu, Y., VanEvery, H., Sun, Y., ... & Gao, X. (2021). Alcohol consumption and sleep quality: a community-based study. *Public health nutrition*, 24(15), 4851-4858. doi: 10.1017/S1368980020004553.



BÖLÜM 8

Afetzede Bireylerde Umudun ve Yaşam Anlamlılığının Önemi

Aysel Akbeniz²

²Doç. Dr., Tarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
– 0000-0001-5163-5258

GİRİŞ

06.02.2023 tarihinde Kahramanmaraş ili Pazarcık ve Elbistan ilçelerinde şiddeti yedinin üstünde olan depremler nedeniyle ve 17 il ve Sivas ili Gürün ilçesi Genel Hayata Etkili Afet Bölgesi ilan edilmiştir. Söz konusu depremlerden sonra resmi rakamlara göre toplam 45.089 kişi hayatını kaybetmiştir (AFAD, 2023).

Depremler, ani olarak meydana gelen, fiziksel ve ruhsal yıkımları nedeniyle ağır bireysel ve toplumsal travmalar yaratabilen afetlerdir. Depremde yakını/sevdiği birini travmatik bir şekilde kaybeden bireyler, ruhsal açıdan bu zor süreçten daha derinden etkilenmektedir. Söz konusu kişilerin “yeniden yaşama dönüş oryantasyonları” bozulabilmekte ve travmatik ölümler sonucu oluşan yaslar da bireyler için travmatik bir şekle dönüşebilmektedir. Bu ölümlerin ani/beklenmedik olması, cenazelerin parçalanmış olması ve cenazelere ulaşılamaması gibi durumlar geride kalan bireylerin yas süreçlerini daha da zorlaştırmaktadır (Yelboğa, 2023). Uzamış/travmatik yas ise tüm psikiyatrik rahatsızlıklar için alt yapı oluşturabilen bir zemindir (Herman, 2022).

Bu çalışmada afetzedelerde yaşam anlamı ve umudun önemi hakkında değerlendirmelerde bulunmak amaçlanmış ve nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla akademik veri tabanlarında ilgili kavramlarla son on yıllık taramalar yapılmış ve sonuçlar paylaşılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Afettede bireylerde umudun önemi nedir?
2. Afettede bireylerde yaşamın anlamının önemi nedir?

AFET SONRASI UMUT KAVRAMI

Deprem sonrası hayatta kalanlarda yapılan çalışmalar travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) oldukça sık görüldüğünü ortaya koymuştur (Cénat ve ark, 2020; Kuo ve ark, 2020; Dai ve ark, 2016).

TSSB’de aşırı uyarılmaya bağlı olarak düşünce ve ruh halinde olumsuz değişiklikler meydana gelir. Belirtilerinde ise bireyin kendisi, diğer insanlar, gelecek veya dünya hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması; hafıza sorunları; başka bireylerle yakın ilişkileri sürdürmede zorluk; umutsuzluk; aile ve arkadaşlardan kopuk hissetmek; bir zamanlar zevk alınan faaliyetlere ilgi duymamak; olumlu duyguları deneyimlemede zorluk yaşamak ve duygusal olarak uyuşmak bulunmaktadır.

Özdemir ve ark, (2015) çalışmalarında 2011 yılı Van depremi sonrası hayatta kalan bireylerin TSSB düzeyleri ile umutsuzluklarının birbiri ile etkileşim halinde olduklarını bildirmiştir (Özdemir ve ark, 2015). Benzer olarak, Kadak ve ark, (2013) Van depreminden iki yıl sonra depremzedelerin umutsuzluk düzeyi ile TSSB bulgularının ilişkili olduğunu tespit etmiştir (Kadak ve ark, 2013). Lurie ve ark, (2020) Japonya’da yaşanan 2011 depremi ve tsunami afeti sonrası TSSB yaşayan bireylere yaptığı grup görüşmeleri ve fotoğraf çekimleri sonrası depremzedelerin umutlarının arttığını göstermiştir (Lurie ve ark, 2020).

Deprem sonrası fiziksel, duygusal, sosyal ve kültürel sorunlar yaşanabilmektedir. Tüm bunlara ek olarak yakın/sevilen bireylerin travmatik ölümleri hayatta kalanların psikososyal dengesinin bozulmasına ve bilişsel kontrolün kaybedilmesine neden olabilmektedir. Öyle ki afetler sonrası bireylerde umutların kaybı, çaresizlik ve boşluk duyguları, yakınlarının kaybı sonrası dünyanın güvenli bir yer olmadığı düşünceleri görülebilmektedir. Yaşamla bağların kopması/zayıflaması gibi olumsuz değişimlerle de afetzedelerde yaşam anlamları kaybedilebilmektedir (Lurie ve ark, 2020; Puente ve ark, 2019).

AFET SONRASI YAŞAMIN ANLAMI KAVRAMI

Yaşam anlamı, kişinin yaşam ritmine yüklediği bakış açısıdır dolayısıyla, öznel bir kavramdır. Bu anlamları yakalayabilmek için farkında ve anda olmak gereklidir (Demir ve Murat, 2017). Her birey, bir anlam arayışı içindedir, herkes yaşamında bir amaç ve yaşama anlam verecek bir değer bulabilir. Yaşamının anlamını kaybettiğini hisseden bireyler, varoluşsal boşluğu yaşarlar (Altıntaş ve Gültekin, 2005). Genel popülasyondaki çalışmalar, yaşam anlamının sağlık açısından riskli davranışlara ve ruh sağlığı sorunlarına karşı koruyucu bir faktör olduğunu göstermiştir (Pan ve ark, 2008, Brassali ve ark, 2011).

Ho ve ark, (2010) gençlerde yaşamda anlam, iyimserlik ve iyi oluşları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 1807 gençle yapılan çalışmada yaşamda anlamın psikososyal problemler ve yaşam doyumu ile anlamlı derecede ilişkili olduğu belirtilmiştir (Ho, ve ark, 2010). Yaşam anlamı birçok ruhsal parametreden etkilenebilecek ve de onları etkileyebilecek kadar kapsamlı bir ruhsal kavramdır.

2005 Pakistan depremi ile ilgili bir araştırma, daha düşük yaşam anlamına sahip hayatta kalanların daha yüksek düzeyde TSSB ve depresyon semptomlarına sahip olduğunu bulmuştur (Feder ve ark, 2013).

Özdemir ve ark, (2015) çalışmalarında 2011 yılı Van depremi sonrası hayatta kalan bireylerin yaşam kalitelerinin, TSSB yaşama durumlarını etkilediğini göstermiştir (Özdemir ve ark, 2015). Yaşam kalitesi ise birebir yaşam anlamı ile ilişkili bir kavramdır (Albayrak ve ark, 2019).

Hemşireler sıklıkla acı çeken insanlarla karşılaşmaktadır ve bakım görevlerinden biri de bu kişilerin acıya tepkilerini hafifletmeye yardımcı olmak, yas sürecinin sağlıklı bir şekilde atlatılması için rehberlik etmek, ruh sağlığı sorunlarını önlemeye ve bunlara karşı korunmaya yardımcı olmak için girişimlerde bulunmaktır. Asrın felaketlerinden biri olan bu deprem sonrası, hemşirelik ve ruh sağlığı hemşireliğinin önemi birkez daha anlaşılmıştır.

SONUÇ

Afetten sonra bireyin maddi ve manevi kayıplarını kabul ederek kendini yeniden inşa etmesi için umut ve yaşam anlamı güçlü birer dayanak noktasıdır. Umutlu ve yaşamı anlamlı bulan bireyler, toplumsal dayanışma gruplarına daha fazla katılım göstererek hem kendilerine hem de çevrelerindekiyle destek olurlar. Umut ve anlam, bireylerin felaket sonrası yeni gerçekliklerine uyum sağlamalarını ve esneklik göstermelerini kolaylaştırır. Afet sonrası bireylerde **umudu canlı tutmak ve yaşamın anlamını yeniden keşfetmelerini sağlamak**, sadece bireysel iyileşmeyi değil, aynı zamanda toplumsal iyileşmeyi de hızlandırır.

KAYNAKLAR

- Albayrak, A., Yıldırım, İ., & Kurt, E. (2019). Kanser hastalarında yaşam kalitesini etkileyen din ve maneviyat üzerine teorik yaklaşımlar. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 21(40), 349-76.
- Altıntaş, E., & Gültekin, M. (2005). Psikolojik danışma kuramları. Bursa: *AlfaAktüel Yayınları*, 500.
- Brassai, L., Piko, B. F., & Steger, M. F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 18, 44-51.
- Cénat, J. M., McIntee, S. E., & Blais-Rochette, C. (2020). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and other mental health problems following the 2010 earthquake in Haiti: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 273, 55-85.
- Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J., & Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 188-99.
- Demir, M., & Murat, M. (2017). Öğretmen adaylarının mutluluk, iyimserlik, yaşam anlamı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 13(7), 347-78.
- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Singh, R., Smith, B. W., ... & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 156-63.
- Herman, J. L. (2022). Travma ve İyileşme (Çev.: Tamer Tosun) (4. bs.). İstanbul: *Literatür Yayınları*. 650.
- Ho, M. Y., Cheung, M. F. & Cheung, F. S. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-63.
- Kadak, M. T., Nasıroğlu, S., Boysan, M., & Aydın, A. (2013). Risk factors predicting posttraumatic stress reactions in adolescents after 2011 Van earthquake. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 982-90.
- Karagöz, Y. (2021). SPSS ve AMOS uygulamalı nicel-nitel-karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. *Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık*, 402.
- Kino, S., Aida, J., Kondo, K., & Kawachi, I. (2020). Long-term trends in mental health disorders after the 2011 Great East Japan earthquake and tsunami. *JAMA Network Open*, 3(8), e2013437-e2013437.
- Khachadourian, V., Armenian, H. K., Demirchyan, A., & Goenjian, A. (2015). Loss and psychosocial factors as determinants of quality of life in a cohort of earthquake survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-8.

- Lurie, J. M., Lever, H., Goodson, L., Lyons, D. J., Yanagisawa, R. T., & Katz, C. L. (2020). Instilling hope and resiliency: A narrative photo-taking intervention during an intercultural exchange involving 9/11 survivors in post 3/11 Japan. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(6), 488-97.
- Pan, J. Y., Wong, D. F. K., Chan, C. L. W., & Joubert, L. (2008). Meaning of life as a protective factor of positive affect in acculturation: A resilience framework and a cross-cultural comparison. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(6), 505-14.
- Puente, S., Marín, H., Álvarez, P. P., Flores, P. M., & Grassau, D. (2019). Mental health and media links based on five essential elements to promote psychosocial support for victims: The case of the earthquake in Chile in 2010. *Disasters*, 43(3), 555-74.
- Ozdemir, O., Boysan, M., Ozdemir, P. G., & Yilmaz, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Research*, 228(3), 598-605.
- Schwind, J. S., Norman, S. A., Brown, R., Frances, R. H., Koss, E., Karmacharya, D., & Santangelo, S. L. (2019). Association between earthquake exposures and mental health outcomes in Phulpingdanda village after the 2015 Nepal earthquakes. *Community Mental Health Journal*, 55, 1103-13.



BÖLÜM 9

Nitel Araştırmalar ve Hemşirelik

Duygu Yeşilfidan¹ & Merve Özkan²

¹Arş. Gör. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.,
ORCID: 0000-0002-0290-1553

² Uzman Hemşire, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği
AD.,ORCID: 0000-0001-7032-6864

Giriş

Bireylerin yaşadıkları bireysel ya da toplumsal olayların asıl nedenlerini açıklamak, bu durum ya da durumların birey açısından algısını değerlendirmek amacı ile gözlem, görüşme ya doküman analizi yöntemlerinin kullanılarak sonuçların ortaya koyulduğu araştırma türü nitel araştırma olarak adlandırılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2014; Çopur vd, 2020). Nitel araştırmalar bireyi/olayı/durumu anlama, kavrama, farklı yönleri ile tanımlama, derinlemesine inceleme ya da neden-sonuç ilişkileri geliştirmek amacı ile gerçekleştirilmektedir. Nitel araştırmalar sosyal bilimler alanında oldukça sık kullanılmakta bunun yanı sıra son yıllarda değişen toplum yapısı ile birlikte fen ve sağlık bilimleri alanlarında da kullanımı artmış göstermektedir (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Gürbüz ve Şahin 2014).

Oluşan durum içerisinde insan davranışlarının incelenmesi, araştırmacının birebir katılımcılarla etkileşim içinde olması, oluşan durumun tümüyle ve tüm özellikleriyle ele alınarak bireylerin algı ve deneyimlerinin meydana çıkarılması, araştırmanın deseninde esneklik sağlanması ve tümevarım yaklaşımı ile araştırma problemine yönelik ana temaların meydana çıkarılması nitel araştırmaların en önemli özellikleri arasında yer almaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çopur vd, 2020).

Nitel Araştırma

Nitel ve nicel araştırmalar farklı açıdan paradigmlar üzerinde kurgulanmaktadır. Nicel araştırmalarda nesnellik, yöntem, genelleme, tahmin, sayısal göstergeler yer almaktadır. Nitel araştırmalarda ise gerçeklik oluşturulur. Aslolan çalışılan durum olduğundan ve değişkenler karmaşık ve iç içe geçtiğinden dolayı arasındaki ilişkiyi çözmek zorludur, araştırmacı aynı zamanda katılımcıdır, derinlemesine betimleme mevcuttur, yorumlama yapılır, katılımcıların bakış açısı anlamaya çalışılır, kendi bütünlüğü içinde ve doğaldır, çokluk ve farklılık aranır, öznel ve empatik bakış açısı mevcuttur (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016; Çopur vd, 2020).

Nitel araştırma yaklaşımları arasında kültür analizi, olgubilim, karma desen, kuram oluşturma, vaka çalışması ve eylem araştırmaları olduğu bildirilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016).

Kültür analizi; bireysel algı ve davranış olduğu kadar toplumsal yapı, işleyiş, davranış, değerler ve normlar gibi kültürel öğelerin tanımı ile analizine odaklanılan çalışmalardır (Speziale et al., 2011; Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016; Çopur vd, 2020;).

Olgubilim; bireylerin bir olguya dair algıları, yaşantıları ve bu duruma yükledikleri anlamları meydana çıkaran araştırmalardır (Speziale et al., 2011; Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016; Çopur vd, 2020;).

Karma desen; araştırma problemini hem kapsamlı hem de çok boyutlu incelemek için nicel ile nitel yöntemlerin birlikte kullanılarak gerçekleştirilen araştırma türüdür (Creswell ve Sözbilir, 2017).

Kuram oluşturma; herhangi bir olgu ya da olaya dair hem tümevarım hem de tündengelim yaklaşımı ile mantık çerçevesinde kavramları ve arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaran araştırmalardır (Erdoğan vd, 2014).

Vaka çalışması; tek bir olay veya birkaç olay hakkında bir bakış açısı sunmak için derinlemesine inceleme yapılmaktadır. Bir ya da daha fazla durumu kendi ortam, zaman ve sınırları içerisinde bütüncül olarak analiz eden araştırma türüdür (Yıldırım ve Şimşek 2016).

Eylem araştırması; uygulamada karşılaşılan sorunları ortaya çıkarma ya da var olan problemleri anlama ve çözüm üretmek amacı ile gerçekleştirilen araştırmalardır (Speziale et al., 2011; Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016; Çopur vd, 2020).

Nitel araştırmalarda veri toplama yöntemlerinde farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlar arasında gözlem, görüşme ve doküman incelemesi yer almaktadır. Gözlem araştırmanın dışarıdan ya da tam olarak katılımı ile gözlemlenebilirlik yolu ile yapılmaktadır. Görüşme ise kişilerin karmaşık duygularını ve algılarını anlamak ve beklenmeyen durumları ortaya çıkarmak için yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış, yapılandırılmamış, derinlemesine bireysel görüşme, odak grup görüşmesi ve sohbet şeklinde yapılmaktadır. Doküman incelemesinde konuya ilişkin var olan belgeler analiz edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016).

