HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ALANINDA GÜNCEL KONULAR VE AKADEMİK DEĞERLENDİRMELER

Editör: Doç.Dr. Türkan AKYOL GÜNER

yaz
yayınları

Halk Sağlığı Hemşireliği Alanında
Güncel Konular ve Akademik Değerlendirmeler

Editör

Doç.Dr. Türkan AKYOL GÜNER

yaz
yayınları

2026

yaz
yayınları

Halk Sağlığı Hemşireliği Alanında Güncel Konular ve Akademik Değerlendirmeler

Editör: Doç.Dr. Türkan AKYOL GÜNER

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-5450-21-0

Ekim 2026 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

İÇİNDEKİLER

İmmobil Hastalarda Beslenme, Hidrasyon ve Komplikasyonların Önlenmesine Yönelik Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları 1
Şenay ÖZER, Lütfiye PARLAK

Aile Demografisindeki Değişimler ve Aile Sağlığı Hizmetleri 17
Esma DEMİREZEN, Gaye Zühal ALKAN

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

İMMOBİL HASTALARDA BESLENME, HİDRASYON VE KOMPLİKASYONLARIN ÖNLENMESİNE YÖNELİK KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Şenay ÖZER[1]

Lütfiye PARLAK[2]

1. GİRİŞ

İmmobilite; hastalık, travma, cerrahi girişim, ileri yaş, nörolojik bozukluklar veya kritik hastalık gibi farklı nedenlerle bireyin hareket etme kapasitesinin kısmen ya da tamamen kısıtlanmasıdır. Hareketliliğin azalması, özellikle uzun süre devam ettiğinde, yalnızca kas-iskelet sistemini etkileyen bir durum olmaktan çıkarak dolaşım, solunum, gastrointestinal ve üriner sistemler, deri bütünlüğü ve fonksiyonel bağımsızlık üzerinde çok yönlü sonuçlar doğuran önemli bir klinik soruna dönüşmektedir. Yaşlı ve hastanede yatan bireylerde immobilite, düşük fiziksel performans ve azalmış fonksiyonel kapasite; hastaneye yatışla ilişkili fonksiyon kaybı ve bakım bağımlılığının gelişimi açısından önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Hao ve ark., 2024; Xu ve ark., 2024; De Foubert ve ark., 2021).

Uzun süreli hareketsizlik; kas gücü ve kas kütlesinde azalma, eklem hareket açıklığında kısıtlanma, venöz staz, basınç yaralanması, solunum fonksiyonlarında bozulma ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın artması gibi çok sayıda

[1] Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ORCID: 0000-0001-5888-5815.

[2] Öğr. Gör. Dr., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ORCID: 0000-0001-8481-3874.

komplikasyonla ilişkilidir. Özellikle kritik hastalarda uzamış yatak istirahati ve yetersiz fiziksel aktivite, yoğun bakım ünitesinde edinilmiş kas güçsüzlüğünün gelişimine katkıda bulunabilmekte; fonksiyonel iyileşmeyi ve rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Xu ve ark., 2024). Erken rehabilitasyon, uygun beslenme desteği, hava yolu yönetimi, derin ven trombozu ve diğer komplikasyonların önlenmesi ile psikososyal bakımın birlikte ele alınması, bu hasta grubunda tek yönlü girişimlerden daha kapsamlı bir bakım yaklaşımı sağlamaktadır (Xu ve ark., 2024).

İmmobil hastalarda komplikasyonların gelişimi yalnızca hareket kısıtlılığının süresine bağlı değildir. İleri yaş, komorbid hastalıklar, kırılganlık, beslenme yetersizliği, bilişsel durum, hidrasyon sorunları ve hastalığın şiddeti gibi klinik özellikler de hastanın fonksiyonel kayıp ve bakım bağımlılığı riskini belirlemektedir (Hao ve ark., 2024; Xu ve ark., 2024; Wunderle ve ark., 2023). Bu nedenle immobil hastanın değerlendirilmesinde yalnızca mevcut komplikasyonların saptanması değil, komplikasyon gelişimine yatkınlık oluşturan bireysel risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi de önem taşımaktadır.

Beslenme durumu, immobil hastalarda klinik seyri etkileyen temel unsurlardan biridir. Hastalıkla ilişkili malnütrisyon; morbidite, fonksiyonel yetersizlik, iyileşmenin gecikmesi ve kısa ve uzun dönem mortalite artışı ile ilişkilidir. Bu nedenle hastaneye kabulden itibaren beslenme riskinin değerlendirilmesi ve gereksinim duyulan hastalarda beslenme desteğinin bireyselleştirilmesi güncel klinik beslenme kılavuzlarının temel önerileri arasında yer almaktadır (Singer ve ark., 2023; Wunderle ve ark., 2023). Özellikle kritik veya polimorbid hastalarda enerji ve protein gereksinimlerinin hastalığın evresi, metabolik durum, organ fonksiyonları ve tedavi

hedefleri dikkate alınarak belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Singer ve ark., 2023; Wunderle ve ark., 2023).

İmmobilizasyon sürecinde deri bütünlüğünün korunması da hemşirelik bakımının öncelikli alanlarından biridir. Basınç yaralanmalarının önlenmesi; düzenli risk değerlendirmesi, deri bütünlüğünün izlenmesi, uygun destek yüzeylerinin kullanılması, beslenme durumunun değerlendirilmesi ve hastanın bireysel özelliklerine göre planlanan yeniden pozisyonlandırma uygulamalarını içeren çok bileşenli bir yaklaşım gerektirir. Güncel kanıtlar, yeniden pozisyonlandırmanın basınç yaralanmalarını önlemede temel bir uygulama olmasına karşın tüm hastalar için geçerli tek bir optimal pozisyon değiştirme sıklığının bulunmadığını ve uygulamanın hastanın klinik özelliklerine göre bireyselleştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Peterson ve ark., 2025; Sardo ve ark., 2024).

İmmobil hastalarda yutma fonksiyonunun bozulması, bilinç düzeyindeki değişiklikler ve nörolojik hastalıkların varlığı aspirasyon ve aspirasyon pnömonisi riskini artırabilir. Bu nedenle yutma fonksiyonunun değerlendirilmesi, beslenme sırasında uygun pozisyonun sağlanması, gerektiğinde besin kıvamının bireyselleştirilmesi ve düzenli ağız bakımının sürdürülmesi güvenli beslenmenin temel bileşenleri arasında değerlendirilmelidir (Ueda ve Nohara, 2025; Perticone ve ark., 2024; Chen ve ark., 2021). Bu uygulamaların özellikle disfajisi bulunan yaşlı ve nörolojik hastalarda birlikte ele alınması, aspirasyon riskinin yönetiminde tek bir girişime dayalı yaklaşımdan daha uygun görünmektedir.