Nitel yöntemler aracılığı ile toplanan veriler içerik ve betimsel yöntemler ile analiz edilmektedir. İçerik analizinde elde edilen verileri açıklayabilecek kavramlar ve kavramlar ile arasındaki ilişkilere ulaşmak amaçlanmaktayken betimsel analizde; daha önceden belirlenen kavramsal çerçeve veya temalara göre düzenleme ve yorumlama amaçlanır (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016).

Hemşirelikte Nitel Araştırma

Hemşirelik, sürekli gelişen ve yenilikleri takip eden sağlık alanında önemli bir yere sahip olan meslektir. Meslek alanında gelişmeler araştırmalar sonucunda

elde edilen kanıtlar ile ortaya koyulmaktadır. Niceliksel araştırma türlerinin çoğunluğu hemşirelik alanında oldukça fazla kullanılmakta ve çok fazla mesleğe katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte özellikle son yıllarda niteliksel araştırma yöntemleri de hemşirelik alanında kullanılmakta ve çok değerli sonuçlar ortaya koyulmaktadır. Nitel çalışmalar hem hemşirelerin deneyime dayalı teoriler meydana getirmesinde rol oynarken hem de hemşirelik mesleğine ilişkin sorunları kapsamlı bir şekilde ele alarak açıklar. Böylece hemşirelik biliminin ve uygulamasının gelişimine katkıda sağlayarak aynı zamanda niceliksel çalışmaların oluşturulması için de zemin hazırlar. (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016).

Nitel araştırma yöntemleri bireylerin tecrübe ve davranışları, süreçler ve olgular ile alakalı faaliyetlere odaklanır, içeriklerinde sezgiler ile soyut yaşam deneyimleri yer almaktadır. Tecrübe, iletişim, doğallık ve bütüncül olma durumu nitel araştırma yöntemlerinin yapı taşlarını oluşturmaktadır. Bu yapı taşları hemşirelik mesleğinin değerleri ile uyum göstermektedir. Nitel araştırma yöntemlerinde birden fazla gerçek vardır ve bu gerçek öznedir. Bu öznel bakış açısı hemşirelik açısından da önem arz etmektedir ve her iki durumda da birey tek ve eşsiz olarak değerlendirilir. Bireyi anlama ve bireyin algılarını değerlendirebilmek için derinlemesine görüşme ve gözlem yapılması gerekmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2016; Erdoğan vd, 2014; Çam vd, 2016; Çopur vd, 2020).

Hemşirelik çalışmalarında nitel araştırmalar, hasta-hemşire ilişkisi, hemşirelik bakımının kalitesi ve karşılaşılan sorunlar, hemşirelikte liderlik yaklaşımları, sağlık bakım hizmetlerinin etkinliği, toplum temelli hizmetler, hemşirelik eğitiminde öğrenme stratejileri, hemşirelikte eleştirel düşünme, hemşirelikte etik ikilemler, evde bakım uygulamaları, yoğun bakımlarda enfeksiyon nedenlerinin doküman incelenmesi gibi bir çok mesleğe ilişkin alanda derinlemesine görüşmeler, gözlem ve doküman incelemelerinde kullanılabilmektedir (Çam vd, 2016; Pour vd, 2016; Yanikkerem vd, 2021; Tosunöz vd, 2021).

Sağlık alanında kültürel bakış açısına ve kültürün etkisine ilişkin konuların araştırılmasında da niteliksel araştırmalar tercih edilmektedir. Farklı kültürlerde yer alan bireyler ile etkin bir iletişim kurmak ve uygun bakımı sağlamak için kültürlerarası hemşirelik uygulamaları temelinde elde edilen niteliksel araştırmaların bulguları oldukça önemlidir. Kültürlerarası hemşirelik uygulamaları ile bireylerin kültürel değerleri ve sağlık inançları göz önünde bulundurulur ve böylece bireye bireyselleştirilmiş bakım sunulur (Speziale et al., 2011; Yıldırım ve Şimşek 2016; Tulay, 2016; Erdoğan vd, 2014).

Niteliksel araştırmalar ile hemşirelik; hemşirelik bakımı olan her alan ve bu alanlardan sağlanan bulgular ile hemşirelerin bilgi birikiminin arttırması desteklenir ve hemşirelik araştırmalarının, hemşirelik teori gelişiminin ve bireysel bakım yaklaşımlılarının meydana getirilmesinde önemli katkılar sağlanır. Literatürde niteliksel araştırmaların özellikle son yıllarda daha fazla kullanıldığı dikkati çekmektedir. Ancak yine de hemşireliğin her alanında maalesef yeterli niteliksel araştırma bulgularına rastlanılmamaktadır. Bu durumun nedenleri arasında hemşirelik alanında daha somut verilerin elde edildiği, niteliksel araştırmalar hakkında lisans ve lisansüstü düzeyde derslerin yetersiz ve eksik kaldığı, lisansüstü alanda az sayıda çalışılması ve etik sorunların yer aldığı ifade edilmektedir (Durmuş, 2016; Çopur vd, 2020).

Türkiye'de Hemşirelik Alanında Niteliksel Olarak Yapılan Araştırmalar

Karayurt vd. (2014) ilk kez canlı bireyden karaciğer transplantasyonu yapılan bireyler ile Roy Uyum Modeline temellendirdikleri çalışmada; alıcıların Roy Uyum Modeli 'nin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarının tamamında hem uyumlu hem de uyumsuz davranışlar deneyimlediklerini açıklamış olup; karaciğer transplantasyonu yapılan bireylerin uyumsuz olan davranışlarının geliştirilerek uyumlu davranışa dönüştürölmesi için etkili hemşirelik girişimlerinin uygulanması gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Özlük ve Sur (2017) Türkiye'de hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinin değerlendirilmesi ve Avrupa Birliği uyum sürecini belirlemek amacıyla çeşitli öğretim üyeleri, hastanelerde görevli hemşirelik hizmetleri müdürleri ve Avrupa Birliği uzmanları ile yaptıkları çalışmada; hemşirelik mesleğinin Türkiye'de henüz profesyonellik kriterlerine uygun olmayan ve profesyonellik sürecinin hala devam ettiği bir meslek olarak kabul gördüğü sonucuna ulaşmışlardır. Ancak; Avrupa Birliği kriterlerinin hemşirelik mesleğinde profesyonelleşmenin gelişme sürecinin hızlanması için itici güç olarak sürece olumlu katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesindeki temel sorunlar; eğitim düzeyi ve istihdam tiplerinin çeşitliliği ile mesleki örgütlenme ve otonomi düzeylerindeki düşüklük olarak bulunmuştur.

Kaplan vd. (2020) üçüncü sınıfı okuyan erkek hemşirelik öğrencilerinin kadın sağlığının klinik alanındaki deneyimler ile ilgili yaptıkları çalışmada; toplumsal cinsiyet algısı, kadın sağlığı klinik öğrenim süreci ve kadın doğum alanında uzmanlaşma planları olmak üzere toplamda 3 ana tema belirlemişlerdir. Araştırmada erkek öğrencilerin; kadın doğum klinik öğrenme ortamlarında utanma ve çekinme duygularını yoğun hissettikleri; meslektaşları tarafından bakıma dahil edilmeme, hastaların istememesi gibi durumlarla karşılaştıklarını ve öğrencilerin

neredeyse tamamı mezuniyetlerinden sonra kadın sağlığı alanında uzmanlaşmak-tansa dahiliye ya da cerrahi alanlarında uzmanlaşmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Bulgular sonucunda; hemşirelik bölümünde okuyan erkek öğrencilerin kültürel ve toplumsal bakış açısı ve değerlerden olumsuz yönde etkilendikleri ve doğal olarak bu durumlarla baş etmek için desteğe ihtiyaç duydukları sonuçlarına ulaşılmış olup; öğrencileri kadın sağlığı alanında maruz kaldıkları cinsiyetçi du-rumlardan uzaklaştırarak klinik uyumlarını artırıp girişimleri kolaylaştırıcı plan-lamaların yapılması önerilmektedir.

Yanikkerem vd. (2021) 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinde ideal hemşirelik eğitimi konusunda yaptıkları çalışmada; etkili öğrenmede eğitimcilerin ileti-şim becerileri ile sınıf ortamındaki etkileşimli öğretim yeteneklerinin önemli ol-duğu sonucuna ulaşmışlardır. Klinikte profesyonel hemşirelik uygulaması teması ve gerçekteki boşluklar ve şoklar temaları incelenmiştir. Klinikte profesyonel hemşirelik uygulamaları temasında; klinikteki olumlu tutumların öğrencilerin öğ-renme kalitesini artırmada belirleyici olduğu; gerçekteki boşluklar ve şoklar te-masında; öğrencilerin lisans eğitimlerinde teorik bilgi ile pratik bilginin entegre edilmesini bekledikleri sonucuna ulaşmıştır.

Gökçe vd. (2021) hemşireler ile hastalar arasında iletişim kaynaklı sorunlar ve beklentilerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada; hasta yakınlarının dikkate alınması, karşılıklı empati kurulması, sağlık kurumlarının teknolojik do-nanımlarının geliştirilip çalışanların sayıca artırılması, eğitim düzeyinin artırıl-ması, terapötik iletişim becerilerinin kazandırılması, hemşirelerin işlerini severek yapmaları, tıbbi terimlerin anlaşılır şekilde açıklanması ve güven ortamının sağ-lanıp eşgüdüm ortamı oluşturulması sonuçlarına ulaşmıştır.

Köse Tosunöz vd. (2021) hemşireler ve hastaların perspektifinden iyi hemşire özelliklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; araştırmaya katılan hem-şirelere göre iyi hemşirenin özellikleri; mesleki yetkinlik, kişilik özellikleri, ile-tişim, gelişim ve değişime açıklık ve mesleki bilinç ve sevgi kriterlerinden oluş-muş olup; çalışmaya katılan hastalara göre iyi hemşire; mesleği sevmek, iletişim, kişilik özellikleri ve mesleki yetkinlik kriterlerinden oluşmuştur. Hemşirelerin sahip olduklarını düşündükleri ve idealize ettikleri iyi hemşire özellikleri ile has-taların düşündükleri iyi hemşire özellikleri görüşlerinin benzerlik gösterse de bazı açıklardan farklılaştığı sonuçlarına ulaşmıştır.

Yanık ve Yeşilçınar'ın (2021) hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinde COVID-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sosyal izolasyonun etkilerini incele-dikleri çalışmasında; öğrencilerin sosyal izolasyon süreci sebebiyle; sosyal, fiz-yolojik, davranışsal ve psikolojik alt temalarında stres belirtilerine sahip oldukları

sonucuna ulaşılmıştır. COVID-19 pandemi sürecinde yaşanan sosyal izolasyonun öğrencilerin hayatındaki belirtileri hem olumlu hem de olumsuz olmak üzere 2 alt temada incelenmiş olup; bu süreçte hemşirelik mesleğine dair öğrencilerin görüşleri; pozitif düşünceler ve negatif düşünceler olmak üzere 2 alt temada incelenmiştir. Sonuç olarak bu sürecin çalışmaya katılan öğrencilerin hemşirelik mesleği ile ilgili düşüncelerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Alıncak vd, (2022) hemşirelerin palyatif bakım ve ölüme ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada; palyatif bakım veren hemşirelerin duygu ve düşünceleri, ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşirelerin duygu ve düşünceleri, palyatif bakımda hemşirelik yaklaşımları, hemşirelerin kişisel motivasyon kaynakları ve hemşirelerin ölüm algısı temaları incelenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin palyatif bakımda en çok zorluk yaşadığı konular; hastaların yaşam kalitesini artırmak, terminal dönemdeki hastaya bakım vermek, öz bakım uygulamalarını sağlamak ve semptom yönetimine odaklanmak olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Dengiz ve Hisar (2023) hemşirelik son sınıf öğrencilerinin COVID-19 aşısı yaptırmama nedenlerini belirlemek üzere yaptıkları çalışmasında; aşının yerli olmadığı, aşuya güvenmemek, güncel kaynaklardan bilgi almak, aşının yan etkileri, pandemi sürecinde hastalanmayacağını düşünmeleri ve kişisel koruyucu önlemler almak çalışmanın ana temalarını oluşturduğu bulunmuş olup; çalışmaya katılan öğrencilerin aşuya güven konusundaki olumsuz düşünceleri aşı yaptırmama kararlarının odak noktası olarak belirlenmiştir.

Korkut vd. (2023) hemşirelik bölümü doktora öğrencilerinin hemşirelik metaparadigmalarına ilişkin görüşlerini inceledikleri çalışmanın sonuçları; hemşirelik bölümü doktora öğrencilerine göre hemşirelik metaparadigması; hemşirelik mesleği disiplininin sınırlarını çizen bir çerçeve, mesleğin temel yapı taşları, meslekte ortak bir dil oluşturarak bilgileri sistematik kullanabilmek ve metaparadigmaların hemşirelik mesleğine katkılar sağladıklarına ulaşılmıştır.

Kazanç ve Karagözoğlu (2024) hemşirelik son sınıf öğrencilerinin bakıma yönelik metaforik algılarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; öğrencilerin hemşirelik bakımı ile ilgili 58 adet metafor (aile, sanat, anne, bulmaca vb.) ürettiği ve bu metaforların kapsayıcılık, sosyallik, yol göstericilik, zorunlu görev gibi çeşitli kategoriler altında birleştirilerek 6 kategori oluşturdukları bulunmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin ürettikleri metaforlara paralel olarak hemşirelik bakımına yönelik olumlu bakış açıcı geliştirdikleri ve mesleki kimliklerini bu sayede kazandıkları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Oran ve Yurt (2024) hematoonkolojik hastalara 1 vaka yönetici hemşiresi, 1 hasta yakını ve 1 hasta ile birlikte tele hemşirelik vaka yönetimi uyguladıkları çalışmasında; hasta ile hasta yakınının; tele hemşirelik hizmeti varlığından memnuniyetleri, bu uygulama sayesinde gereksiz yere hastane ziyaretlerinin azaldığı, her zaman ulaşılabilir 7/24 hizmet sağlanmasının bireyler için güven ortamı oluşturduğu; tele hemşirelik hizmeti sayesinde hastanın ilaçlarında semptom yönetimi ve kontrolünün evde de kesintisiz devam ettiği, vaka yönetici hemşiresinin tele hemşirelik hizmeti vermeye başlamadan önce konu ile ilgili eğitim sürecinden geçtiği ve hasta yakını ile hasta tarafından görüntülü konuşma hizmetinin başlamasıyla tele hemşirelik hizmetinin geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacağı bulguları ve sonuçlarına ulaşılmıştır.

Öner ve Utkualp (2024) hemşirelik bölümünde öğrenim gören kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği dersini alıp uygulamasını tamamlayan erkek öğrencilerin mesleki algılama stilleri ve deneyimleri amacıyla yaptıkları çalışmada; öğrencilerin tamamı bu dersin uygulanmasının hastaların kadın olması nedeniyle diğer derslerden farklı olduğunu belirtmiş olup; hasta bakımında sorun yaşadıkları ve bunun nedeninin “hasta mahremiyeti” olduğu ve “hastaların erkek hemşirelerden bakım almak istememesi” nedeniyle rahatsız oldukları ve öğrencilerin dersin uygulanmasında çeşitli güçlükler yaşadıkları bu sebeple gelecekte kadın doğum servislerinde çalışmak istemedikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.

Sonuç

Nitel araştırma yöntemlerinin yapı taşlarını oluşturan deneyim, iletişim, doğallık ve bütüncül olma durumu hemşirelik mesleğinin değerleri ile uyum göstermektedir. Hemşirelik alanında bireysel bakım, kültürel bakış açısı ve etkili iletişim gibi birçok noktada katkı sağlayan nitel araştırmalara yapılacak olan çalışmalarda daha fazla yer verilmelidir. Böylece hemşirelik alanında kuram ve teori geliştirilerek hem bireylere daha kaliteli bireysel bakıp verilmesine katkı sağlanacak hem de çeşitli araştırmaların ortaya koyulmasında farklı yöntemler kullanılarak kaliteli sonuçlar elde edilecektir.

KAYNAKLAR

- Alıncak, G., Acavut, G., Soyaslan, B. D., & Zengin, H. (2022). Hemşirelerin palyatif bakım ve ölüme ilişkin görüşleri: Nitel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 69-76.
- Creswell, JW, Sözbilir, M. (2017). *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*. Ankara: Pegem Akademi.
- Çam, O., Yalçın, N., & Durmuş, H. A. (2016). Türkiye'de hemşirelikte nitel araştırmaların durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 90-96.
- Çopur Ö.E., Can, Z., Çam, H., & Karasu, F. (2020). Hemşirelik araştırmalarında nitel çalışmaların önemi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 396-401.
- Dengiz, K. S., & Hisar, F. (2023). Hemşirelik Öğrencilerinin COVID-19 Aşısı Yaptırmama Nedenlerinin Belirlenmesi: Nitel Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(2), 173-188.
- Durmuş, HA. (2016). "Türkiye'de Hemşirelikte Nitel Araştırmaların Durumu." *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32 (1), 90-96.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Esin, M. N. (Eds.). (2014). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Gökçe, E., Atıcı, M., & Arslan, S. (2021). Hemşireler ile hastalar arasındaki iletişim sorunları ve beklentiler: Nitel bir araştırma*. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 171-180.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2014). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 271.
- Kaplan, S., Gürler, M., & Var, E. Ç. (2020). Hemşirelik Erkek Öğrencilerinin Kadın Sağlığı Klinik Öğrenme Alanlarında Yaşadıkları Deneyimler: Nitel Bir Çalışma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 149-160.
- Karayurt, Ö., İşeri, Ö., & Erol, F. (2014). Karanlıktan aydınlığa canlıdan karaciğer transplantasyonu; Roy uyum modeline temellendirilmiş nitel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4), 257-264.
- Kazanç, Ş., & Karagözoğlu, Ş. (2024). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakıma Yönelik Metaforik Algıları: Nitel Analiz Çalışması. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(2).
- Korkut, S., Bayat, M., & Efe, Y. S. (2023). Hemşirelik Doktora Öğrencilerinin Hemşirelik Metaparadigmalarına İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 129-138.
- Oran, İ., & Yurt, S. (2023). Hemato-Onkolojik Hastalara Tele Hemşirelik İle Vaka Yönetimi Uygulaması: Nitel Bir Araştırma. *İstanbul Kent University Journal of Health Sciences*, 3(2), 8-19.

- Özlük, B., & Sur, H. (2017). Türkiye'de Hemşireliğin Profesyonelleşmesi Kapsamında Değerlendirilmesi ve Avrupa Birliğine Uyum Süreci: Niteliksel Bir Çalışma.
- Pour, H. A., Tipirdamaz, B., Kunter, D., Yöner, H., & Özsoy, H. (2016). Hospital-Acquired Infections in Internal-Surgical Intensive Care Unit Patients: A Retrospective Study. *Clinical Medicine Research*, 5(2-1), 6-10.
- Öner, S., & Utkualp, N. (2024). Erkek Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleği Algılama Tarzları ve Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 9(3), 357-362.
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Tosunöz, İ. K., Akbaş, M., & Öztunç, G. (2021). Hasta ve Hemşirelerin Perspektifinden İyi Hemşire: Nitel Bir Çalışma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(2), 319-330.
- Tulay, A. (2016). Çanakkalede yaşayan farklı kültürlerde lohusalık bakımının karşılaştırılması: Nitel araştırma (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Yanık, D., & Yeşilçınar, İ. (2021). COVID-19 pandemi sürecinde yaşanan sosyal izolasyonun hemşirelik öğrencileri üzerindeki etkileri: Niteliksel araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(2), 103-112.
- Yanikkerem, E., Selçuk, A. K., & Çetinkaya, A. (2021). Hemşirelik Öğrencileri Açısından İdeal Hemşirelik Eğitimi Konusunda Nitel Bir Çalışma: Gerçekteki Boşluklar ve Şoklar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 1-12.
- Yıldırım, A., ve Şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (10. baskı.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.



BÖLÜM 10

Hemşirelik Eğitiminde Yapay Zeka: Fırsatlar ve Zorluklar

Neşe Ataman Bor¹

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Hakkari Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
ORCID iD: 0000-0002-4308-9362

Giriş

Son yirmi yılda hemşirelik bilişiminde önemli başarılar elde eden yapay zeka, müfredat değişikliklerine de neden olmuştur. Yapay zeka, hemşirelik eğitiminde içerik oluşturma, değerlendirme, çevrimiçi öğrenme, müfredat oluşturma ve ders verme için kullanılmaktadır. Hemşirelik eğitimine yapay zekanın dahil edilmesi, öğrenme deneyimini kişiselleştirmiş ve öğrenme çıktılarını artırmıştır. Bununla birlikte, bu durum bazı sorunları da beraberinde getirmiştir. Ek olarak, yapay zeka araçlarının, platformlarının ve verilerinin eğitimde kullanılması etik sorunlara ve sorumluluklara neden olabilir. Sonuç olarak, hemşirelik eğitiminde yapay zeka araçlarını kullanmaya ilişkin etik standartların oluşturulması gerekmektedir. Bu bağlamda, yapay zeka araçları hemşirelik öğrencilerini hızla değişen sağlık hizmeti ortamına hazırlamak ve hemşirelik mesleğini ilerletmek için uygun yönergelere sahip olmalıdır.

1. Yapay Zeka

John McCarthy, 1956'da yapay zeka fikrini ortaya attı. Yapay zeka çalışmaları 65 yıldan fazladır devam ediyor ve çok sayıda başarı elde edildi. Yapay zeka, gelecek için kritik bir beceri olarak görülüyor ve çok çeşitli alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. İnsan yaşamı üzerinde günümüzde giderek daha derin bir etkiye sahip olmaktadır (Jiang ve ark., 2022).

Yapay zeka algoritmaları, yazılı metin, ses, görüntü ve video gibi görsel veri türlerini işlemek ve analiz etmek için tasarlanmıştır (O'Connor ve ark., 2023). Türk Dil Kurumu, yapay zekayı "bir bilgisayarın, bilgisayar kontrolündeki bir robotun veya programlanabilir bir aygıtın insana benzer biçimde algılama, öğrenme, fikir yürütme, karar verme, sorun çözme, iletişim kurma gibi işlevleri sergileyebilme yeteneği" olarak tanımlıyor. Yapay zekanın amacı, problem çözebilen, insan zekasını anlayabilen ve davranışını taklit edebilen bilgisayar sistemleri geliştirmektir (Min, 2010). Yapay zeka, eğitim, mühendislik, beyin bilimi, psikoloji, bilişsel bilim, matematik ve bilgisayar bilimi gibi çok çeşitli alanlarda kullanılmaktadır (Jiang ve ark., 2022). Yapay zeka hemşirelik gibi yüksek öğrenim ortamlarında kullanılabilir.

1.1. Hemşirelik Profesyonelleri ve Eğitimcileri İçin Rehberlik

Hemşirelik eğitiminde yapay zekanın kullanımına ilişkin pratik rehberlik kaynakları yetersizdir ancak giderek daha yaygın bir şekilde bulunabilmektedir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) yakın zamanda hemşirelik uygulamasında

AI'nın etik kullanımı hakkında şeffaflığın sağlanması, önyargının ortadan kaldırılması, sağlık eşitsizliklerinin önlenmesi ve hasta mahremiyetinin ve gizliliğinin korunması gerekliliğini vurgulayan bir görüş bildirisi yayınlamıştır.

En önemlisi, hemşireler AI'nın hemşireliğin merkezinde yer alan bakım, şefkat ve insan ilişkilerini tehlikeye atmamasını sağlamalıdır. Hemşirelik ve Yapay Zeka Liderliği (Nursing and Artificial Intelligence Leadership (NAIL) İşbirliği, hemşirelerin sağlık sistemlerinde ve hemşirelik uygulamasında AI kullanımını şekillendirmede liderlik rolleri üstlenmeleri için stratejiler geliştiren bir diğer gruptur (Glauber ve ark., 2023). NAIL tarafından özetlenen öncelikler arasında hemşirelerin ürettikleri veriler ile kullandıkları AI teknolojileri arasındaki ilişkiyi anlamalarını iyileştirmek yer almaktadır (Ronquillo ve ark., 2021). AI ve hemşirelik eğitimi ile ilgili öngörülebilir fırsatlar ve zorlukların bazı örnekleri aşağıdaki bölümde tartışılmaktadır.

2. Hemşirelik Eğitiminde Yapay Zeka

Eğitimde yapay zeka, özellikle problem çözme ve öğrenme gibi bilişsel görevleri gerçekleştiren bilgisayar sistemleriyle bağlantılıdır (Chan ve Zary, 2019). Yapay zeka, çeşitli kaynaklardan karmaşık bilgileri sentezleyerek verilerin birbirleriyle nasıl ilişkili olduğunu bulmak için büyük veri kümelerinden yararlanabilir. Bu özellik, hemşirelik eğitimi ve uygulaması üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir (Le Lagadec ve ark., 2024).

Akıllı ders sistemleri, öğretim robotları, uyarlanabilir öğrenme sistemleri, öğrenme panoları ve insan-bilgisayar etkileşimleri gibi uygulamalar artık yapay zekayı kullanıyor (Ouyang & Jiao, 2021). Yapay zeka, içerik oluşturma, ders verme, değerlendirme, çevrimiçi öğrenme ve müfredat oluşturma gibi hemşirelik eğitim ortamlarında etkin bir şekilde kullanılmaktadır (Hwang ve ark., 2024). ChatGPT, sanal gerçeklik ve simülasyon gibi yapay zeka tabanlı öğrenme teknikleri, hemşirelik eğitiminde önemli bir rol oynamaktadır (Jallad ve ark., 2024).

Yapay zeka, hem öğrenciler hem de öğretmenler için hemşirelik eğitiminde yeni fırsatlar sunarken, aynı zamanda bazı zorluklar da ortaya çıkarıyor. Eğitimciler, yapay zeka araçlarını etkin bir şekilde kullanabilmeleri için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır. Bu teknolojilerin adaptasyonu ve kullanımı öğrenciler için zor olabilir. Bu nedenle, eğitimde yapay zekanın kullanılması dikkatlice planlanmalı ve destekleyici planlarla desteklenmelidir. Bu, hemşirelik eğitiminde yapay zekanın potansiyelini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olacaktır.

2.1. Hemşirelik Eğitimini Geliştirme Fırsatları

2.1.1. Eşit öğrenme fırsatı

Son yirmi yılda hemşirelik bilişiminde önemli başarılar elde eden yapay zeka, müfredat değişikliğine neden olabilir (Buchanan ve ark., 2021). Bu gelişmeler sayesinde öğrenciler daha kişiselleştirilmiş öğrenme ve geri bildirim elde edebilirler. Bu, öğretmenlerin öğrencilerin bireysel ihtiyaçlarına göre vakaları düzenlemelerini sağlar. Bu, öğrencilerin öğrenme sürecine daha fazla katılımını, bağımsızlığını ve motivasyonunu artırmasını sağlar. Ek olarak, bu yöntem, öğrenme güçlüğü çeken öğrencilerin katılımını teşvik ederek öğrenme ortamını daha kapsayıcı hale getirir (Chen ve ark., 2020).

Yapay zeka destekli programlar ve uygulamalar, öğrencilerin yetenekleri, yetenekleri ve becerileri doğrultusunda müfredatı ve içeriği özelleştirerek öğrenme süreçlerini iyileştirir. Öğrencilere deneyimsel öğrenme fırsatları sunarak bilgi edinme ve saklama becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, yapay zeka, çevrimiçi ve web tabanlı platformlar aracılığıyla öğrencilere eşit öğrenme fırsatları sunarak uluslararası eğitim erişimi desteklemektedir (Chen ve ark., 2020).

2.1.2.Simülasyon ve Sanal Öğrenme

Simülasyon, hemşirelik eğitimi ve uygulamasının ayrılmaz bir parçasıdır. Genellikle teknik hasta bakım becerilerini, karar vermeyi ve kişilerarası ve iletişim becerilerini geliştirmek için bir öğretim yöntemi olarak kullanılır ve yaşam sonu sorunları, kritik hastalık ve kültürel duyarlılık gibi zor konuları keşfetmek için sıklıkla güvenilir (Sofer , 2018). Yapay zeka, öğrencilerin bireysel öğrenme ihtiyaçlarına göre gerçekçi ve uyarlanmış senaryolar sunarak simülasyonu aşırı yüklenme potansiyeline sahiptir. Yapay zeka ile zenginleştirilmiş simülasyonun bazı örnekleri arasında, hemşirelik öğrencileriyle mevcut yüksek doğruluklu mankenlerden daha gerçekçi bir şekilde etkileşime girebilen yapay zeka ile geliştirilmiş robotların kullanımı yer alır (Clipper ve ark., 2018). Yapay zeka ayrıca, sürükleyici sanal simülasyon deneyimleri geliştirmek için sanal gerçekliğe ve artırılmış gerçekliğe entegre ediliyor (Sitterding ve ark., 2019). Bu teknolojinin olası bir uygulaması, gerçek dünyada erişilmesi zor olan ortamları simüle etmek olacaktır. Örneğin, simülasyon senaryoları, hemşirelik öğrencilerinin geleneksel eğitim ortamlarında yeniden üretilmesi zor olabilecek becerileri uygulayabilecekleri tıbbi acil durumları içerebilir.

2.1.3.Gelişmiş Klinik Yargı Araçları

Hemşire eğitimcileri, öğrencilerin klinik yargılarının gelişimini artırmak için bir araç olarak AI'da umut vaat ettiğini düşünüyor. AI'nın bu uygulaması klinik uygulamada halihazırda kullanılıyor ve hemşirelerin AI tarafından oluşturulan tahminler ve klinik bakım önerileriyle bilgilendirilen daha zamanında ve uygun müdahaleler sağlamalarına olanak tanıyor. Örneğin, yeni AI destekli klinik karar destek araçları hızla hemşirelik teşhisleri üretiyor, hasta düşme riski tahminlerini hesaplıyor ve kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonlarını önlemek için karar ağaçları geliştiriyor. (Gartley, 2022). Hemşireler bu işlevleri AI olmadan gerçekleştirebilirken, yeni AI klinik araçları büyük miktarda veriyi hızla analiz etme ve daha doğru tahminler sağlamak için risk hesaplamalarının ayarlanmasını otomatikleştirme avantajına sahiptir. Bu yeni AI tabanlı hasta bakım destek araçlarını kullanmak üzere eğitilen öğretim görevlileri, öğrencilere bu teknolojilerin etkili ve verimli kullanımı konusunda rehberlik edebilecektir (Glauber ve ark., 2023).

2.1.4. Kişiselleştirilmiş Öğrenme

Yapay zeka, öğrenciler için bireyselleştirilmiş bir eğitmen olarak eğitimi dönüştürme potansiyeline sahiptir (Mollick ve ark., 2023). Öğrencilere bireyselleştirilmiş eğitmenlik sağlamak, hemşirelik eğitimcilerinin dersleri öğrencilerin özel öğrenme ihtiyaçlarına uyarlama kapasitesini önemli ölçüde artırabilir. Örneğin, yapay zeka eğitmenleri öğrencileri simüle edilmiş hasta görüşmelerinde yönlendirebilir veya özlü klinik dokümantasyon taslağı hazırlama veya ilaç dozlarını hesaplama gibi ödevler hakkında anında geri bildirim sağlayabilir (Sun ve Holscher, 2023).