Kanıta dayalı hemşirelik; mevcut en iyi bilimsel kanıtların, klinik uzmanlığın ve hastanın gereksinim, değer ve tercihlerinin klinik karar verme sürecinde bütünleştirilmesine dayanır. İmmobil hastalarda bu yaklaşım; risklerin sistematik biçimde değerlendirilmesini, mobilitenin mümkün olduğunca

korunmasını, yeterli beslenme ve hidrasyonun desteklenmesini, deri bütünlüğünün sürdürülmesini, aspirasyon ve tromboembolik komplikasyonların önlenmesini, hasta ve aile eğitiminin planlanmasını ve disiplinler arası iş birliğinin güçlendirilmesini gerektirir (Xu ve ark., 2024; Jiao ve ark., 2022; Pentecost ve ark., 2019). Güncel sistematik derlemeler de immobilite ve kritik hastalıkla ilişkili komplikasyonların önlenmesinde tek bir hemşirelik girişiminden çok, birbiriyle ilişkili çoklu girişimlerin birlikte uygulanmasının önemine işaret etmektedir (Xu ve ark., 2024; De Foubert ve ark., 2021).

Hemşireler, immobil hastaların kesintisiz klinik izlemini sürdüren sağlık profesyonelleri olarak risklerin erken fark edilmesi, bakım girişimlerinin uygulanması, hasta yanıtlarının değerlendirilmesi ve disiplinler arası bakımın koordinasyonunda önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik bakımına sistematik biçimde entegre edilmesi; bakımın güvenli ve tutarlı biçimde yürütülmesine, önlenebilir komplikasyonların azaltılmasına ve hastanın fonksiyonel kapasitesinin mümkün olduğunca korunmasına katkı sağlamaktadır (Xu ve ark., 2024; Dang ve ark., 2023; Jiao ve ark., 2022). Bu bölümde immobil hastaların hemşirelik bakımında beslenme ve hidrasyon yönetimi, basınç yaralanmalarının ve aspirasyonun önlenmesi, mobilite ve fonksiyonel kapasitenin desteklenmesi ile hasta ve aile katılımının güçlendirilmesine yönelik güncel kanıta dayalı uygulamalar ele alınacaktır.

2. KANITA DAYALI UYGULAMALAR

İmmobil hastaların bakımında kanıta dayalı uygulamalar; beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesi, basınç yaralanmaları ve aspirasyon gibi komplikasyonların önlenmesi, fonksiyonel kapasitenin korunması ve bakım sürecinin bireyselleştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Güncel çalışmalar, bu hasta

grubunda tek bir girişimden çok, farklı bakım bileşenlerinin birlikte ve sistematik biçimde uygulanmasının daha bütüncül bir yaklaşım sağladığını göstermektedir (Xu ve ark., 2024; Jiao ve ark., 2022; De Foubert ve ark., 2021).

Bu doğrultuda hemşirelik bakımında erken risk değerlendirmesi, beslenme ve sıvı durumunun izlenmesi, deri bütünlüğünün korunması, aspirasyon riskinin azaltılması ve hasta-aile eğitiminin sürdürülmesi öncelikli uygulama alanları arasında yer almaktadır (Peterson ve ark., 2025; Wunderle ve ark., 2023; Chen ve ark., 2021).

2.1. Güncel Kanıtlar Işığında Beslenme Yönetimi

Son yıllarda yayımlanan sistematik derlemeler ve meta-analizler, immobil veya hareket kısıtlılığı bulunan hasta gruplarında uygun beslenme desteğinin özellikle basınç yaralanmalarının önlenmesi ve iyileşme sürecinin desteklenmesi açısından önem taşıdığını göstermektedir (Meng ve ark., 2026; Cangelosi ve ark., 2025; Morán ve ark., 2025).

- **Protein takviyeleri** (≥1.2 g/kg/gün), bası yarası ve enfeksiyon riskini azaltmaktadır (Meng ve ark., 2026).
- **Omega-3 yağ asidi destekleri**, inflamasyonu baskılayarak iyileşme sürecini desteklemektedir (Meng ve ark., 2026; Morán ve ark., 2025).
- **Oral nutrisyonel desteklerin (ONS)** erken başlanması, malnütrisyonun ilerlemesini durdurur ve rehabilitasyon başarısını artırabilir (Meng ve ark., 2026; Noreen ve ark., 2025).
- **GLIM kriterlerinin** kullanılması, beslenme durumunun nesnel değerlendirilmesini sağlar ve tedaviye yön verebilir (Liu ve ark., 2024).

Bu kanıtlar, hemşirelerin yalnızca uygulayıcı değil, aynı zamanda beslenme riskini erken tanılayan ve önleyici girişimleri

yönlendiren klinik karar verici olmaları gerektiğini göstermektedir (Cangelosi ve ark., 2025).

2.2. Hidrasyon ve Elektrolit Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

Dehidratasyon, özellikle yaşlı ve immobil bireylerde sık görülen, ancak çoğu zaman geç fark edilen bir durumdur. Kanıta dayalı uygulamalar:

- Sıvı açığını erken aşamada saptamak için günlük alınan–çıkarılan sıvı kaydı tutulmalı ve idrar rengi, yoğunluğu ve miktarı izlenmelidir (Meng ve ark., 2026; Sharma, Panthee ve Adhikari, 2024) ,
- Elektrolit düzeyleri (Na, K, Mg, P) her 48 saatte bir değerlendirilmelidir (Wunderle ve ark., 2023).
- IV sıvı tedavisi bireyselleştirilmeli; diüretik kullanan hastalarda dikkatli olunmalıdır (Wunderle ve ark., 2023).
- ESPEN kılavuzları, yaşlı ve polimorbid bireylerde sıvı alımının günlük gereksinimlere göre bireyselleştirilmiş değerlendirme ve izlem önermektedir (Meng ve ark., 2026; Wunderle ve ark., 2023).

Hemşirelik bakımında aktif sıvı takibi ve su jeli gibi yenilikçi kıvamlı hidrasyon formülleri dehidratasyon kaynaklı komplikasyonları geriletir (Ueda ve Nohara, 2025; Chen, Kent ve Cui, 2021).

Kanıta dayalı uygulamalar, günlük sıvı dengesinin izlenmesi ve proaktif hidrasyon stratejilerinin etkinliğini kanıtlamıştır. Bu nedenle hemşirelik bakım planlarında sıvı yönetimi, yalnızca hekim istemiyle değil, aktif hemşirelik gözlemi ile yürütülmelidir.

2.3. Bası Yaralarının Önlenmesinde Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

ESPEN ve EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) rehberleri, bası yarası önlenmesinde beslenmenin belirleyici rolünü vurgulamaktadır (Edsberg, 2022). Kanıta dayalı uygulama önerileri:

1. Günlük enerji gereksinimi 30 kcal/kg/gün, protein alımı 1.25–1.5 g/kg/gün olacak şekilde planlanabilir (Noreen ve ark., 2025; Meng ve ark., 2026).
2. C vitamini (500 mg/gün) ve çinko (10–30 mg/gün) desteği yara iyileşmesini hızlandırabilir (Meng ve ark., 2026; Morán ve ark., 2025).
3. Düzenli pozisyon değişimi (2 saatte bir) ve uygun destek yüzeylerin kullanımı gereklidir (Gaspar ve ark., 2019).
4. Albümin <3.5 g/dL olan hastalar yüksek risk grubunda değerlendirilebilir (Cangelosi ve ark., 2025).
5. Braden veya Norton ölçekleriyle düzenli risk değerlendirmesi yapılmalıdır (Meng ve ark., 2026; Noreen ve ark., 2025; Sardo ve ark., 2024).
6. Hemşireler, cilt bütünlüğünü her vardiyada kontrol ederek risk alanlarını kayıt altına almalıdır (Edsberg, 2022).