2.2. Hemşirelik Eğitimi İçin Zorluklar

Yapay zekanın eğitime entegrasyonu, öğrenme çıktılarının iyileştirilmesi gibi önemli fırsatlar sunarken, aynı zamanda bir dizi sorun da ortaya çıkarıyor (De Gagne, 2023). Yapay zeka sistemlerinin mevcut simülasyon altyapısına entegre edilmesi, bu sorunların başında gelir. Yapay zeka teknolojilerinin yazılım ve simülasyon ekipmanlarıyla uyumlu bir şekilde çalışabilmesi için yapılacak adaptasyonlar karmaşık olabilir ve bu süreç maliyetleri artırabilir (De Gagne, 2023; Seibert ve diğerleri, 2021; Andersen ve diğerleri, 2021; Jung, 2023).

2.2.1. Teknolojiye Aşırı Bağımlılık

Sohbet tabanlı AI araçlarının yaygın olarak bulunmasıyla birlikte, hemşire eğitimcileri hemşirelik öğrencilerinin AI araçlarına aşırı güvenip eleştirel düşünme, ilişki kurma ve iletişim becerilerini ihmal edeceklerinden giderek daha fazla endişe duymaktadır. İntihal de önemli bir endişe alanıdır. ChatGPT gibi AI

araçları öğrenmeyi ve katılımı artırabilirken, metni hızla üretme yetenekleri öğrenci intihali kolaylaştırarak akademik dürüstlüğü baltalayabilir. Üniversitelerde benimsenen ön stratejilerden biri, ders müfredatında AI'nın kabul edilebilir kullanımını ana hatlarıyla belirtmek ve yasaklayıcıdan izin vericiye kadar çeşitli yaklaşımların tartışılmasıdır (Brown, 2023). Hemşire eğitimcilerinin, AI'nın sınırlamalarını keşfedip vurgularken, etiği ve orijinal düşünceyi teşvik eden şekillerde AI'yı öğrenme ortamına dahil etmek için stratejiler benimsemeleri gerekecektir.

2.2.2.AI Algoritması Önyargısı

Yapay zeka modellerindeki önyargılar, özellikle hemşireleri büyük azınlık ve yerli nüfusa sahip bölgelerde çalışmaya hazırlayan programlar için büyük bir endişe kaynağıdır. Yapay zeka, verileri değerlendirmek ve çıkarımlarda bulunmak için algoritmalar kullanır. Mevcut yapay zeka sistemleri, eğitim verilerinden devralınan ve ırk/etnik köken, sosyoekonomik statü, cinsiyet veya cinsel yönelime dayalı mevcut eşitsizlikleri artıracak önyargıları sürdürebilir, böylece sağlık bakım sistemlerindeki eşitsizlikleri derinleştirebilir ve hatta bunları daha da kötüleştirebilir (Panch ve ark., 2019).

2.2.3.Gizlilik ve Güvenlik

AI, hemşirelik eğitimcileri ve öğrencileri için çeşitli gizlilik endişeleri doğurur. Adlar, adresler ve iletişim bilgileri gibi kişisel olarak tanımlanabilir bilgiler ve sağlık bilgileri, AI araçlarıyla etkileşimler sırasında toplanabilir. Bu, hassas bilgilerin istenmeyen şekilde ifşa edilmesine veya kötüye kullanılmasına neden olabilir (Murdoch, 2021). Sonuç olarak, yapay zeka araçlarının şeffaf ve hesap verebilir olmasını sağlamak için etik ilkeler ve standartlar belirlenmelidir (De Gagne, 2023; Jung, 2023).

2.2.4.Teknik alt yapı ve Pedagojik zorluklar

Kaynakların dağıtımı ve maliyetleri de önemli sorunlardır. Yapay zeka destekli eğitimlerin uygulanması, yapay zeka araçlarının satın alınması, eğitimcilerin eğitilmesi ve teknik altyapının sürdürülmesi gibi önemli mali yatırımlar gereklidir (De Gagne, 2023; Foronda ve ark., 2020; Andersen ve ark., 2021; Liaw ve ark., 2023; Jung, 2023).

Yapay zeka ile hemşirelik eğitimi, hem teknik hem de pedagojik zorluklarla karşı karşıyadır. Etkili yapay zeka destekli simülasyonların tasarlanması ilk pedagojik zorluktur. Yüksek kaliteli yapay zeka simülasyonları oluşturmak, gerçek-

çilik, klinik doğruluk ve öğrenme çıktılarıyla uyum sağlamak için hemşirelik eğitimcileri ve yapay zeka uzmanlarının işbirliği yapmasını gerektirir (Foronda ve ark., 2020; Seibert ve ark., 2021; Jung, 2023).

Kültürel duyarlılığı öğretmek ikinci pedagojik zorluktur. Yapay zeka araçları, kültürel, etnik ve sosyoekonomik farklılıklara duyarlı olmalıdır (Gagne, 2023; Foronda ve ark., 2020; Andersen ve ark., 2021; Liaw ve ark., 2023; Jung, 2023).

2.2.5.Öğrencileri Yapay Zeka Destekli Sağlık İşyerlerine Hazırlamak

Yapay zeka, öğrencileri iş yerinde ihtiyaç duyulan yapay zeka ile ilgili becerilere hazırlamak için hemşirelik programlarına entegre edilebilir. Bu, öğrencilere araştırma için üretken yapay zeka istemlerini nasıl tasarlayacaklarını öğretmek, literatür incelemeleri yapmak veya yapay zeka klinik araçlarını nasıl kullanacaklarını uygulamak gibi çeşitli biçimler alabilir. Sınıfta ve iş yerinde yapay zeka kullanımının yaygınlaşmasıyla, öğrencilerin iş yeri ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için akademik kurumlar ve potansiyel işverenler arasında iletişimin sürdürülmesi önemli olacaktır. Eğitimde yapay zekayı incelemeye yönelik araştırma çabaları, öğrencileri geleceğin iş gücüne hazırlamak temel amacıyla küresel ölçekte gerçekleşmektedir (De Gagne, 2023). Öğrencilerin ders çalışmalarında üretken yapay zeka kullanımına ilişkin daha iyi bir anlayışa, onları en iyi uygulamalara uygun şekilde yönlendirmek için ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür bilgiler, yapay zeka kullanımıyla ilgili akademik politikaları bilgilendirmeye yardımcı olacaktır.

Yapay zeka hemşirelik eğitimini dönüştürmek için muazzam fırsatlar sunar, hala dikkate alınması ve ele alınması gereken ciddi zorluklar bulunmaktadır. Yapay zekanın sağlık sistemine ve hasta bakımına getireceği değişiklikler için hemşirelik uygulamasını en iyi şekilde konumlandırmak için, hemşire eğitimcileri yapay zekanın hemşirelik eğitimini sorumlu bir şekilde nasıl etkileyeceğini proaktif olarak incelemelidir. Hemşire eğitimcileri yapay zekanın şimdi ve gelecekte şefkatli, yetenekli ve teknolojik olarak yetenekli hemşireler yetiştirmek için bir araç olarak hizmet etmesini sağlamada önemli bir rol oynayacaktır. Glauberman ve ark., 2023)

SONUÇ

Sonuç olarak, hemşirelik eğitiminde yapay zekanın artan kullanımı, öğrencilerin bilgi, beceri ve tutum kazanmalarını sağlamak için dinamik sağlık hizmetleri ortamına hazırlanmalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Yapay zekanın hemşirelik eğitimine dahil edilmesi, öğrencilere daha kişiselleştirilmiş öğrenme deneyimleri sunarak öğrenme çıktılarını ve eğitim süreçlerini iyileştiriyor. Bununla birlikte, bu süreç bir dizi sorunla da karşı karşıyadır. Bunlar arasında teknik uyumsuzluk, veri gizliliği, maliyet ve eğitim sorunları yer almaktadır. Yapay zeka araçlarının etkili bir şekilde kullanılması için, eğitimciler ve uzmanlar arasındaki işbirliği etik olmalıdır. Bu nedenle, öğrencilerin hemşirelik eğitimi, sağlık hizmetlerinin hızla değişen dinamiklerine uyum sağlayarak mesleki yeterliliklerini artırabilir. Hemşirelik pratiğini ilerletmek için yapay zeka, dikkatli bir yaklaşım ve sürekli değerlendirme gerektirir.

KAYNAKÇA

- Andersen, B.L., Jørnø, R.L., ve Nortvig, A.M. (2021). Blending adaptive learning technology in nursing education: A scoping review. *Contemporary Educational Technology*, 14(1), ep333.doi: 10.30935/cedtech/11370
- American Nurses Association. The Ethical Use of Artificial Intelligence in Nursing Practice.; Accessed August 13, 2023.2022. https://www.nursingworld.org/~48f653/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/ana-position-statements/the-ethical-use-of-artificial-intelligencein-nursing-practice_bod-approved-12_20_22.pdf.
- Brown, J. (2023). What should a syllabus statement on AI look like. *The Institute for Learning and Teaching Colorado State University*. Published February, 23. Accessed August 11, 2024. <https://tilt.colostate.edu/what-should-a-syllabus-statement-on-ai-look-like/>
- Buchanan, C., Howitt, M.L., Wilson, R., Booth, R.G., Risling, T., veBamford, M. (2021). Predicted influences of artificial intelligence on nursing education: Scoping review. *JMIR nursing*, 4(1), e23933. doi: 10.2196/23933
- Chan, K. S., veZary, N. (2019). Applications and challenges of implementing artificial intelligence in medical education: integrative review. *JMIR medical education*, 5(1), e13930.doi:10.2196/13930
- Chen, L., Chen, P., ve Lin, Z. (2020). Artificial intelligence in education: A review. *Ieee Access*, 8, 75264-75278. doi:10.1109/ACCESS.2020.2988510
- Clipper, B., Batcheller, J., Thomaz, A. L., & Rozga, A. (2018). Artificial intelligence and robotics: a nurse leader's primer. *Nurse Leader*, 16(6), 379-384.doi:10.1016/j.mnl.2018.07.015
- De Gagne, J. C. (2023). The state of artificial intelligence in nursing education: Past, present, and future directions. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4884.
- Foronda, C.L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C.N., Henry, M.N. (2020). Virtual simulation in nursing education: a systematic review spanning 1996 to 2018. *Simul. Healthc*. 15 (1), 46–54.doi: 10.1097/SIH.0000000000000411
- Glaubergerman, G., Ito-Fujita, A., Katz, S., & Callahan, J. (2023). Artificial intelligence in nursing education: opportunities and challenges. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 82(12), 302.
- Hwang, G. J., Tang, K. Y., & Tu, Y. F. (2024). How artificial intelligence (AI) supports nursing education: profiling the roles, applications, and trends of AI in nursing education research (1993–2020). *Interactive Learning Environments*, 32(1), 373-392.doi:10.1080/10494820.2022.2086579
- Jallad, S.T., Isik, B., (2021). The effectiveness of virtual reality simulation as learning strategy in the acquisition of medical skills in nursing education: a systematic review. *Ir. J. Med. Sci*. 1971, 1– 20.doi:10.1007/s11845-021-02695-z

- Jiang Y., Li, X., Luo, H., Yin, S., ve Kaynak, O. (2022). Quovadis artificial intelligence?. *Discover Artificial Intelligence*, 2(1), 4.
- Jung S. (2023). Challenges for future directions for artificial intelligence integrated nursing simulation education. *Korean journal of women health nursing*, 29(3), 239–242. doi:10.4069/kjwhn.2023.09.06.1
- Le Lagadec, D., Jackson, D., veCleary, M. (2024). Artificialintelligence in nursing education: Prospects and pit falls. *Journal of advanced nursing*, 10.1111/jan.16276. Advance online publication.doi:10.1111/jan.16276
- Liaw, S.Y., Tan, J.Z., Lim, S., Zhou, W., Yap, J., Ratan, R., Ooi, S.L., Wong, S.J., Seah, B., Chua, W.L., (2023). Artificial intelligence in virtualrealitiesimulationforinterprofessionalcommunicationtraining: mixed method study. *Nurse Educ. Today*, 122, 105718.doi: 10.1016/j.nedt.2023.105718
- Mollick, E., & Mollick, L. (2023). Assigning AI: Seven approaches for students, with prompts. *arXiv preprint arXiv:2306.10052*. doi:10.2139/ssrn.4475995
- Murdoch, B. (2021). Privacy and artificial intelligence: challenges for protecting health information in a new era. *BMC Medical Ethics*, 22, 1-5. doi:10.1186/s12910-021-00687-3
- Ouyang, F., veJiao, P. (2021). Artificial intelligence in education: The three paradigms. *Computers and Education: Artificial Intelligence*, 2, 100020.doi:10.1016/j.caei.2021.100020
- Panch, T., Mattie, H., & Celi, L. A. (2019). The “inconvenient truth” about AI in health-care. *NPJ digital medicine*, 2(1), 1-3. doi:10.1038/s41746-019-0155-4
- Ronquillo, C. E., Peltonen, L. M., Pruinelli, L., Chu, C. H., Bakken, S., Beduschi, A., ... & Topaz, M. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of advanced nursing*, 77(9), 3707-3717. doi:10.1111/jan.14855
- Seibert, K., Domhoff, D., Bruch, D., Schulte-Althoff, M., Fürstenau, D., Biessmann, F., ve Wolf-Ostermann, K. (2021). Application scenarios for artificial intelligence in nursing care: rapid review. *Journal of medical Internet research*, 23(11), e26522.doi:10.2196/26522
- Sofer, D. (2018). The value of simulation in nursing education. *AJN The American Journal of Nursing*, 118(4), 17-18. doi:10.1097/01.NAJ.0000532063.79102.19
- Sun, G. H., & Hoelscher, S. H. (2023). The ChatGPT storm and what faculty can do. *Nurse Educator*, 48(3), 119-124. doi:10.1097/NNE.0000000000001390
- Sitterding, M. C., Raab, D. L., Saupe, J. L., & Israel, K. J. (2019). Using artificial intelligence and gaming to improve new nurse transition. *Nurse Leader*, 17(2), 125-130. doi:10.1016/j.mnl.2018.12.013



BÖLÜM 11

Yaşlılarda Kırılgnalık ve Hemşirelik Yaklaşımı

Deniz Ezgi Bitek¹ & Filiz Dilek²

¹Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı, ORCID: 0000-0002-9006-1186

² Dr. Öğr. Üyesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı, ORCID: 0000-0002-0245-0713

GİRİŞ

Dünya genelinde yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfusun sayısı artmakta ve bu durum yaşlılara özgü sorunların daha sık görülmesine neden olmaktadır. Özellikle çok ileri yaştaki bireylerin sayısındaki artış, kırılğanlık kavramını gündeme getirmektedir (Düzgün, Üstündağ & Karadakovan, 2021). Kırılğanlık sendromu, 75 yaş ve üzerindeki bireylerin %20-30'unda görülürken, 85 yaş ve üzeridekilerde bu oran %30-45'e kadar yükselmekte ve yaş ilerledikçe daha yaygın hale gelmektedir (Kapucu ve Ünver, 2017). Kırılğanlık, yaşa bağlı olarak birçok fizyolojik sistemde meydana gelen gerilemenin bir sonucu olarak gelişir ve bu durum, küçük stres etkenlerinin tetiklediği ani sağlık durum değişikliklerine karşı savunmasızlığı artırır (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013). Yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını sürdürebilmeleri ve yaşam kalitelerinin artması için kırılğanlık sürecinin kontrol altında tutulması önemlidir. Bunun için de kırılğanlığın erken dönemde tespit edilmesi, evresinin belirlenmesi ve tedavi sürecinin planlanması gerekmektedir (Kapucu ve Ünver, 2017).

KIRILGANLIK KAVRAMI

Dünya genelinde yaşlanan nüfusun artmasıyla birlikte kırılğanlık giderek daha önemli bir sorun haline gelmektedir çünkü ileri yaşla ilişkilidir (Gobbens & Uchmanowicz, 2023). Sistematik bir inceleme, kırılğanlık prevalansının toplum içinde yaşayan 80 ila 84 yaş arası kişilerde %15,7 ve 85 yaş ve üzeri kişilerde %26,1 olduğunu göstermiştir (Collard, Boter, Schoevers & Oude 2012).

Kırılğanlık, yaşlı bireylerde tipik olarak gözlemlenen, birçok fizyolojik sistemin işlevinde veya rezervlerinde kademeli ve artan bir kayıpla karakterize olan bir fiziksel durumdur. Kırılğanlık, birden fazla sistem ve organı içeren genel bir gerilemenin sonucu olarak stres faktörlerine karşı düşük direnç ve yanıt ile karakterize biyolojik bir durum olarak kabul edilebilir. Kırılğanlığın klinik belirtileri şunlardır: vücut ağırlığı kaybı, sarkopeni, osteoporoz, azalan fiziksel aktivite, azalan denge ve yürüme hızı, azalan bilişsel işlev ve değişen beslenme durumu. Dolayısıyla kırılğanlık, günlük yaşam aktivitelerinin azalması, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, düşmeler, sınırlı fiziksel mobilite açısından yüksek bir risk oluşturur ve hastaneye yatış ve ölüm riskini artırır (Greco, Pietschmann & Migliaccio, 2019).

Kırılğanlığın gelişim sürecinde üç farklı aşama tanımlanmıştır: “kırılğanlık öncesi süreç, kırılğanlık durumu ve kırılğanlık komplikasyonları”. Kırılğanlık öncesi aşama, fizyolojik rezervlerde kademeli bir azalma olarak tanımlanır; bu aşamada birey, bir yaralanma veya stresöre yeterli yanıt verebilmek için hala yeterli

rezervlere sahiptir, bu da sessiz klinik semptomlara yol açar. Kırılganlık aşamasında, fizyolojik rezervler işlevsel eşik seviyesinin altına düşer ve stresörlere veya yaralanmalara yetersiz yanıt verilmesine, bunun sonucunda ise bozulmuş ve/veya eksik iyileşmeye neden olur. Son aşama olan kırılganlık komplikasyonları, işlevsellikte ciddi düşüşlere yol açarak engellilik, enfeksiyon, çoklu ilaç kullanımı, artan hastaneye yatış, kurumsallaşma ve ölüme neden olur (Daniel, Jennifer & Todd, 2018).

PATOFİZYOLOJİ

Kırılganlık, birbiriyle ilişkili çeşitli fizyolojik sistemlerin bir bozukluğudur. Yaşlanmayla birlikte fizyolojik rezervde kademeli bir azalma meydana gelir, ancak kırılganlıkta bu azalma hızlanır ve homeostatik mekanizmalar başarısız olmaya başlar. Kırılganlık aynı zamanda solunum, kardiyovasküler, renal ve hemopoetik ve pıhtılaşma sistemlerindeki fizyolojik rezerv kaybıyla ilişkilendirilmiştir ve beslenme durumu da aracı bir faktör olabilir (Clegg vd., 2013).

Bağırsıklık, endokrin ve enerji sistemlerindeki bozukluklar, kırılganlığın gelişimi açısından önem taşır. Bu bozuklukların temelinde ise moleküler değişiklikler ile yaşlanma, genetik faktörler ve hastalık durumları yer alır. Yaşa bağlı olarak iskelet kas kütlesi ve fonksiyonunda azalma şeklinde tanımlanan sarkopeni, kırılganlığın fiziksel bileşenleri arasında kilit bir rol oynar. Yaşlanma süreciyle birlikte iskelet kas kütlesi ve fonksiyonundaki azalma, inflamatuvar yollardaki değişiklikler ve inflamatuvar sitokin düzeylerindeki artış ile ilişkilidir (Akın ve Özer, 2018).

KIRILGANLIK RİSK FAKTÖRLERİ

Kırılganlık, yaşam boyunca bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki etkileşimden kaynaklanan, artan bir savunmasızlık durumuna yol açan çok boyutlu bir sendromdur. Bu sendromun yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve olumsuz olaylar nedeniyle sağlık hizmeti harcamalarındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, halk sağlığı sorunu olarak kabul edilebilir. Bu nedenle, prevalansını ve ilişkili faktörlerini araştırmak gereklidir. Bu tür bir analiz, erken tespit ve uygun müdahalelerin uygulanması için gerekli olup daha fazla yaşlının zayıflaması önlenmesi ve kırılğan durumda olanların sağlık durumlarının iyileştirilmesi açısından oldukça önemlidir (Santos-Orlandi vd., 2017).

Kırılganlık sendromu, çok faktörlü ve dinamik bir süreç olup, birçok farklı etkene bağlı olarak şekillenir. Fiziksel performansta meydana gelen kayıpların yanı sıra, sosyodemografik özellikler, çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı unsurları da kırılganlık durumunu doğrudan

etkiler (Coelho, Paúl, Gobbens & Fernandes, 2015). Kırılğanlığın gelişimi ve ilerlemesiyle doğrudan ilişkili olan çeşitli risk faktörleri mevcuttur (Tablo 1).

Tablo 1. Kırılğanlık riskini arttıran faktörler

- İleri yaş
- Kadın cinsiyet
- Düşük eğitim seviyesi
- Sigara ve alkol kullanımı
- Komorbitite
- Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması
- Fiziksel hareketsizlik
- Yetersiz beslenme
- Sarkopeni
- Sosyal izolasyon ve yalnızlık
- Polifarmasi
- Depresyon
- Bilişsel sorunlar
- Stres
- Entelektüel kapasitenin azalması

(Akın ve Özer, 2018; Coelho vd., 2015; Daniel vd., 2018; Kalyoncuo, 2023; Ng, Feng, Nyunt, Larbi & Yap, 2014; Wleklik vd., 2020; Sarı ve Durna, 2022)

KIRILGANLIĞIN BELİRTİ VE BULGULARI

Kırılğan yaşlılarda sıklıkla kilo kaybı, halsizlik, hareketlerde azalma, hareket-sizlik, iştahsızlık ve genel düşkünlük gibi sorunlar gözlemlenir. Bu problemlere ek olarak sarkopeni, osteopeni, denge ve yürüme bozuklukları ile beslenme yetersizliği veya malnütrisyon gibi durumlar da birlikte görülebilir. Sarkopeni, malnütrisyon ve çeşitli komorbiditeler (örneğin, endokrin, bağışıklık, kardiyovasküler, kas-iskelet, sinir sistemi hastalıkları, maligniteler veya enfeksiyonlar) kırılğanlık sendromunun belirgin klinik göstergeleridir (Kapucu ve Ünver, 2017). Kırılğanlık, fizyolojik yetersizlik ve dinamik homeostazın kaybı sonucu, artan morbidite ve mortalite riskiyle kendini gösteren bir sendromdur. Genellikle stres faktörlerine karşı yetersiz bir yanıtla ortaya çıkar ve bu durum, fonksiyonel düşüş ve ciddi sağlık sorunlarına neden olur (Kalyoncuo, 2023).

Klinik Özellikler

- Postür ve denge bozuklukları
- Hareketlerde ve reflekslerde yavaşlama,
- Kas gücü ve esnekliğinde azalma,
- İştahsızlık,
- Kilo kaybı,
- Yorgun, bitkin bir görünüm,
- Düşünce sürecinde azalma,
- Yeni bilgileri unutma,
- Görme ve işitme duyularında zayıflama (Beğer, 2006).

KIRILGANLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Karmaşık ve çok boyutlu klinik bir durum olması nedeni ile kırılgnlık sakatlık ve mortalite gibi kötü klinik sonuçlar ile ilişkili olduğu bilinen önemli bir geriatric sendromdur (Kalyoncu, 2023). Bu nedenle; Ulusal Sağlık ve Bakım Mü-kemmeliyeti Enstitüsü (NICE) yönergeleri, çoklu hastalığa sahip olan yaşlı bireylerde sağlık bakım ve yönetimde kırılgnlığın dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Lujic, Randall, Simpson, Falster & Jorm, 2022). Multidisipliner ekip yaklaşımını gerektiren kırılgnlık sendromunun tanımlanması, erken tespit edilmesi, yaşlı bireylerde kırıkların önlenmesi bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir (Özşaker, 2023). Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nda (International Classification of Disease) “Kırılgnlık” terimine karşıl-yan kodlama yer almamasına rağmen kırılgnlığın teşhis edilebilmesi amacı ile alanda kullanılabilecek birden fazla ölçek yer almaktadır (Bozkurt ve Yıldırım, 2023; Ceylan vd., 2024; Elbi ve Özyurt, 2021; Strandberg, Pitkala & Tilvis, 2011). 70 yaş üzerinde, kronik hastalığı veya istem dışı ve önemli ölçüde kilo kaybı olan ($\geq$ %5) tüm bireylerde kapsamlı geriatric değerlendirme yapılması ve tarama araçları kullanılarak kırılgnlığın değerlendirilmesi önerilmektedir (Kapucu ve Ünver, 2017; Özşaker, 2023). Günümüzde altın standart değerinde tanım/tanı kriteri olmamasına rağmen kırılgnlığın tespitinde kullanılan kırılgnlık ölçekleri aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

Fried Kırılgnlık Fenotipi [Fried Frailty Phenotype (FFP)]: 1991 yılında Fried ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve aynı zamanda Cardiovascular He-

alth Study – CHS indeksi olarakta bilinen değerlendirme aracı 5 temel alanı (yaşlılık, zayıflık, düşük fiziksel aktivite, bitkinlik ve kilo kaybı) içermektedir. Puanlama 0-5 arasında (“0” sağlam; “1-2” kırılabilirlik öncesi ve “3-5”) arasındadır. 2021 yılında Doğan Varan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Bozkurt ve Yıldırım, 2023; Fried vd., 1991; Varan vd., 2021).

Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği (Edmonton Frail Scale-EFS): 2006 yılında Rolfson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek yaşlı bireylerde kognitif durum, genel sağlık durumu, fonksiyonel bağımsızlık, fonksiyonel performans, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme ve ruh halini değerlendiren soruları içermektedir. Ölçek 0-20 puan arasında (0-4 kırılabilir değil; 5-6 görünürde savunmasız, 7-8 hafif kırılabilir, 9-10 orta kırılabilir ve 11 puan ve üzeri şiddetli kırılabilir) değerlendirilmektedir. 2022 yılında Ceylan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ceylan vd., 2024; Rolfson, Majumdar, Tsuyuki, Tahir & Rockwood, 2006).

Klinik Kırılabilirlik Ölçeği: Kanada Sağlık ve Yaşlanma Çalışması kapsamında geliştirilen 20 sorudan oluşan ölçekte hastaların günlük aktivitelerinin bağımlılığı değerlendirilmektedir. Ölçek “çok zinde” ile “terminal hastalık” arasında değişmekte ve 9 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Skorun 5 puan ve üzerinde olması kırılabilir olarak kabul edilmektedir. 2020 yılında Özsürekcı ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Çavuşoğlu, 2022; Özsürekcı vd., 2020).

Tilburg Kırılabilirlik Ölçeği: 2010 yılında Gobbens ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek yaşlıların fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarını ele alarak, yaşlı bireylerin kırılabilirlik durumunu saptamayı amaçlamaktadır. İki bölümden oluşan ölçeğin ilk bölümünde 10 soru (kırılabilirliği belirleyen sosyodemografik faktörler ile ilgili) ikinci bölümünde ise 15 soru (kırılabilirliğin bileşeni olan fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlara ilişkin sorular) yer almaktadır. 0-15 arası puanlanan ölçekte 5 veya üzeri kırılabilirlik olarak kabul edilmektedir. 2018 yılında Arslan ve arkadaşları 2019 yılında da Topçu ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Arslan, Koç & Sözen, 2018; Gobbens, van Assen, Luijckx, Wijnen-Sponselee & Schols 2010; Topcu, Tufan & Kilic, 2019).

FRAIL Ölçeği [FRAIL Scale]: 2012 yılında Morley ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek beş maddeden (yorgunluk, direnç, dolaşma, hastalık ve kilo kaybı) oluşmaktadır. Ölçekte puanlamasında hastalar verdikleri cevaba göre her maddeden 0 veya 1 puan almaktadırlar. Ölçeğin değerlendirilmesinde; 0 puan

non-frail, 1-2 puan pre-frail ve 2 puan ve üzeri puan alan hastalar frail olarak değerlendirilmektedir. 2017 Hymabaccus Muradi tarafından uzmanlık tezi olarak Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Muradi, 2017; Morley, Malmstrom & Miller, 2012).

Groningen Kırılabilirlik Ölçeği: 15 maddeden oluşan ölçek fiziksel, bilişsel, sosyal ve psikolojik bileşenleri içeren yaygın olarak kullanılan bir kırılabilirlik ölçeğidir. 4 puan ve üzeri puan alan kişiler kırılabilir olarak kabul edilmektedir (Dent, Kowal & Hoogendijk, 2016; Elbi ve Özyurt, 2021; Steverink, Slaets, Schuurmans & Van Lis, 2001).

KIRILGANLIĞIN TEDAVİ VE BAKIMI

Yaşlı bireylerde; yaşlanma sürecine bağlı oluşan sorunların ve var olan hastalıklarının önlenmesi ile birlikte kırılabilirliği önleyecek girişimlerde bulunulması özel bir tedavisi bulunmayan kırılabilirlik durumunun bakımı ve tedavisi için elzemdir. Kırılabilirlik durumunun değerlendirilmesi, önlenmesi ve bireylerde gelişen kırılabilirliğin yavaşlatılmasında sosyoekonomik, biyolojik ve çevresel sorunların değerlendirilmesiyle beraber kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılması önerilmektedir (Kalyoncuo, 2023). Kırılabilirlik düzeyinin iyileştirilmesinde sağlık bakım girişimleri arasında; fiziksel aktivite ve egzersiz, nütrisyonel destek, D vitamin takviyesi ve polifarmasinin azaltılması girişimleri yer almaktadır (Doğan ve Canbolat, 2023; Kalyoncuo, 2023; Özşaker, 2023).

Fiziksel aktivite ve egzersiz: Bireylerde kas gücünü ve fiziksel işlevselliği arttırmaya yönelik planlanan aerobik ve direnç egzersizlerinin birlikte yapılması aynı zamanda yaşlı bireyde depresyon ve düşme korkusunu azaltmada önemli bir etkiye sahiptir. Egzersizin immün sistem, hareket sistemi, kardiyovasküler sistem, endokrin sistem ve sinir sistemi üzerinde olumlu fizyolojik etkileri bulunmakla birlikte egzersiz fonksiyonel durum, genel iyilik hali ve kemik mineral yoğunluğunda artmaya neden olmaktadır (Kalyoncuo, 2023; Kapucu ve Ünver, 2017; Özşaker, 2023).

Nütrisyonel destek: Kırılabilir hastaların %50'sinde yüksek malnütrisyon riski ve malnütrisyonlu hastaların ise %90'ında kırılabilirlik riski bulunmaktadır (Bollwein vd., 2013). Kırılabilirlik yönetiminde; kilo kayıplarını önlemeye yönelik olarak protein ve kalori takviyesi beslenme yetersizliği olan yaşlı bireylerde kilo alımını sağlayarak komplikasyonları azaltacaktır. D vitamini takviyesi bireylerde kas gücünü korunması ve kırılabilirliğin önlenmesi açısından önemlidir. Hekim tarafından gerekli durumlarda uygulanan D vitamini takviyesi yaşlı bireylerde düşme, kalça kırıkları ve mortaliteyi azaltmaktadır (Doğan ve Canbolat, 2023; Kalyoncuo, 2023; Özşaker, 2023).