Bu uygulamalar, bütüncül olarak uygulanabilmesi için hemşirelik bakım protokollerine dahil edildiğinde bası yarası insidansı %50'ye kadar azalmaktadır (Alshahrani, Sim ve Middleton, 2021).

2.4. Aspirasyon Pnömonisinin Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Aspirasyon pnömonisi, immobil hastalarda mortalitenin başlıca nedenlerinden biridir (Ueda ve Nohara, 2025; Perticone, Manti ve Luna, 2024). Literatür, beslenme pozisyonu ve yutma

eğitiminin bu riski anlamlı biçimde azalttığını göstermektedir. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları:

1. Beslenme sırasında baş 30–45° açıyla yükseltilmeli, besleme sonrası bu pozisyon 30 dakika korunmalıdır. (Perticone, Manti ve Luna, 2024; Edsberg, 2022).
2. Kıvam artırıcı ajanlar kullanılarak dokusu modifiye edilmiş yiyecek ve sıvılar hava yoluna kaçış riskini azaltır (Ueda ve Nohara, 2025; Chen, Kent ve Cui, 2021).
3. Yutma terapisi ve konuşma terapisti desteği, disfaji yönetiminde etkin bir yaklaşımdır (Nauman ve Tassadaq, 2025;Noreen ve ark., 2025).
4. Ağız bakımı düzenli sağlanarak oral bakteriyel kolonizasyon azaltılmalıdır (Fraisse ve ark., 2025; Ueda ve Nohara, 2025).

Bu uygulamaların entegre edildiği bakım programlarında aspirasyon insidansının %40'a kadar azaldığı bildirilmiştir (Fraisse ve ark., 2025; Chen, Kent ve Cui, 2021).

2.5. Eğitim ve Hasta Katılımının Güçlendirilmesi

Hasta ve aile eğitimi, hemşirelik bakımının sürekliliğinin sağlanmasında önemli bir bileşendir. Aile üyelerinin bakım sürecine aktif katılımının fonksiyonel iyileşmeyi, bakımın sürekliliğini ve bazı klinik sonuçları destekleyebileceği bildirilmektedir (Bloemberg ve ark., 2026; Dijkstra ve ark., 2023; van Dijk ve ark., 2020)

Eğitim programları, hastanın bilişsel kapasitesine uygun olarak hazırlanmalıdır.

- Aile bireylerine pozisyon değiştirme, beslenme zamanı, sıvı alımı ve komplikasyon bulguları öğretilmelidir.
- Eğitimde görsel materyaller ve kısa kontrol listeleri kullanılmalıdır.

Eğitim sürecine aktif katılım sağlayan hastalarda komplikasyon oranlarının azaldığı ve bakım kalitesinin yükseldiği gösterilmiştir (Meng ve ark., 2026; Peterson, Fraix ve Agrawal, 2025; Cangelosi ve ark., 2025). Kanıta dayalı eğitim stratejileri:

- Görsel ve yazılı eğitim materyalleri (poster, broşür) kullanılmalıdır.
- Aile bireylerine pozisyon değiştirme, sıvı alımı ve beslenme güvenliği öğretilmelidir.
- Eğitimde geri bildirim ve uygulama tekrarı yapılmalıdır.
- Eğitim etkinliği, kısa anketlerle değerlendirilebilir.

Bu yöntemlerin uygulandığı hasta gruplarında, yeniden yatış oranlarının anlamlı biçimde azaldığı gösterilmiştir.

İmmobile hastalarda beslenme yönetimi ve hemşirelik bakımı, kanıta dayalı, bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Erken tanı, bireyselleştirilmiş beslenme planı, düzenli hemşirelik izlemi ve hasta-aile eğitimi, komplikasyonları azaltarak yaşam kalitesini artırır (Peterson, Fraix ve Agrawal, 2025; Wunderle ve ark., 2023). Hemşireler, yalnızca bakım uygulayıcısı değil, aynı zamanda bilimsel bilgiye dayalı klinik karar verici rolüyle sağlık ekibinin en etkin bileşenidir.

2.6. Klinik Sonuçlar ve Geleceğe Yönelik Öneriler

İmmobile hastalarda beslenme ve hemşirelik bakımına ilişkin bilimsel veriler, bütüncül yaklaşımın tedavi başarısını doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır. Klinik kanıtların ortak bulguları:

- Erken malnütrisyon tanısı mortaliteyi azaltır.
- Bası yarası ve enfeksiyon oranlarını düşürür.

- Oral beslenme destekleri ve erken enteral beslenme rehabilitasyonu hızlandırır.
- Multidisipliner ekip çalışması (hemşire–diyetisyen–fizyoterapist) komplikasyonları azaltır.
- Hastanede kalış süresini kısaltır.
- Yaşam kalitesi ve öz-bakım yetisini arttırır.
- Hasta ve aile eğitimi, evde bakımın sürekliliğini sağlar.

Geleceğe yönelik öneriler:

1. Her sağlık kurumunda standardize edilmiş beslenme ve hidrasyon protokolleri oluşturulmalıdır.
2. Hemşirelik eğitim programlarında klinik beslenme ve yaşlı bakımına yönelik modüller güçlendirilmelidir.
3. Dijital izlem sistemleri (akıllı hidrasyon sensörleri, elektronik beslenme takip yazılımları) kullanılmalıdır.
4. Klinik araştırmalar, hemşirelik bakımının uzun dönem fonksiyonel sonuçlara etkisini incelemelidir.
5. Kanıta dayalı rehberler, ulusal bakım standartlarına entegre edilmelidir.

Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, immobil hastalarda yaşam kalitesini yükseltmenin en etkili yoludur. Erken beslenme değerlendirmesi, düzenli hidrasyon takibi, komplikasyonların önlenmesi ve hasta-aile eğitimi; bilimsel rehberlerle desteklendiğinde mortaliteyi azaltır, bağımsızlığı artırır. Hemşireler, klinik bakımın bilimsel yönünü temsil eden temel profesyonellerdir; kanıta dayalı yaklaşım onların uygulamalarına güvenilirlik ve etkinlik kazandırır.

3. SONUÇ

İmmobile hastalarda bakım süreci; multidisipliner iş birliği, sürekli değerlendirme ve eğitim temelli bir yaklaşımla yürütülmelidir. Hemşire, bu sürecin merkezinde yer alarak yalnızca uygulayıcı değil, aynı zamanda gözlemci, eğitici ve koordinatör rolünü üstlenmelidir. Güncel literatür, erken beslenme müdahalesi, yeterli protein ve sıvı alımının sağlanması, pozisyon değişimi ve ağız hijyeninin düzenli yürütülmesi ile komplikasyon oranlarının anlamlı biçimde azaldığını göstermektedir.