Polifarmasinin azaltılması: Yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalığın varlığı çoklu ilaç kullanımını beraberinde getirmektedir. Gereğinden fazla ilaç kullanımı ilaç-ilâç etkileşimleri, ilaç yan etkileri sonucu düşme, kognitif işlevlerde bozulma, kilo kaybı, kalça fraktürü, malnütriyona neden olabileceğinden bireylerde kırılabilirliğe katkı sağlamaktadır. Polifarmasinin önlenmesi; düşmelerin, hastaneye yatışlarının azaltılması ve mortalitenin azaltılması için desteklenmektedir (Doğan ve Canbolat, 2023; Özşaker, 2023).

KIRILGANLIK VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren kırılabilirliğin önlenmesi, erken tespiti ve tedavisinde toplum temelli müdahaleler önemli yer almaktadır. Yaşlı bireylere kişileştirilmiş egzersiz planının oluşturulması, yeterli ve dengeli beslenme listelerinin hazırlanması, öz-bakım uygulamalarında desteklenmesinde hemşireler, bireylere bütüncül bakım hizmeti sunar iken multidisipliner bir ekip içerisinde kırılabilir bireyin tedavi planını sürdürmelidir. Hemşirelik bakımı sadece kırılabilir bireyi kapsamamalı ailesi ve birlikte yaşadığı kişileri de kapsamalıdır. Ülkemizde yaşlı nüfusunun hızla artmaktadır. Sağlık çalışanları; kırılabilirlik tanıma, önleme ve azaltma yeteneğini artırmaya yönelik olarak hizmet içi eğitimler ile desteklenmelidir (Kalyoncu, 2023; Uchmanowicz, Jankowska-Polan' ska, Wleklík, Lisiak , Gobbens, 2018).

KAYNAKÇA

- Akın S, Özer Fırat F. 2018. Yaşlılık sorunları ve hemşirelik bakımı. In: Aras S. editör. Yaşlıda sık görülen durumlar-1 Geriatrik sendromlar. Hedef CS Basın Yayın, Ankara, Türkiye, ss. 58-64.
- Arslan, M., Koç, E.M., & Sözmen, M.K. (2018).The Turkish adaptation of the Tilburg Frailty Indicator: A validity and reliability study. *Turk Geriatr Derg.* 21(2):173–83.
- Beğler, T. (2006). Kırılgan yaşlı. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.*, 52, 18-22.
- Bollwein, J., Volkert, D., Diekmann, R., Kaiser, M.J., Uter, W., Vidal, K., Sieber, C.C. & Bauer, J.M. (2013). Nutritional Status According to The Mini Nutritional Assessment (MNA(R)) and Frailty In Community Dwelling Older Persons: A Close Relationship. *J Nutr Health Aging*,17(4), 351-6.
- Bozkurt, C., & Yıldırım, Y. (2023). Kırılganlık Sendromu ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile İlişkisi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8(2), 567-574.
- Ceylan, S., Güner, M., Baş, A. O., Doğu, B. B., Halil, M. G., Cankurtaran, M., & Balcı, C. (2024). Validation and Reliability of Edmonton Frail Scale In Community-Dwelling Older Adults in Türkiye. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 10(2), 344-350.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet (London, England)*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Coelho, T., Paúl, C., Gobbens, R. J., & Fernandes, L. (2015). Determinants of frailty: the added value of assessing medication. *Frontiers in aging neuroscience*, 7, 56. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00056>
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
- Çavuşoğlu, Ç. (2022). TIME kriterleri ile belirlenen uygunsuz ilaç kullanımı ve kırılganlık arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*, 47(3), 1281-1289.
- Daniel, A. J., Jennifer, K. H., & Todd, C. (2018). Clinical definition and pathophysiology of frailty: A brief review. *Sch J Psychol Behav Sci*, 1(4), 2018. <https://doi.org/10.32474/SJPBS.2018.01.000119>
- Dent, E., Kowal, P., & Hoogendijk, E.O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med.* European Federation of Internal Medicine,31:3–1
- Doğan A.B., & Canbolat, Ö. (2023). Yaşlılarda Kırılganlığın Önlenmesi ve Yönetiminde Kanıtı Dayalı Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(3), 501-507.

- Düzgün, G., Üstündağ, S., & Karadakovan, A. (2021). Assessment of frailty in the elderly. *Florence Nightingale J Nurs*, 29(1), 2-8.
- Elbi,H., & Özyurt, B.C. (2021). 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Kırılğanlığın Prevalansı ve Kırılğanlığı Etkileyen Faktörler. *Smyrna Tıp Dergisi*
- Fried, L.P., Borhani, N.O., Enright, P., Furberg, C.D., Gardin, J.M., Kronmal, R.A. ve ark.(1991). The Cardiovascular Health Study: design and rationale. *Ann Epidemiol*, 1(3):263-76.
- Gobbens, R. J. J., & Uchmanowicz, I. (2023). Frailty Viewed From a Nursing Perspective. *SAGE open nursing*, 9, 23779608221150598. <https://doi.org/10.1177/23779608221150598>
- Gobbens, R.J.J., van Assen. M.A.L.M., Luijkx. K.G., Wijnen-Sponselee. M.T., & Schols, J.M.G.A.(2010). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*, 11(5):344–55.
- Greco, E. A., Pietschmann, P., & Migliaccio, S. (2019). Osteoporosis and Sarcopenia Increase Frailty Syndrome in the Elderly. *Frontiers in endocrinology*, 10, 255. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00255>
- Kalyoncuo, S. (2023). Yaşlılarda geriatrik sendromlardan biri olan kırılğanlık ve hemşirelik bakımı. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(3), 520-526.
- Kapucu, S., & Ünver, G. (2017). Kırılğan yaşlı ve hemşirelik Bakımı/Fragile elderly and nursing care. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 122-129.
- Lujic, S., Randall, D. A., Simpson, J. M., Falster, M. O., & Jorm, L. R. (2022). Interaction effects of multimorbidity and frailty on adverse health outcomes in elderly hospitalised patients. *Scientific Reports*, 12(1).
- Morley, J.E., Malmstrom, T.K., & Miller, D.K.(2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*,16(7):601-8.
- Muradi, BABH. Yaşlılarda kırılğanlığı ölçmeye yönelik FRAİL ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. [Uzmanlık tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2017. Erişim tarihi: 15.12.2024 Erişim linki: <https://openaccess.hacettepe.edu.tr/bitstream/handle/11655/4102/TEZSONPDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S., Larbi, A., & Yap, K. B. (2014). Frailty in older persons: multisystem risk factors and the Frailty Risk Index (FRI). *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 635–642. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.008>
- Özsürekcı ,C., Balcı. C., Kızırlarşlanoğlu, M.C., Çalışkan, H., Doğrul, R.T., Ayçiçek, G.Ş., ve ark. (2020). An important problem in an aging country: identifying the frailty via 9 point clinical frailty scale. *Acta Clin Belg*. 75:200-4

- Özşaker, E. (2023). Yaşlı Cerrahi Hastaları ve Kırılganlık Sendromu. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(1), 49-62.
- Rolfson, D.B., Majumdar, S.R., Tsuyuki, R.T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*, 35(5):526-9
- Santos-Orlandi, A. A. D., Brito, T. R. P., Ottaviani, A. C., Rossetti, E. S., Zazzetta, M. S., & Pavarini, S. C. I. (2017). Elderly who take care of elderly: a study on the Frailty Syndrome. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(4), 822–829. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0474>
- Sarı, M. K., & Durna, Z. (2022). Geriatrik Sendromlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(1), 39-46.
- Steverink, N., Slaets, J., Schuurmans, H., & Van Lis, M.(2001). Measuring frailty: Developing and testing the GFI (Groningen Frailty Indicator). *Gerontologist*, 41:236-7.
- Strandberg, T. E., Pitkala, K. H., & Tilvis, R.S. (2011). Frailty in Older People. *European Geriatric Medicine*, 2(6): 344–355.
- Topcu, Y., Tufan, F., & Kilic, C. (2019). Turkish version of the Tilburg Frailty Indicator. *Clinical interventions in aging*, 14, 615–620. <https://doi.org/10.2147/CIA.S197512>
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polan' ska, B., Wleklik, M., Lisiak, M., & Gobbens, R. (2018). Frailty syndrome: Nursing interventions. *SAGE Open Nurs*, 15(4): 2377960818759449.
- Varan, H.D., Deniz, O., Çöteli, S., Doğrul, R.T., Kızırlarslanoglu, M.C., & Göker, B. (2021). Validity and reliability of Fried frailty phenotype in Turkish population. *Turkish J Med Sci*. 1-16.
- Wleklik, M., Uchmanowicz, I., Jankowska, E. A., Vitale, C., Lisiak, M., Drozd, M., Pobrotyn, P., Tkaczyszyn, M., & Lee, C. (2020). Multidimensional Approach to Frailty. *Frontiers in psychology*, 11, 564. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00564>



BÖLÜM 12

The Efficacy of Training and Progressive Muscle Relaxation Exercises on Symptom Management and Quality of Life Among Menopausal Women: A Semi Experimental Study

Gülşen Ak Sözer¹ & Emel Ege²

¹Öğretim Görevlisi Dr., Department of Maternity and Gynaecological Nursing, Faculty of Nursing, Akdeniz University, Antalya, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-8300-6269>

² Prof. Dr., Department of Maternity and Gynaecological Nursing, Faculty of Nursing, Nejmettin Erbakan University, Konya, Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-5640-5563>

Introduction

Menopause is sometimes called "the change of life", as it marks the end of a woman's reproductive life. The term "menopause" refers to the last or final menstrual cycle a woman experiences (Australasian Menopause Society, 2024; North American Menopause Society, 2024). The presence of symptoms is not affected by the cause of menopause, and the process is unique to every woman. Most women experience menstrual cycle disorders, vasomotor symptoms, and emotional symptoms in the premenopausal period. Additional health problems, such as genital atrophy, cardiovascular diseases, musculoskeletal disorders, and osteoporosis, are common in the postmenopausal period (Agarwal et al., 2019; Royal College of Nursing, 2024). Menopause is a condition that significantly affects a woman's body and central nervous system, causing physical and psychological imbalance. A history of increased vasomotor symptoms, psychological stressors, and poor overall health are among the risk factors for emotional variations (Dalal & Agarwal, 2015; Tamaria et al., 2013). It has been observed that while women in the menopausal transition period experience severe menopausal symptoms, those in the postmenopausal period experience more psychological, physical, and vasomotor symptoms than women in menopausal transition, resulting in a decrease in quality of life (Ali et al., 2020; Ibrahim et al., 2020; Kalhan et al., 2020). During the menopausal period, there are certain changes in women's perceptions of their well-being. Quality of life is negatively affected by the severity of menopausal symptoms (Duman & Timur Taşhan, 2018; Ghattas et al., 2019; Karmakar et al., 2017). For this reason, women adopt various practices, such as herbal products, mind-body-based exercises, medical approaches, education, and psychological support, to cope with menopausal symptoms and improve their quality of life (Johnson et al., 2019; Kannur & Itagi, 2019; Taebi et al., 2018).

With menopause management training on menopause symptoms, women's awareness about menopause improves. Women seek health care regarding their symptoms. If women are given adequate and appropriate education, they can better manage menopausal symptoms (Özdemir & Pasinlioglu, 2009; Forouhari et al., 2010; Aksu & Erenel, 2022). In a limited number of studies, it is stated that there is a significant decrease in menopause symptoms with menopause management training (Özdemir & Pasinlioglu, 2009; Forouhari et al., 2010; Duman & Timur Taşhan, 2018).

Progressive muscle relaxation (PMR) is one of the methods used for alleviating menopause symptoms. These exercises, one of the mind-body-based interventions, are a technique that stimulates muscle-nerve relaxation. These

exercises involve deliberate contraction and relaxation of large muscle groups in the human body. They start with one muscle group, and another muscle group is contracted and relaxed following the relaxation of the first muscle group. This process continues until all muscles are relaxed. In this case, stretching and loosening the affected muscles provides relaxation (Batra & Shiju, 2019; Gangadharan & Madani, 2018; Toussaint et al., 2021). These simple, noninvasive, and cost-effective exercises can promote quality of life without any adverse effects (Bommareddi & Valsaraj, 2014). They may improve some menopausal symptoms and reduce their frequency (Innes et al., 2010; Johnson et al., 2019). Symptom management is regarded as very successful in the study groups that use PMR (Duman & Timur Taşhan, 2018; Hassan et al., 2017; Jokar et al., 2016). Previous studies have demonstrated that relaxation exercises improve women's sleep (Duman & Timur Taşhan, 2018; Jokar et al., 2016) and anxiety levels (Özdemir & Pasinlioglu, 2009; Essa et al., 2017) while increasing their overall quality of life. In addition, relaxation techniques effectively lower blood pressure in postmenopausal women (Hassan et al., 2017).

Özdemir & Pasinlioglu (2009) and Essa et al. (2017) found that progressive muscle relaxation exercises reduced the anxiety of women who underwent hysterectomy. Jokar et al. (2016) found that valerian consumption and relaxation training decreased sleep disturbance and improved quality of life in menopausal women. Duman & Timur Taşhan (2018) reported that sleep hygiene education and relaxation exercises reduced insomnia problems in postmenopausal women. Women's educational and care needs increase during the perimenopausal and postmenopausal periods. By providing them with professional care, education, and counselling, nurses who specialize in women's health can assist women in managing menopausal symptoms. However, no studies have examined the efficiency of menopause management training and PMR in relieving all menopausal symptoms and improving the overall quality of life. Previous studies have only addressed a limited range of menopausal symptoms and problems. This study contributes to the literature by analysing the effects of menopause management training and PMR on relieving menopausal symptoms and improving the quality of life of women. The study aimed to examine the efficacy of menopause management training and PMR interventions on symptom management and quality of life among menopausal women.

The research hypotheses

H₁: There is a difference between the Menopause Rating Scale (MRS) scores of the group that received menopause management training and PMR and the group that did not.

H₁: There is a difference between the Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) scores of the group that received menopause management training and PMR in the menopausal period and the group that did not.

Material and Methods

Study design

This semiexperimental study included single-blind and nonrandomized experimental and control groups. We registered the study with ClinicalTrials.gov and used the TREND checklist for reporting.

Participants

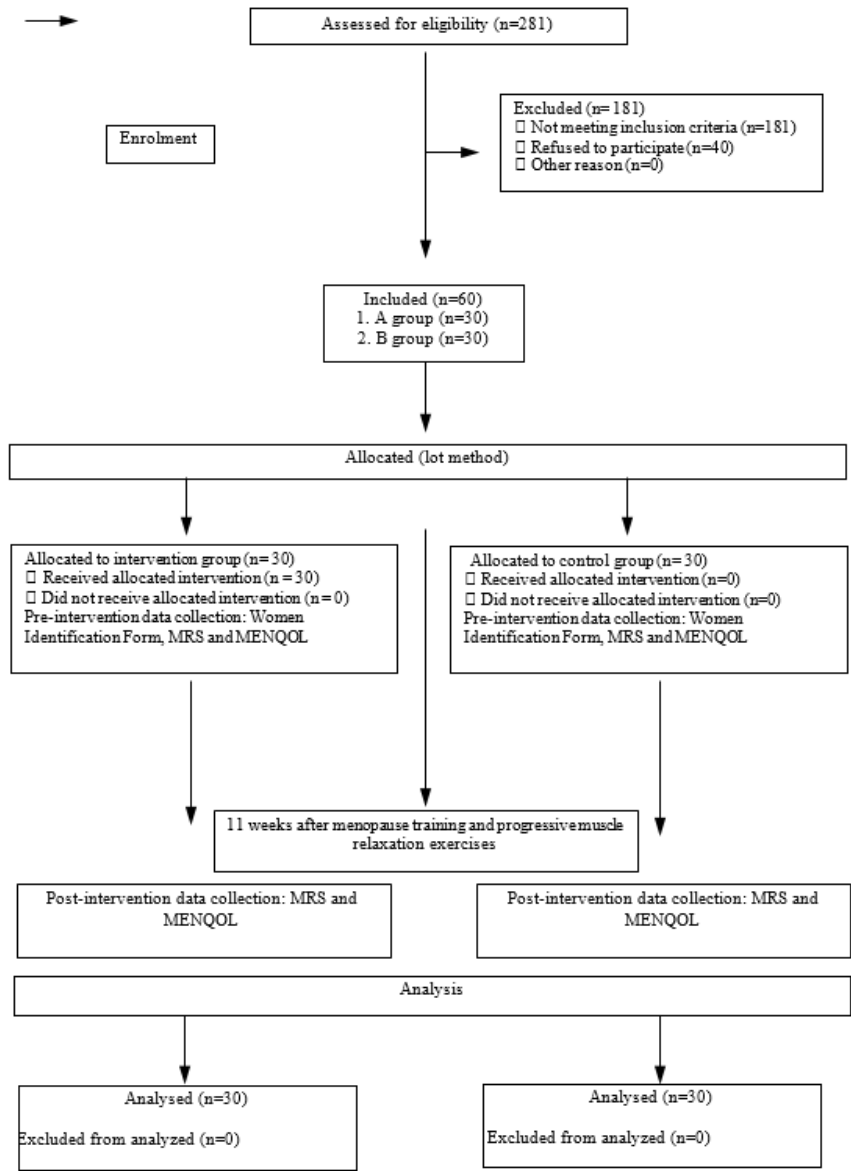
During the design phase of the study, we used Özdemir and Uysal's (2019) study as a reference to establish the sample size and power of the study. Accordingly, 48 women were necessary to achieve an effect size of 0.84, a margin of error of 0.05, and power of 80%, as determined using the G*Power 3.1 program. The study, however, was conducted with 60 women. In the study, according to the difference in the MENQOL total score average of the two groups at the last measurement, the effect size of the difference between the groups was 2.36 (at the large/strong effect level), the quality of life of the intervention group was good, post hoc power was determined as 1.00 (100%) and the number of samples was found to be sufficient.