İmmobile hastalarda kanıta dayalı, bireyselleştirilmiş ve bütüncül hemşirelik bakım modellerinin uygulanması, yalnızca mortaliteyi azaltmakla kalmaz; hastanın fonksiyonel kapasitesini, rehabilitasyon başarısını ve psikososyal iyilik halini de artırır. Hemşirelerin güncel bilimsel kanıtları klinik uygulamalara entegre etmesi, bakımın kalitesini yükselten en güçlü etkendir. Bu nedenle hemşirelik eğitim programlarında klinik beslenme, yaşlı sağlığı ve kanıta dayalı bakım konularının güçlendirilmesi; her sağlık kurumunda standardize edilmiş beslenme ve hidrasyon protokollerinin oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Alshahrani, B., Sim, J., & Middleton, R. (2021). Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A systematic review.. Journal of clinical nursing. https://doi.org/10.1111/jocn.15709

Bloemberg, D., van Zuylen, M. L., Musters, S. C. W., de Jong, D., Schreuder, A. M., Jamaludin, F. S., Preckel, B., Nieveen van Dijkum, E., & Eskes, A. M. (2026). Is the active involvement of family caregivers in adult hospital care effective to improve patient outcomes? A systematic review. Journal of Clinical Nursing, 35(2), 565–584. https://doi.org/10.1111/jocn.70059

Cangelosi, G., Sacchini, F., Biondini, F., Mancin, S., Palomares, S. M., Ferrara, G., Caggianelli, G., Sguanci, M., & Petrelli, F. (2025). Nutritional Support in the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers in Healthy Aging: A Systematic Review of Nursing Interventions in Community Care. Geriatrics, 10. https://doi.org/10.3390/geriatrics10010017

Chen, S., Kent, B., & Cui, Y. (2021). Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review. BMC Geriatrics, 21. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02366-9

Dang, J., Li, G.-L., Wu, Q., Pian, G., & Wang, Z.-J. (2023). Impacts of evidence-based nursing combined with enteral nutrition on nutritional status and quality of life in acute cerebral infarction patients: A randomized controlled trial. Perfusion, 2676591231223910 . https://doi.org/10.1177/02676591231223910

De Foubert, M., Cummins, H., McCullagh, R., Brueton, V., & Naughton, C. (2021). Systematic review of interventions

targeting fundamental care to reduce hospital-associated decline in older patients.. Journal of advanced nursing. https://doi.org/10.1111/jan.14954

Dijkstra, B. M., Felten-Barentsz, K. M., van der Valk, M. J. M., Pelgrim, T., van der Hoeven, J. G., Schoonhoven, L., Ebben, R. H. A., & Vloet, L. C. M. (2023). Family participation in essential care activities in adult intensive care units: An integrative review of interventions and outcomes. Journal of Clinical Nursing, 32(17–18), 5904–5922. https://doi.org/10.1111/jocn.16714

Edsberg, L., Cox, J. N., Koloms, K., & VanGilder-Freese, C. A. (2022). Implementation of Pressure Injury Prevention Strategies in Acute Care. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 49, 211 - 219. https://doi.org/10.1097/won.0000000000000878

Fraisse, T., Prendki, V., Putot, A., Garcia-Carmona, C., Perrin, M., Chebib, N., ... & Diamantis, S. (2025). Prevention of aspiration pneumonia recurrences. Infectious Diseases Now, 55(6), 105102.

Gaspar, S., Peralta, M., Marques, A., Budri, A., & De Matos, M. G. (2019). Effectiveness on hospital-acquired pressure ulcers prevention: a systematic review. International Wound Journal, 16, 1087 - 1102. https://doi.org/10.1111/iwj.13147

Hao, X., Zhang, H., Zhao, X., Peng, X., & Li, K. (2024). Risk factors for hospitalization-associated disability among older patients: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews, 101*, 102516. https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102516

Jiao, J., Chen, Y., Yang, L.-J., Li, W., Zhou, Z.-W., Li, L., Xiao, Y.-Q., Zhao, J.-S., Li, L.-Z., & Xia, Y.-J. (2022). Nursing

Practice Based on Evidence-Based Concepts to Prevent Enteral Nutrition Complications for Critically Ill Neurosurgical Patients. Frontiers in Surgery, 9. https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.857877

Liu, P., Tian, H., Gao, L., Zhong, T., Wang, Y.-J., & Chen, L. (2024). The predictive value of GLIM criteria on clinical outcomes and responses to nutritional support in patients with neurocritical illnesses. Scientific Reports, 14. https://doi.org/10.1038/s41598-024-65994-2

Meng, L., Banharak, S., Sommana, C., Ransinyo, K., Cheumnok, W., & Tian, J. (2026). Prevention and Care of Pressure Ulcers in Long-Term Bedridden Adult and Older Adult Patients in the Community: A Systematic Review. Therapeutics and Clinical Risk Management, 22. https://doi.org/10.2147/tcrm.s592581

Morán, J., Trigo-Navarro, L., Diestre-Morcillo, E., Pastor-Ramón, E., & Puerto-Parejo, L. M. (2025). Nutritional Interventions for Pressure Ulcer Prevention in Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. Nutrients, 17. https://doi.org/10.3390/nu17040644

Nauman, B., & Tassadaq, N. (2025). Role of Swallowing Therapy in Preventing Aspiration Pneumonia in Patients with Stroke having Dysphagia. Pakistan Armed Forces Medical Journal. https://doi.org/10.51253/pafmj.v75i1.12508

Noreen, A., Fatima, N., Ali, F. A., A.-U.-R., Elahi, A., & Khan, N. U. (2025). Pressure Ulcer Prevention: Examine Best Practices for Managing Pressure Ulcers in Immobile Patients and Evaluate the Efficacy of Prevention Strategies. Indus Journal of Bioscience Research. https://doi.org/10.70749/ijbr.v3i4.1081

Pentecost, C., Frost, J., Sugg, H. R., Hilli, A., Goodwin, V., & Richards, D. (2019). Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: A systematic review and qualitative synthesis. Journal of Clinical Nursing, 29, 1858 - 1882. https://doi.org/10.1111/jocn.15082

Perticone, M. E., Manti, A., & Luna, C. M. (2024). Prevention of Aspiration: Oral Care, Antibiotics, Others. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, 45, 709 - 716. https://doi.org/10.1055/s-0044-1793812

Peterson, A., Fraix, M. P., & Agrawal, D. K. (2025). Preventing pressure injuries in individuals with impaired mobility: Best practices and future directions. Journal of surgery and research, 8, 319 - 334. https://doi.org/10.26502/jsr.10020455

Sardo, P. M. G., Moreira, I. F., de Pinho Mouta, L. F., Santos, M. S., & Ramos, R. C. (2024). Pressure ulcers/injuries prevention in emergency services: a scoping review. Journal of Tissue Viability, 33(4), 712-719. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.07.011

Sharma, A., Panthee, B., & Adhikari, M. C. (2024). Nurses' Practice on Prevention of Pressure Ulcer among Immobilized Patients. Post-Graduate Medical Journal of NAMS. https://doi.org/10.56974/pmjn.193

Singer, P., Reintam Blaser, A., Berger, M. M., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo-Gonzalez, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., Szczeklik, W., van Zanten, A. R. H., & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition, 42*, 1671–1689. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.011

Ueda, A., & Nohara, K. (2025). Swallowing rehabilitation in aspiration pneumonia: A scoping review of compensatory strategies and exercise training effectiveness. Journal of General and Family Medicine, 26, 523 - 533. https://doi.org/10.1002/jgf2.70047

van Dijk, M., Vreven, J., Deschodt, M., Verheyden, G., Tournoy, J., & Flamaing, J. (2020). Can in-hospital or post discharge caregiver involvement increase functional performance of older patients? A systematic review. *BMC Geriatrics, 20,* 362. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01769-4

Wunderle, C., Gomes, F., Schuetz, P., Stumpf, F., Austin, P., Ballesteros-Pomar, M., Cederholm, T., Fletcher, J., Laviano, A., Norman, K., Poulia, K., Schneider, S. M., Stanga, Z., & Bischoff, S. (2023). ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients.. Clinical nutrition, 42 9, 1545-1568 . https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.06.023

Xu, Q., Tan, J., Wang, Y., & Tang, M.-L. (2024). Theory-based and evidence-based nursing interventions for the prevention of ICU-acquired weakness in the intensive care unit: A systematic review. PLOS ONE, 19. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308291

Zhang, P., Yang, F., Sun, H.-Y., & Zhao, Y.-X. (2026). Improving Critical Thinking and Nursing Outcomes Through an Evidence-Based Nutritional Protocol in Critically Ill Patients: A Quasi-Experimental Study. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 19. https://doi.org/10.2147/jmdh.s610233

AİLE DEMOGRAFİSİNDEKİ DEĞİŞİMLER VE AİLE SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Esma DEMİREZEN[1]

Gaye Zühal ALKAN[2]

1. GİRİŞ

Aile, tüm toplumlarda toplumun çekirdek yapısını oluşturmaktadır. Bu yapıya, kültürel, sosyal, dini açıdan bağımsız olarak birçok toplum ve kültürde "kutsal" bir önem de atfedilmektedir. Yapısı itibarıyla aile toplumu etkilemekle birlikte toplumsal yapının iyi ve kötü tüm özelliklerinden de etkilenmektedir. Dinamik yapısıyla toplum bu özelliğini aile sistemine de yansıtmaktadır. Bu anlamda her iki sistem birbirlerinden etkilenmekte ve etkilemektedir. Bu nedenle aile odaklı çalışmalarda ve hizmet sunumlarında, buna sağlık hizmetleri sunumu da dâhil, "Aile Sağlığı Hizmetleri'nin planlanmasında ve sunumunda bu değişimler bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir. Bu bölümün amacı, son 10 yıla ilişkin demografik-sosyal değişimleri aile sağlığı odağında inceleyerek değişen aile sağlığı hizmetleri gereksinimlerini vurgulamaktır. Bu değişimler ışığında toplum temelli çalışmalarda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum ile doğrudan temas halinde olan hemşire ve ebelerinde

[1] Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-9992-3264.

[2] Ebe, Yüksek Lisans Öğrencisi İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Bölümü, İstanbul/ Türkiye, ORCID: 0009-0001-8501-254X.

uygulamalarını planlarken toplumsal değişimi dikkate almaları büyük önem taşımaktadır.

2. AİLE SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN TANIMI VE KAPSAMI

Aile kavramı gelişmiş ve gelişmekte, tüm ülkelerde sosyal, kültürel, toplumsal bir öneme sahiptir. Bununla birlikte, birçok toplumda "kutsallık" atfedilmektedir. Bu özel yapı toplumun en küçük yapı taşını oluşturmaktadır. Türkiye'de aile sağlığı kavramı dendiğinde sağlık bakım sistemi içerisinde özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve günümüzde toplum temelli yürütülen aile hekimliği istemi akla gelmektedir. (Özdemir,2020).

Aile sağlığı hizmetlerinde temel amaç, yaş, sosyoekonomik durum, eğitim, kültürel farklılıklar vb. ayrım yapılmaksızın, toplumun tüm kesimlerine maliyeti düşük, kolay erişilebilir, sürekliliği olan temel sağlık hizmetlerini sunmaktır. Bu amaçla, sağlığın korunması, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi, bireyleri enfeksiyonlardan koruma, erken tanı ve tedavi uygulamaları, hizmetler öncelikli olarak yer almaktadır (Bilgel ve Tunç,2006; Avcı,2020). Hizmet sunumundaki en önemli avantajlardan biri toplum temelli aile sağlığı hizmetleri ile bireylere yaşadıkları toplumda, kendi evlerinde, kendi aile ortamlarında değerlendirilme ve sağlık hizmetlerine erişim olanağı sunulmasıdır. Bu sayede tüm yaştaki bireylere fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık bakış açısıyla bütüncül değerlendirme yapma olanağı sunulmaktadır. Bununla birlikte geniş bir bakış ile ele alındığında bu bakış açısı ile tüm aileye bütüncül sağlık hizmetleri, aile sağlığı hizmetleri çatısı altında sunulmaktadır (Bilgel ve Tunç,2006).

Bu geniş uygulama anlayışı kapsamında aile sağlığı hizmetlerinde sağlıkla ilgili eğitimler, bağışıklama,

beslenmesinin geliştirilmesi, anne çocuk sağlığı, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi birçok uygulama alanları ön plana çıkmaktadır (Özdemir,2020).

Bu başlıklardan bazıları;

- Eğitim Hizmetleri: Aile sağlığı hizmetleri kapsamında bireylere akılcı ilaç uygulamaları, emzirme, gebelik ve lohusalık döneminde görülebilecek riskli durumlarla ilgili eğitimler verilmektedir
- Anne Çocuk Sağlığı Hizmetleri: Gebe, lohusa ve 15-49 yaş kadınların takibi, bebeklerin aşılaması ve gelişimleri gibi takipleri kapsamaktadır
- Aile Planlaması Hizmetleri: Aile planlanması yöntemleri (kondom, rahim içi araç, oral kontraseptif, vb.) konusunda eğitim, danışmanlık ile birlikte, yönteme erişim ve sertifikalı ebe/hemşire tarafından rahim içi araç (RİA) uygulamaları
- Bağışıklama Hizmetleri: Çocuklara, yetişkinlere ve yaşlılara yönelik aşı uygulamaları yer almaktadır
- Tarama Programları: Tarama programları, semptom göstermeyen hastalıklara karşı bireylerde var olabilecek olası sorunların erken dönemde tanımlanmasına yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Kanser taramaları ve yeni doğan taramaları farklı yaş gruplarını kapsayan uygulamalar arasındadır
- Yeni doğan Tarama Programı: Spesifik olarak yeni doğan grubu hedefleyen taramalar arasında ise fenilketonüri ve konjenital hipotiroidizm taramaları 2006 yılında aile sağlığı hizmetleri kapsamında zorunlu tutulmuştur. Bu programa 2008 yılında biyotidinaz eksikliği, 2015 yılında ise kistik fibrozis testleri eklenmiştir. Bu tarama programlarında ebe/hemşireler yenidoğan bebeklerden

topuk kan örneği alınmaktadır. Olası olumsuz tahlil sonuçlarında ise aile /ebeveynler ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimlere sevk edilmektedir. Bununla birlikte yenidoğanlara işitme taraması gibi testler birinci basamakta aile hekimleri tarafından yapılmamakla birlikte aileler ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmektedir

- Kanser Taramaları: Meme kanseri, serviks ve kolon kanserleri Türkiye'de başlıca kanser türleri arasındadır. Birinci basamakta 50 yaş ve üzeri bireylere gaitada gizli kan ile kolon kanseri, kadınlara pap smear tesi, HPV-DNA testi yapılmakla birlikte meme kanseri tarama programları için kadınlar ikinci basamağa, KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) merkezlerine yönlendirilmektedir.

  (Bilgel ve Tunç,2006; Avcı,2020; Özdemir,2020).