Female participants from two training facility locations in Turkey were recruited between November 15, 2018, and May 19, 2019. We asked women training at a course center of a civil society organization and female students enrolled in a 60+ regeneration university to consider volunteering for this study. The study sample consisted of 60 women who met the sampling criteria. Women who fulfilled the following criteria for inclusion were asked to take part. The inclusion criteria were as follows: an MRS score of 15 or above, aged 40–65 years, at least a primary school graduate education, self-reported menopause symptoms for at least one year, possession of a smartphone (iOS or Android), and willingness to volunteer. The exclusion criteria were as follows: use of complementary therapy, practice of PMR for menopause symptoms within the last two months, suffering from hearing impairment, and diagnosed with a self-reported psychiatric disease. The withdrawal criteria included use of hormone replacement therapy.

Randomization

We collected the names and telephone numbers of those who volunteered to participate in the study. A total of 281 women were assessed for eligibility. Of the potential participants, 181 were excluded, and 40 were unwilling to volunteer following the administration of pretests. Simple random sampling was performed using the lottery method by an outside researcher. We consulted the outside researcher to avoid bias. This person was not involved in the study and did not contribute to the research. The outside researcher selected females from the target group ($n=60$) with the lottery method and assigned them to either the intervention group ($n=30$) or the control group ($n=30$). No participants withdrew from the study (See Figure 1).

Figure 1 Study CONSORT flow diagram



MRS: Menopause Rating Scale, MENQOL: The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire

Intervention

Each woman in the intervention group was contacted by a researcher by phone or in person with instructions detailing the starting date of the intervention, session days, location, time, duration, and type of clothes to wear (appropriate/comfortable clothes). The intervention group was divided into five six-person groups. The intervention took place in a large, quiet, clean, and well-ventilated room and lasted 11 weeks, with 40-minute sessions held twice a week and accompanied by the researcher. Each group received menopause management training for the first two weeks on menopausal symptoms and complaints, strategies for coping with menopausal complaints, and the application of PMR. The researchers provided participants with a booklet and guidance on menopause management training and PMR during the first session. The women were given a recording calendar at the end of the two-week learning period to record the exercises they performed.

Following two weeks of training, participants performed the exercises twice a week with the researcher and three times a week alone for a total of five days a week. Reminder messages were sent via WhatsApp to the women in the intervention group to encourage them to attend sessions and practice the exercises independently at home. On the calendar, the women marked the exercises they practiced for 11 weeks. The researcher collected the calendars from the women at the end of the 11 weeks. For their involvement in the study, the women were given a certificate of participation.

Application of PMR: The researcher, who applied progressive muscle relaxation exercises, received PMR training and certification on applying the progressive muscle relaxation exercises method before the study. The procedure for PMR was explained to the participants. They sat on a comfortable sofa during the application of the exercises. They kept their eyes closed and concentrated solely on breathing and relaxation. Participants inhaled slowly through their noses and exhaled slowly through their mouths. They carefully stretched and released the large muscle groups while inhaling through their noses. They kept their muscles stretched for approximately five seconds and then relaxed for 10 seconds. Each muscle group was stretched and relaxed twice. After stretching and relaxing each muscle group, the participants took five regular breaths. They felt the difference between the tension and relaxation of the muscles. The participants were physically and mentally relaxed and guided by the researcher during the application.

For 11 weeks, the control group received no intervention. This group was informed about menopause management training and progressive muscle relaxation exercises following the final tests. PMR were applied to the control group once. Menopause training, PMR booklets, exercise guides, and certificates of appreciation were provided. All women in the intervention and control groups completed the research.

Data collection

Data was collected using the Women Identification Form, MRS, and MENQOL. Both groups were asked to complete all three instruments at the beginning of the study before any intervention and the MRS and MENQOL at the end of the 11th week. The researchers collected the completed forms. We conducted face-to-face interviews at baseline and final follow-up after 11 weeks for the 60 women in both groups.

Women Identification Form: This form was developed by researchers to obtain information about sociodemographic characteristics. Such as age, menopausal age, marital status, educational status, and menopausal complaints.

MRS: Schneider et al. developed the MRS to measure the severity of menopausal symptoms on quality of life (Schneider et al., 2000). The Turkish translation of the MRS is valid and reliable (Gürkan, 2005). It is beneficial in evaluating symptom severity across 11 menopausal complaints. This 5-point Likert scale (0–4: 0=none, 1=mild, 2=moderate; 3=severe, 4=very severe) has three subdomains: somatic, psychological, and urogenital complaints. Scores range from 0 to 44. Higher scores are inversely related to quality of life. The Cronbach's alpha value for the MRS was calculated to be 0.86 in this study.

MENQOL: The MENQOL was developed by Hilditch et al. (1996) to evaluate the quality of life of women in the menopausal period (Hilditch et al., 1996). It is a 29-item questionnaire consisting of four subdomains: vasomotor (3 items), psychosocial (7 items), physical (16 items), and sexual (3 items). The Turkish translation of the MENQOL is valid and reliable (Kharbouch & Şahin, 2007). We used the MENQOL to quantify the extent and impact of menopausal symptoms on quality of life during the past month. Menopausal complaint severity was rated using a 7-point Likert scale (0–6: 0=not bothered, 6=extremely bothered). Similar to the MRS scores, higher scores are inversely related to quality of life. Menopausal complaints with a higher severity result in a lower quality of life. As the number of items in each subgroup was different, the Cronbach's alpha value for each subgroup was evaluated separately. The Cronbach's alpha value for the MENQOL was calculated to be 0.95 in this study.

Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the Akdeniz University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee on July 25, 2018 (protocol number: 70904504/357, decision number: 534). Following approval, the necessary written consent was obtained from the institution where the research would be conducted. All the participants were informed about the study, and verbal and written consent were obtained. The research aligned with the principles outlined in the Declaration of Helsinki

Data analysis

The data in this study were analysed by a statistician who was blinded to group allocation. We analysed the data using the IBM SPSS Statistics Base v23. The intervention and control groups were assigned the codes “A” and “B”, respectively. We used descriptive statistics, such as numbers, percentages, means, and standard deviations. According to the skewness (-0.81 to 1.38) and kurtosis (between -1.45 and 1.37), the data were normally distributed. We used Yates’ chi-square and Fisher’s exact tests for categorical variables. Student’s *t* and Mann–Whitney *U* tests were used to evaluate the homogeneity of the groups’ descriptive characteristics for independent variables. In the dependent groups, the difference between the mean MRS and mean MENQOL scores before and after the within-group intervention was compared using the dependent sample *t*-test. Following the intervention, the independent sample *t*-test was used to compare the difference in the mean MRS and MENQOL scores between the two groups. Significance level was accepted as $p < .05$. Cohen's *d* value for the *t*-test in the dependent and independent groups was calculated, using G*Power 3.1.9.2, for the effect size of the change in scale scores. Cohen's *d* value was accepted in the 95% confidence interval.

Results

No significant difference was found in the distribution of sociodemographic, obstetric, and gynaecological characteristics of women between the intervention and control groups ($p > .05$). Additionally, there was no difference regarding menopausal complaints in the intervention and control groups before the intervention ($p > .05$).

Comparison of the mean MRS scores between the groups: When comparing the intervention group to the control group at baseline, there was no significant difference between the mean total MRS scores or the mean MRS somatic, psychological, and urogenital subdomain scores ($p > .05$). However, at final

follow-up, after 11 weeks, the mean total MRS scores and subdomain scores of the intervention group were significantly lower than those of the control group ($p < .001$) (see Table 1).

Table 1. Comparison of the between groups of the mean scores of the MRS of women in the intervention (n=30) and control groups (n=30)

Scale and subscale	Groups	Intervention	Control	Test	
		Mean±SD	Mean±SD	t	p ^a
MRS Total	Pre-test	20.67±5.55	19.17±4.57	1.142	.258
	Post-test	9.03±4.82	21.03±6.51	8.116	.000**
Somatic dimension	Pre-test	7.87±2.64	7.40±2.50	0.704	.484
	Post-test	3.40±2.28	8.07±2.84	70.015	.000**
Psychological dimension	Pre-test	7.60±2.67	7.10±2.54	0.743	.460
	Post-test	3.33±2.11	7.20±2.85	5.982	.000**
Urogenital dimension	Pre-test	5.20±2.98	4.67±2.64	0.734	.466
	Post-test	2.30±1.88	5.77±2.56	5.987	.000**

SD: Standard Deviation,
^aIndependent sample t-test
 **p < .001
 MRS: Menopause Rating Scale

Comparison of the mean MRS scores within the groups: For the intervention group, the difference in the mean total MRS score from baseline to final follow-up was statistically significantly lower after the intervention than before ($p < .001$). These findings were consistent when comparing the change in the total mean scores of the three MRS subdomains for somatic, psychological, and urogenital complaints; the difference from baseline to final follow-up was statistically significantly lower after the 11-week intervention for all three MRS subdomains ($p < .001$) (see Table 2). For the control group, after 11 weeks, the mean total MRS score increased compared to the baseline score, but the difference was not significant ($p > .05$) (Table 2). These findings for the control group were consistent with the three subdomains of the total MRS score as somatic, psychological, and

urogenital complaints; these scores increased compared to the mean baseline subdomain scores, but the difference was not significant on any subscale, except the urogenital subdimension. ($p>.05$, $p=.02$, respectively) (see Table 2).

Table 2. Comparison of the within groups of the mean scores of the MRS of women in the intervention (n=30) and control groups (n=30)

Scale and subscale	Groups	Pre-test	Post-test	Test	
		Mean±SD	Mean±SD	t	p ^b
MRS Total	Intervention	20.67±5.55	9.03±4.82	8.315	.000**
	Control	19.17±4.57	21.03±6.51	1.531	.137
Somatic dimension	Intervention	7.87±2.64	3.40±2.28	8.853	.000**
	Control	7.40±2.50	8.07±2.84	1.375	.180
Psychological dimension	Intervention	7.60±2.67	3.33±2.11	6.579	.000**
	Control	7.10±2.54	7.20±2.85	0.148	.883
Urogenital dimension	Intervention	5.20±2.98	2.30±1.88	4.966	.000**
	Control	4.67±2.64	5.77±2.56	2.455	.020*

SD: Standard Deviation,
^b Dependent sample t-test
 *p<.05
 **p <.001
 MRS: Menopause Rating Scale

Comparison of the mean MENQOL scores between the groups: At baseline, there was no statistically significant difference between the total mean MENQOL scores of both groups, although that of the intervention group was higher than that of the control group ($p>.05$). There was also no statistically significant difference between the intervention and control groups at baseline for the total mean scores of the psychosocial, physical, and sexual MENQOL subdomains ($p>.05$). However, at final follow-up, the between-group differences for the total mean MENQOL score and the total mean scores of the psychosocial, physical, and sexual subdomains were statistically significantly lower for the intervention group than for the control group ($p<.001$), (Table 3). For the total mean vasomotor subdomain scores at baseline, the intervention group’s score was

significantly higher than that of the control group ($p=0.020$). Despite the baseline differences, the total mean vasomotor score of the intervention group at final follow-up was lower, with a statistically significant improvement in comparison to the control group ($p <.001$), (see Table 3).

Table 3. Comparison of the between groups of the mean scores of the MENQOL of women in the intervention (n=30) and control groups (n=30)

Scale and subscale	Groups	Intervention	Control	Test	
		Mean±SD	Mean±SD	t	p ^a
MENQOL total	Pre-test	81.43±26.97	72.27±29.61	1.253	0.215
	Post-test	30.03±21.34	83.83±24.12	9.149	.000**
Vasomotor dimension	Pre-test	9.57±5.61	6.50±4.22	2.393	.020
	Post-test	3.67±3.98	10.03±4.76	5.622	.000**
Psychosocial dimension	Pre-test	16.13±8.84	15.30±8.93	0.363	.718
	Post-test	5.50±4.80	16.60±7.17	7.047	.000**
Physical dimension	Pre-test	46.67±16.82	40.70±18.96	1.289	.202
	Post-test	17.27±11.95	45.00±16.77	7.376	.000
Sexual dimension	Pre-test	9.07±5.99	9.77±5.80	0.460	.647
	Post-test	3.60±4.24	12.20±5.44	6.828	.000**

SD: Standard Deviation,

^aIndependent sample *t*-test,

* $p <.05$

** $p <.001$

MENQOL: The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire

Comparison of the mean MENQOL scores within the groups: In the intervention group, the postintervention total mean MENQOL score was statistically significantly lower than that before the intervention ($p<.001$), indicating improvements in menopause symptoms and increased quality of life.

The same was true for the mean scores of the MENQOL vasomotor, psychosocial, physical, and sexual subdomains; the postintervention subdomain scores of the intervention group were statistically significantly lower than those before the intervention ($p<.001$) (Table 4). On the other hand, for the control group, the postintervention total mean MENQOL score was significantly higher than the initial score ($p=0.012$) (Table 4). Similarly, the total mean scores of the vasomotor and sexual subdomains of the control group after 11 weeks were higher than the initial scores, and the difference was significant ($p<.001$ and $p=0.028$, respectively) (Table 4). Although they were higher, the changes in the total mean psychosocial and physical subdomains from baseline to final follow-up were not statistically significant ($(p>.05)$, (see Table 4).

Table 4. Comparison of the within groups of the mean scores of the MENQOL of women in the intervention (n=30) and control groups (n=30)

Scale and subscale	Groups	Pre-test	Post-test	Test	
		Mean±SD	Mean±SD	t	p ^b
MENQOL total	Intervention	81.43±26.97	30.03±21.34	8.655	.000**
	Control	72.27±29.61	83.83±24.12	2.676	.012*
Vasomotor dimension	Intervention	9.57±5.61	3.67±3.98	6.352	.000**
	Control	6.50±4.22	10.03±4.76	3.992	.000**
Psychosocial dimension	Intervention	16.13±8.84	5.50±4.80	5.839	.000**
	Control	15.30±8.93	16.60±7.17	0.954	.348
Physical dimension	Intervention	46.67±16.82	17.27±11.95	8.783	.000
	Control	40.70±18.96	45.00±16.77	1.791	.084
Sexual dimension	Intervention	9.07±5.99	3.60±4.24	4.723	.000**
	Control	9.77±5.80	12.20±5.44	2.308	.028*

SD: Standard Deviation

^bDependent sample *t*-test

* $p < .05$

** $p < .001$

MENQOL: The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire

Discussion

This study aimed to examine the effects of menopausal management training and PMR on symptom management and quality of life in menopausal women. According to the study findings, following 11 weeks of menopause management training and PMR intervention, the MRS and MENQOL scores of women in the intervention group were significantly lowered, whereas their quality of life improved. However, the MRS and MENQOL scores of women in the control group increased over time, and their quality of life worsened even more.