3. AİLE DEMOGRAFİSİ VE DEĞİŞİMLER

Aile kan bağı veya evlilik yoluyla bağı olan toplumun en küçük yapıtaşıdır. İstatistiksel veriler kapsamında aile ile ilişkili olarak tanımlanan "Aile demografisi" kavramı ise ailelerin zaman değişime uğrayan özelliklerinin rakamsal anlamda incelenmesini kapsamaktadır. Temel olarak hanehalkı büyüklüğü, evlilik durumları, doğurganlık oranları, yaş ve cinsiyet dağılımı gibi unsurlar ve toplumsal özellikler incelenmektedir (Turgut ve Feyzioğlu,2013).

Aile demografisi kapsamında yer alan kavramlar ve özellikleri şöyle sıralanmaktadır;

Aile ve Hane halkı Yapısı

- Aile Tipi: Çekirdek aile (anne, baba, çocuk), geniş aile (büyükanne/büyükbaba dahil), tek ebeveynli aile veya çocuksuz aile yapıları.
- Hane halkı Büyüklüğü: Bir hanede birlikte yaşayan ortalama kişi sayısı.
- Reislik Durumu: Hanenin ekonomik veya sosyal olarak yönetimini üstlenen kişinin (hane halkı sorumlusu) cinsiyeti ve yaşı.

Evlilik ve Beraberlik Dinamikleri

- Evlilik Oranları: Belirli bir nüfustaki yıllık evlenme sıklığı.
- İlk Evlenme Yaşı: Kadın ve erkeklerin ilk kez evlendiği ortalama yaş (bu yaşın yükselmesi demografik bir trenddir).
- Boşanma ve Dul Kalma Oranları: Evliliklerin sonlanma sıklığı ve eş kayıplarının nüfustaki oranı.
- Birlikte Yaşama (Kohabitasyon): Resmi nikah olmaksızın bir arada yaşayan çiftlerin oranı.

Doğurganlık ve Çocuk Sahibi Olma

- Toplam Doğurganlık Hızı: Bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca (15-49 yaş) doğurabileceği ortalama çocuk sayısı.
- İlk Doğum Yaşı: Kadınların ilk çocuklarını dünyaya getirdikleri ortalama yaş.
- Çocuk Sayısı: Aile başına düşen ortalama çocuk sayısı ve çocuksuz ailelerin oranı.

Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

- Bağımlılık Oranı: Aile içindeki çocuk (0-14 yaş) ve yaşlı (65+ yaş) nüfusun, çalışan yetişkin nüfusa oranı.
- Kuşaklararası Yapı: Ailede kaç kuşağın (örn. büyükanne-anne-çocuk) bir arada yaşadığı.

Nüfus Hareketleri ve Yaşam Döngüsü

- Yaşam Döngüsü Aşamaları: Evlilikle başlayan, çocukların doğumu ve büyümesiyle devam eden, çocukların evden ayrılması ("boş yuva" sendromu) ve eşlerden birinin ölümüyle sonlanan süreç.
- Göç ve Parçalanma: İş veya eğitim nedeniyle aile bireylerinin farklı coğrafyalara dağılması.

Etkin sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda istatistiksel veriler önemlidir. Veriler gereksinimlerin belirlenmesi, öncelikli sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli tanımlama ve değerlendirme araçlarıdır. Gereksinimler doğrultusunda yeniden planlama yapılması aşamalarına da rehberlik etmektedir. Bu anlayışla yukarıda "Aile Demografisi" başlığı altında incelenen bazı veri başlıklarının zaman içindeki değişimleri incelenmektedir.

Aile demografisi verileri ve değişimler;

Hane Halkı Sayısındaki Değişim: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2025 verilerine göre ülkemizde 2008 yılından 2024 yılına kadar olan dönemde hane halkı sayısında azalma olmuştur. 2008 yılında 4 kişilik hane halkı sayısı 2024 yılı ile birlikte 3,11'e düşmüştür (TÜİK,2024).

TÜİK'in 2025 yılında yayınladığı 'Yıllara göre ortalama hane halkı büyüklüğü, 2008-2024' grafiğinde 2008 ve 2009 yılına kadar olan dönemde grafiğin neredeyse sabit iken 2009 yılından

sonraki yıllarda hane halkında azalmalar olduğu görülmektedir. Yine bu grafiğe göre son 10 yılda ülkemizdeki hane halkı sayısında düzenli bir azalma olduğu görülmektedir (TÜİK,2024).

Ülkemizde hane halkıyla ilgili şehirlerin oranlarına bakıldığında; 2025 TÜİK verilerine göre hane halkı en yüksek olan şehir 4,85 kişi ile Şırnak'tır. Bunu 4,63 kişi ile Şanlıurfa ve 4,50 kişi ile Batman izlemektedir. Ortalama hane halkı büyüklüğünün en düşük olduğu iller ise 2,53 kişi ile Giresun ve Çanakkale iken bu şehirleri, 2,55 kişi ile Tunceli ve 2,59 kişi ile Eskişehir izlemiştir (TÜİK,2024).

TÜİK 2025 verilerine göre tek kişilik hane halkı sayısı da artmıştır. Buna göre 2016 yılında yalnız yaşan birey oranı %14,9 iken bu oran 2024 yılında önemli bir artış ile %20'ye yükselmiştir. Sadece eşlerden oluşan hane halkı sayısı 2016 yılında 14,2 iken 2024 yılında bu oran 14,0'a düşmüştür (TÜİK, 2024).

Tek ebeveyn ve çocuklardan oluşan hane halkı sayısı ise 2016 yılında 8,2 iken 2024 yılında 10,9'a yükselmiştir. Bu oran tek ebeveynli hane halkının arttığını göstermektedir. Özellikle 2016 yılından 2024 yılına kadar olan süre içerisindeki tek ebeveynli yaşamda sürekli ivmeli bir artış görülmektedir. Tek ebeveynli yaşam içerisinde sadece baba ile çocukların birlikte yaşama oranı 2014 yılında 1,7 iken 2024 yılında bu oran 2,6'ya yükselmiştir. Yine yıllara göre bakıldığında 2016 ve 2021 yılları arasında sürekli artış göstermekteyken 2021 ve 2022 yılları arasında 2,3'lük olan bu oran sabit kalmıştır. Ancak 2022 ile 2024 yılları arası tekrar artma eğilimi göstermiştir. Anne ile çocuklardan oluşan çekirdek aile oranları ise 2016 yılında 6,5 iken 2024 yılında bu oran 8,4'e yükselmiştir. 2016 yılı ile 2024 yılı arasındaki süre içinde ivmeli bir artış görülmüştür. TÜİK 2025 verilerine göre anne ve çocuktan oluşan çekirdek aile oranı baba ve çocuktan oluşan çekirdek aile oranından yükselmiştir.

Benzer şekilde eşler ve çocuklardan oluşan çekirdek hane halkı 2016 yılında 44,0 iken 2024 yılında bu oran 38,6'ya düşmüştür. Geniş aileden oluşan hane halkının oranı ise 2016 yılında %16,3 iken 2024 yılında bu oran düşerek %13,3'e inmiştir. Bu veriler Türkiye'de toplumsal anlamda geniş aile yapısında bir düşüş olduğunu göstermektedir (TÜİK, 2024).

Bölgesel gereksinimler doğrultusunda etkin ve öncelikli hizmet planlamalarına bölgesel veriler önemlidir. Aile yapısındaki bu değişimler mikro ölçekte ele alındığında bölgesel değişimler ortaya çıkmaktadır. Buna göre tek ebeveyn ve çocuklardan oluşan hane halkı oranının en yüksek olduğu şehir, 2024 yılında %13,5 ile Bingöl oldu. Bunu, %13,4 ile Elazığ ve %13,1 ile Adana izlemiştir. Bu oranların en düşük olduğu şehirler ise %8 ile Ardahan, %8,5 ile Yozgat ve %8,6 ile Burdur, Kars ve Bitlis olmuştur (TÜİK, 2024).

Toplam hane halkları içinde anne ve çocuklardan oluşan hane halkının oranının en yüksek olduğu şehirler, %10,6 ile Bingöl, %10,3 ile Elazığ ve %10,1 ile Adana olurken, bu oranın en düşük olduğu şehirler ise %5,4 ile Ardahan, %6,3 ile Yozgat ve Burdur olmuştur. Baba ve çocuklardan oluşan hane halkının oranlarına bakıldığında baba ve çocuklardan oluşan en yüksek hane halkının olduğu şehirler, %3,9 ile Kilis, %3,7 ile Malatya ve %3,3 ile Hatay olurken, bu oranın en düşük olduğu şehirler ise sırasıyla %2 ile Nevşehir ve Sinop, %2,1 ile Şırnak, Erzurum ve Bitlis oldu (TÜİK,2024).

2025 TÜİK verilerine göre 2024 yılında geniş hane halkı sayısının en yüksek olduğu şehir %20,3 ile Hakkâri iken en düşük olduğu il %9,2 ile Eskişehir olmuştur. TÜİK'in 2025 yılında yayınladığı verileri göre 2024 yılında her 4 haneden 1'inde 65 yaş üstü yaşlı bireylerin yaşadığı bildirilmiştir. TÜİK verilerine göre akraba evliliklerinin oranı 2010 yılında %5,9 iken 2024 yılında bu oran %3,3 olarak azalmıştır. Ülkemizdeki şehirler açısından

bakıldığında ise akraba evliliği oranının en yüksek olduğu şehir %16,9 ile Şanlıurfa olduğu görülmüştür. Akraba evliliğinin en düşük olduğu il ise %0,2 oranı ile Artvin olmuştur (TÜİK,2024).

Evlilik Oranları: Ülkemizde 2025 yılında kaba evlenme hızı binde 6,43 olarak toplam evlenen çift sayısı 552 bin 237 olmuştur. 2024 yılında ise toplam evlenen çift sayısı 569 bin 983'dır. Bir yıl arayla veriler karşılaştırıldığında evlenme oranlarında azalma olmuştur (TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2025).

TÜİK'in 2025 yılı verilerine göre evlenme oranlarında dalgalanmalar mevcuttur. Ancak bir yıl öncesiyle karşılaştırıldığında evlenme oranlarında azalma olduğu bu tabloda da görülmektedir (TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2025).

2025 yılı TÜİK verilerine göre kaba evlenme hızının en yüksek olduğu şehir binde 7,76 ile Gaziantep'tir. Bu şehri arkasından bine 7,68 ile Osmaniye izlerken 7,50 ile Şanlıurfa izlemektedir. Kaba evlenme hızının en az olduğu şehirlere bakıldığında ise binde 4,18 ile Tunceli olmuştur (TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2025).

Boşanma Oranlarındaki Değişimler: Türkiye'de boşanan çiftlerin oranı 2024 yılında 188 bin 963 iken 2025 yılında bu oran 193 bin 793 olarak artış göstermiştir. Kaba boşanma oranı 2024 yılında 2,21 iken 2025 yılında bu oran 2,26 olmuştur. Kaba boşanma hızının en yüksek olduğu şehir binde 3,28 oranla İzmir iken bu ili binde 3,21 ile Antalya seyretmektedir. Kaba boşanma hızının en düşük olduğu il binde 0,51 ile Hakkâri, binde 0,52 ile ise Şırnak olmuştur (TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2025).

Evlilik süreleri ile boşanma arasındaki duruma bakıldığında; 1 yıldan az evlilik süresine sahip bireylerde boşanma oranı %2,8 iken 1-5 yıl arası evli olan bireylerin

boşanma oranı %31,2; 21-25 yıl evli olanların boşanma oranı %7,8 ve 26 yılın üzerinde evli olan bireylerin boşanma oranı ise %9,2 olarak belirtilmiştir. Kaba boşanma hızı 2001 yılında 1,41 iken bu oran 2014 yılında artarak 1,70 olmuştur. 2025 yılında ise daha da artarak 2,26 olmuştur (TÜİK Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2025).

Tek Ebeveynli Yaşam: Aile kavramı anne, baba ve çocuktan oluşan en küçük topluluk olarak bilinmektedir. Ancak günümüzde aile kavramına bakıldığında anne ya da babanın bir arada yaşaması beklenmemektedir. Aile kavramı günümüzde geçmişteki haline göre yapı ve işlev bakımından değişiklikler yaşamıştır. Bu değişimler sonucunda tek ebeveynli aileler ortaya çıkmıştır. Tek ebeveynli aile kavramı anne ya da babanın tek başına bir ebeveyn olarak bir çocuğun sorumluluğunu almasıdır (Boylu,2013). Bu aileler genellikle boşanma, ebeveynlerden birinin ölümü, ebeveynlerin ayrı yaşamaları veya evlat edinme gibi nedenlerden dolayı sadece annenin ya da sadece babanın çocuğun bakımını üstlenmesiyle ortaya çıkmaktadır (Güngör, 2023; Boylu,2013).

Tek ebeveynli olmanın olumsuz yönleri incelendiğinde; özellikle ebeveynlerden biri ölmüş olan ya da boşanmış olan bireyler daha depresif bir ruh halinde olabilmektedirler. Genel olarak tek ebeveynli olan bireylerin rol ve sorumlulukları da artmıştır. Tek ebeveynli bireylerin birçoğu yoksulluk sınırına yakın şartlarda yaşamını sürdürmek zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca bu ebeveynlerin çocukları kimlik karmaşası yaşayabilmektedir (Boylu,2013). Çocukların psikolojik, fiziksel ve ekonomik açıdan daha az imkanlara sahip olduğu endişesi de mevcuttur (Yıldız,2017). Tek ebeveynli aileler anne ya da baba fark etmeksizin özellikle maddi açıdan sıkıntı yaşamaktadırlar. Ayrıca bu ailelerde etiketlenme gibi durumlarda görülebilmektedir. Tek ebeveynli ailelerin çocukları aslında bazı açılardan dolayı da avantajlıdırlar. Örneğin; bu ailelerin çocukları

hayata daha erken başladıkları için özgüvenleri ve hayata karşı mücadele etme potansiyelleri daha fazladır (Yıldız,2017).