Comparison of the mean MRS scores between and within groups: In this study, there was a significant difference between the intervention and control groups' mean scores on the total MRS and its subdimensions following the intervention. The total MRS score and scores on the somatic, psychological, and urogenital subdimensions of the intervention group were significantly reduced. However, no decrease was observed in the scores of the control group. The women who engaged in PMR demonstrated physical and mental relaxation after stretching and relaxation activity. In particular, the women's readiness to relax during the application, concentration on breathing, and muscle relaxation contributed to relaxation by diverting their attention from other thoughts. In the study conducted by Ueda (2004), it was found that the structured training and exercise program administered to middle-aged women relieved climacteric symptoms. It had significant effects on psychosomatic symptoms, particularly paraesthesia and irritability. Aksu & Erenel (2022) found that the health education and PMR program administered to perimenopausal women relieved insomnia and vasomotor symptoms. Both of these study findings corroborate our study findings. Nedstrand et al. (2005) compared the efficacy of relaxation and estrogen therapy and found that the general climacteric symptoms and frequency of hot flashes decreased, and psychological well-being increased in both groups. However, they reported that the general state of mind improved in the estrogen group but remained unchanged in the relaxation group. In our study, on the other hand, it was observed that women in the intervention group experienced psychological relief. According to Zaborowska et al. (2007) and Fenlon et al. (2008), progressive relaxation intervention in postmenopausal women resulted in a significant decrease in the frequency of daily hot flashes and the intensity of physical complaints in the experimental group compared to the control group. The other studies showed that applying PMR in postmenopausal women significantly reduced insomnia scores and insomnia complaints compared to a control group (Duman & Timur Taşhan, 2018; Aksu & Erenel, 2022). Additionally, other studies have revealed that progressive muscle relaxation

exercises performed by postmenopausal women reduced persistent and state anxiety and stress levels in comparison to a control group (Fenlon et al., 2008; Özdemir & Pasinlioglu, 2009; Batra & Shiju, 2019; Essa et al., 2017). In these studies, some of the somatic and psychological symptoms of menopause were discussed, and it was reported that symptoms were reduced. The findings of these studies are consistent with ours and lend credence to our research. Kaur et al. (2014) compared the effects of yoga and relaxation interventions on climacteric symptoms in perimenopausal women. Psychological and somatic symptoms improved significantly in both groups; however, no improvements were observed in sexual function. Contrary to other studies, the urogenital complaints of menopausal women decreased significantly in our study. This finding is confirmed by the statements of women in the intervention group and the urogenital subdimension of the scale that we utilized.

Comparison of the mean MENQOL scores between and within groups: Following the intervention in the present study, the mean MENQOL scores of the intervention group and the mean scores of its subdimensions were considerably reduced compared to preintervention and the control group, and their quality of life improved. Menopause management training raised the mindfulness levels of women in the intervention group. As vasomotor, physical, psychosocial, and sexual symptoms decreased with PMR, the quality of life improved. Forouhari et al. (2010) reported that menopausal women who received menopause education and mindfulness intervention experienced significant improvements in vasomotor, psychosocial, physical, and sexual domain scores as well as a higher quality of life compared to the control group. These study findings are quite comparable to ours. Although the structured training and exercise program that Ueda (2004) employed with middle-aged women improved climacteric symptoms, there was no significant improvement in quality of life. Garcia et al. (2018) reported that postmenopausal women improved their vasomotor, psychosocial, and physical subdimensions of quality of life compared to a control group receiving eight weeks of mindfulness and relaxation training. However, it was stated that there was no improvement in the sexual area. Regularly performing stretching and relaxation exercises, including those involving the pubococcygeal muscles, as part of PMR can increase muscle strength and flexibility by increasing blood build-up and oxygen saturation in urogenital tissues. An increase in urogenital muscle strength and flexibility reduces sexual problems, improving the quality of life related to the sexual dimension. In our study, on the other hand, there was a significant improvement in the sexual subdimension. Zhou et al. (2015) reported that music and progressive muscle

relaxation exercises only significantly improved depression and anxiety and shortened hospital stays in women who underwent radical mastectomy. In a mindfulness-based relaxation study, Carmody et al. (2011) stated that the hot flash scores of the women in the intervention group decreased, and their quality of life increased compared to the control group. These findings from the literature corroborate some aspects of our study. However, in contrast to our findings, Fenlon et al. (2008) indicated no difference in the quality of life between the group that engaged in relaxation exercises for four weeks and the control group.

According to this study's findings, administering menopause management training and PMR to women experiencing menopausal symptoms resulted in a reduction in somatic, psychological, and urogenital symptoms compared to the preintervention and control group. Thus, as the menopausal complaints of women decreased, the menopausal quality of life related to the vasomotor, psychosocial, physical, and sexual areas increased.

Limitations

The research results were limited to the findings of the females in this study group only. Additionally, group assignment was not randomized, only the statistician did not know to which group each woman was assigned and involved no follow-up after 11 weeks.

Conclusion

This study indicates that menopause training and PMR, which are effective interventions for managing menopausal symptoms and improving menopausal-specific quality of life, help reduce menopausal symptoms and improve quality of life. Menopause training and PMR are internationally recognized complementary techniques that can be applied independently by nurses, are nonpharmacological and non-invasive, have no side effects, require no additional funding, and are easily integrated into public health services. Nurses should practice menopause education and PMR to assist people with menopausal symptoms in protecting, developing, and maintaining their health. It is recommended that this study be replicated as a randomized controlled multicentre study with a larger sample and with other menopausal groups included as well as a follow-up study.

Declaration of competing interest: No conflicts of interest.

Funding: This research receives no specific grant from any funding agencies in the public, commercial or non-profit sectors.

Acknowledgments: No

This study is a study produced from a doctoral thesis.

Reference

- Agarwal, A. K., Kiron, N., Gupta, R., & Sengar, A. (2019). A cross sectional study for assessment of menopausal symptoms and coping strategies among the women of 40-60 years age group attending outpatient clinic of gynaecology. *International Journal of Medicine and Public Health*, 9(1), 13-19. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5530/ijmedph.2019.1.4>
- Aksu, S.P., & Erenel, A.Ş. (2022). Effects of health education and progressive muscle relaxation on vasomotor symptoms and insomnia in perimenopausal women: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105 (2022) 3279–3286. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.015>
- Ali, A. M., Ahmed, A. H., & Smail, L. (2020). Psychological climacteric symptoms and attitudes toward menopause among Emirati women. *International journal of environmental research and public health*, 17(5028), 1-19. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17145028>
- Australasian Menopause Society. What is menopause? (2024) <https://www.menopause.org.au/hp/information-sheets/what-is-menopause> Retrieved 2024, April 6 from
- Batra, B., & Shiju, D. J. (2019). Effectiveness of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation Technique in Reduction of Stress among Postmenopausal Women in Selected Hospital. *International Journal of Nursing and Medical Investigation*, 4(1), 4-6. <https://doi.org/DOI:10.31690/ijnmi/41>
- Bommareddi, P., & Valsaraj, B. P. (2014). Jacobson's progressive muscle relaxation (JPMR) training to reduce anxiety and depression among people living with HIV. *Nitte University Journal of Health Science*, 4(1), 72-78. <http://www.nitte.edu.in/journal/March%202014/72-78.pdf>
- Carmody, J., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leung, K., Churchill, L., & Olendzki, N. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *Menopause (New York, NY)*, 18(6), 611. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318204a05c>
- Dalal, P. K., & Agarwal, M. (2015). Postmenopausal syndrome. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S222. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161483>
- Duman, M., & Timur Taşhan, S. (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *International journal of nursing practice*, 24(4), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijn.12650>
- Essa, R. M., Ismail, N. I. A. A., & Hassan, N. I. (2017). Effect of progressive muscle relaxation technique on stress, anxiety, and depression after hysterectomy. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(7), 77-86. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n7p77>

- Fenlon, D. R., Corner, J. L., & Haviland, J. S. (2008). A randomized controlled trial of relaxation training to reduce hot flashes in women with primary breast cancer. *Journal of pain and symptom management*, 35(4), 397-405. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.05.014>
- Forouhari, S., Khajehei, M., Moattari, M., Mohit, M., Rad, M. S., & Ghaem, H. (2010). The effect of education and awareness on the quality-of-life in postmenopausal women. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 35(1), 109. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4103%2F0970-0218.62563>
- Gangadharan, M. P., & Madani, M. A. H. (2018). Effectiveness of progressive muscle relaxation techniques on depression, anxiety and stress among undergraduate nursing students. *Int J Health Sci Res*, 8(2), 155-163. http://www.ij-hsr.org/IJHSR_Vol.8_Issue.2_Feb2018/IJHSR_Abstract.020.html
- Garcia, M. C., Kozasa, E. H., Tufik, S., Mello, L. E. A., & Hachul, H. (2018). The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: a pilot study. *Menopause*, 25(9), 992-1003. <https://doi.org/doi:10.1097/GME.0000000000001118>
- Ghattas, V. N., Ali, W. K., & Abd El Wahed, A. Y. (2019). Association between Menopausal Symptoms, Quality Of Life and Marital Adaptation among Working Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 8(1 Ver. III. (Jan. - Feb)), 13-25. <https://doi.org/DOI:10.9790/1959-0801031325>
- Gürkan, Ö. C. (2005). Reliability and Validity of Menopause Rating Scale Turkish Form. (Turkish: Menopoz semptomlari değerlendirme ölçeğinin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Nursing Forum*, 30-35. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/menopoz-semptomlari-degerlendirme-olcegi-toad.pdf>
- Hassan, M. S., Hadad, K. E. E., & El Refaye, G. I. (2017). The effect of relaxation techniques on hypertension secondary to menopause. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, 29(2), 59-63. <https://doi.org/DOI:10.4103/1110-7782.212932>
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peterb, A., van Mark, B., Ross, A., Franssend, E., Guyatt, G. H., Norton, P. G., & Dunn, E. (1996). Corrigendum to "A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties". *Maturitas*, 24 (3)(3), 161-175. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(96\)82006-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0378-5122(96)82006-8)
- Ibrahim, Z., Ghoneim, H., Madny, E., Kishk, E., Lotfy, M., Bahaa, A., Taha, O., Aboel-roose, A., Atwa, K., & Abbas, A. (2020). The effect of menopausal symptoms on the quality of life among postmenopausal Egyptian women. *Climacteric*, 23(1), 9-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1656185>
- Innes, K. E., Selfe, T. K., & Vishnu, A. (2010). Mind-body therapies for menopausal symptoms: a systematic review. *Maturitas*, 66(2), 135-149. <https://doi.org/doi:10.1016/j.maturitas.2010.01.016>

- Johnson, A., Roberts, L., & Elkins, G. (2019). Complementary and alternative medicine for menopause. *Journal of evidence-based integrative medicine*, 24, 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F2515690X19829380>
- Jokar, A., Kargosha, A., Akarzadeh, M., Asadi, N., & Setoudeh, Z. (2016). Comparing the influence of relaxation training and consumption of valerian on insomnia of menopause women: A randomized clinical trial. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 13(1), 40-44. <https://doi.org/https://doi.or g/10.21010/ajtcam.v13i1.6>
- Kalhan, M., Singhania, K., Choudhary, P., Verma, S., Kaushal, P., & Singh, T. (2020). Prevalence of menopausal symptoms and its effect on quality of life among rural middle aged women (40–60 Years) of Haryana, India. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 10(3), 183-188. https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_428_19
- Kannur, D., & Itagi, S. (2019). Menopause: Problems and coping strategies of working and non-working women. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*, 8(3), 2891-2896. <https://www.phytojournal.com/archives/2019/vol8issue3/PartAO/8-2-583-993.pdf>
- Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A., & Das, S. (2017). Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *Journal of mid-life health*, 8(1), 21. https://doi.org/https://dx. doi.org/10.4103%2Fjmh.JMH_78_16
- Kaur, P., Kaur, S., Shanmugam, S., & Kang, M. (2014). Efficacy of Yoga versus Relaxation Techniques on Climacteric Symptoms of Perimenopausal women. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 13(7), 32-42. <https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol13-issue7/Version-5/H013753242.pdf>
- Kharbouch, S. B., & Şahin, N. H. (2007). Determination of the Quality of Life During Menopausal Stages (Menopozal Dönemlerdeki Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg).* *I.U.F.N. Journal of Nursing*, 5(59), 82-90. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95235>
- Nedstrand, E., Wijma, K., Wyon, Y., & Hammar, M. (2005). Applied relaxation and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Maturitas*, 51(2), 154-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.05.017>
- North American Menopause Society. (2024). Menopause 101: A primer for the perimenopausal. <https://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/menopause-101-a-primer-for-the-perimenopausal> Retrieved 2024, April 6 from
- Özdemir, F., & Pasinlioglu, T. (2009). The effects of training and progressive relaxation exercises on anxiety level after hysterectomy. *The New Journal of Medicine*, 25, 102-107. <https://cite seerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.545.1728&rep=rep1&typ e=pdf>

- Özdemir, Ö. Ç., & Uysal, M. F. (2019). The Effect Of of Pilates Exercise On Quality Of Life And Depression in Postmenopausal Period (Postmenopozal Dönemde Pilates Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg) ACU Journal of Health Sciences* 10(1), 20-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.31067/0.2019.103>
- Royal College of Nursing. (2024). Menopause RCN guidance for nurses, midwives and health visitors. <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/rcn-menopause-guidance-for-nurses-midwives-and-health-visitors-uk-pub-009326>. Retrieved 2024, April 6 from
- Schneider, H., Heinemann, L., Rosemeier, H.-P., Potthoff, P., & Behre, H. (2000). The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*, 3(1), 59-64. <https://doi.org/D I:10.3109/13697130009167600>
- Taebi, M., Abdolhajian, S., Ozgoli, G., Ebadi, A., & Kariman, N. (2018). Strategies to improve menopausal quality of life: A systematic review. *Journal of education and health promotion*, 7(93), 1-9. <https://doi.org/http s://www.jehp.net/tx.asp?2018/7/1/93/236077>
- Tamaria, A., Bharti, R., Sharma, M., Dewan, R., Kapoor, G., Aggarwal, A., Batra, A., & Batra, A. (2013). Risk assessment for psychological disorders in postmenopausal women. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(12), 2885. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/7580.3784>
- Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N., Hirsch, J., & Sirois, F. (2021). Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021(ID 5924040), 1-8. <https://doi.org/http s://doi.org/10.1155/2021/5924040>
- Ueda, M. (2004). A 12-week structured education and exercise program improved climacteric symptoms in middle-aged women. *Journal of physiological anthropology and applied human science*, 23(5), 143-148. <https://doi.org/10.2114/jpa.23.143>
- Zaborowska, E., Brynhildsen, J., Damberg, S., Fredriksson, M., Lindh-Åstrand, L., Nedstrand, E., Wyon, Y., & Hammar, M. (2007). Effects of acupuncture, applied relaxation, estrogens and placebo on hot flushes in postmenopausal women: an analysis of two prospective, parallel, randomized studies. *Climacteric*, 10(1), 38-45. <https://doi.org/doi:10.1080/13697130601165059>
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European journal of oncology nursing*, 19(1), 54-59. <https://doi .org/https://doi.org/10.10 16/j.ejon.2014.07.010>