Gebelik Doğum Küretaj Sayısındaki Değişimler: Tüik'in doğurganlık göstergelerine bakıldığında ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2001 yılında 2,38 iken bu oran 2024 yılında azalarak 1,48'e düşmüştür. İlk doğumdaki ortalama anne yaşı 2014 yılında 25,5 iken 2024 yılında bu oran 27,3 olmuştur. Bu da anne yaşının arttığını göstermektedir

Küretaj oranlarına bakıldığında, ülkemizde küretaj açısından uygun görülen yasal süre 10. gebelik haftasında kadar kabul edilmektedir. Binyıl Kalkınma ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşabilmek için anne ölüm oranının azalması gerekmektedir. Bu nedenle anne ölümüne neden olan güvenli olmayan küretajın önüne geçilmelidir. Çok eski zamanlarda gebeliği önleyici yöntemler günümüzdeki kadar kullanılamadığından ve kısıtlanalar olduğundan dolayı güvenli olmayan küretaj artmış bununla beraber anne ölüm oranı da artmıştır. 1965 yılında 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile aile planlaması yöntemlerini kısıtlayıcı uygulamalar kaldırılmıştır. Kürtaja ise tıbbi bir zorunluluk halinde izin verilmiştir. Güvenli olmayan küretaj istenmeyen gebelikler, istenmeyen cinsiyet ve ebeveynlerden birinin herhangi bir nedenle bebeği istememesi gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artmasıyla birlikte Türkiye'de son 25 yıl içerisinde kürtaj oranlarında da azalma gözlemlenmiştir. Özellikle bu azalma 2008 ve 2013 yılları arasında daha belirgin olmuştur (Adalı ve Çaylin,2019).

Tercih Edilen Aile Planlaması Yöntemindeki Değişimler: Aile planlaması yöntemlerinin kullanımı son zamanlarda artmıştır. Oral kontraseptifler 1960'lı yıllardan günümüze en çok tercih edilen aile planlaması yöntemleridir. Değişen yaşam şartları nedeniyle kadınların kullandıkları aile planlaması

yöntemini değiştirme nedenleri incelendiğinde, Şahlar ve Hisar (2021) çalışmalarında kadınlar kullandıkları aile planlaması yönteminden eşlerinin memnun olmadığını, yöntemin kullanılmasının zor olduğunu veya yan etkileri nedeniyle yöntemi değiştirmek istediklerini belirtmişlerdir (Şahlar ve Hisar,2021). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %49'u modern yöntem kullanırken, %21'i geleneksel yöntemi tercih etmekte. Bununla birlikte, %19'u kondom, %20'si geri çekme, %14'ü RİA, %5'i doğum kontrol hapı kullandığını bildirmiştir. Geri çekme oranı 1988-2013 arasında sabit kalmakla birlikte 2013-2018 arasında ise gerilemeye başlamıştır. Aynı dönemde Türkiye'de kadınlarda tüp ligasyonu, erkeklerde ise kondom kullanımının arttığı belirlenmiştir (TNSA, 2018).

Anne Bebek Ölüm Oranlarındaki Değişimler: Anne ölümü, gebelik süresince, doğumda ya da doğumu izleyen 42 gün içerisinde obstetrik nedenlere bağlı olarak meydana gelen ölüm olarak adlandırılmaktadır (Soysal ve ark., 2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni'ne göre anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 13,5 düzeyindedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023). Ölümlere ilişkin başlıca nedenler arasında 2005 yılı verilerine göre hemoraji (%24,9), hipertansiyon (%18,4), kardiyovasküler olaylar (%10,1) ve emboliye (%7,8) rastlanırken 2019 yılı verilerinde başlıca nedenler olarak kardiyovasküler hastalıklar (%29), bunu sırasıyla emboli (%16,1), hipertansiyon (%14,2) ve hemoraji (%10,3) izlemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019).

Türkiye'de bebek ölümlerindeki değişimler incelendiğinde ise 2023 yılında 9 bin 731 iken 2024 yılında bu sayının 8 bin 475 indiği belirlenmiştir. Bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısını ifade eden bebek ölüm hızı ise 2023 yılında binde 10,1 iken 2024 yılında binde 9,0 olarak rapor edilmiştir, genel olarak düşme kayıt edilmektedir (TÜİK, 2024). Bebek ölümleri nedenleri arasında ise doğum asfiksi, sepsis,

menenjit, zatürre, prematüreliğe bağlı doğum komplikasyonları nedeniyle meydana gelmektedir (Esencan ve Altay,2026).

Ailelerin Ekonomik ve Gelir Durumundaki Değişimler: İstatistiksel verilere göre Türkiye'de son 10 yılda hane halkı gelirleri artmaktadır. Ancak aynı süreç içerisinde gelir dağılımı toplumsal düzeyde ciddi farklar göstermekte, zengin ve fakir arasındaki makas açılırken orta direk olarak tanımlanan "orta kesim" kaybolmakta ve yoksul düzeyine inmektedir. Hanelerin gelir durumundaki farklılıklar yoksulluğu ve kayıt dışı istihdamı artırmaktadır. Bu durum ailelerin güvencesiz bir ortamda çalışma, daha düşük gelir gibi sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Son 10 yıl içinde nitelikli iş gücü ile düşük iş gücü arasındaki gelir farkı artmıştır (TÜİK,2025).

İstihdam Verilerindeki Değişim: TÜİK 2025 verilerine göre 2024 yılında 15 yaş üstü bireylerin işgücüne katılım oranı kadınlarda %36,8 iken erkeklerde %72'dir. İşsizlik oranı kadınlarda %11,8 iken erkeklerde bu oran %7,1'dir. İstihdam oranı kadınlarda %32,5; erkeklerde %66,9'dur. Tarımla uğraşan kadın sayısı ise %91,1; erkeklerde ise %75,4 iken tarım dışı çalışma oranı kadınlarda %19,4; erkeklerde ise %15,7'dir.

15 yaş üstü nüfusta eğitim durumuna göre işsizlik incelendiğinde, okuryazar olmayan kadınlardaki işsizlik oranı %3,2 iken erkeklerde %7,6'dır. Lise mezunu kadınlarda bu oran %16,6, erkeklerde ise %6,1'dir. 15-24 yaş arası genç kadınların işsizlik oranı 2015 yılında %22,2 iken 2024 yılında ise kadınların oranı %22,3, erkeklerin oranı ise %13,1'dir. 2024 verilerine göre kadınların çalışma hayatında kalma süresi ortalama 20,7 yıl iken erkeklerde bu oran 39,7 yıldır. 15 yaş üstü bireylerde 2024 TÜİK verilerine göre yarı zamanlı çalışan kadın oranı %18,3 iken erkeklerde bu oran %9 olarak bildirilmiştir (TÜİK,2025).

Eğitim Düzeyi Verileri Değişimi: TÜİK 2024 yılı verilerine göre Türkiye'de okuma yazma bilmeyen kadın oranı

%3,7'dir. İlköğretimini tamamlama oranları kadın ve erkek lerde erkeklerde %7,1 iken kadınlarda 5,5 olarak görülmektedir. Lise veya dengi bir meslek okulu tamamlamış erkeklerin oranı %27,1 iken kadınlarda %21,3'tür. Üniversite mezunu oranı ise erkeklerde 17,1 iken kadınlarda bu oran 16,3'tür. Yüksek lisans ve üzeri eğitimde ise erkek oranı 2,7 kadınlarda ise 2,3 olarak bildirilmiştir. Genel olarak TÜİK 2024 verileri incelendiğinde Türkiye'de kadınların çoğunun ilkokulu tamamlarken (%24,3), erkeklerin ise çoğunun (%27,1) lise ve dengi meslek okulunu bitirdiği belirlenmiştir (TÜİK,2024).

TÜİK'in 2020-2024 verileri ile karşılaştırıldığında, yıllar içinde okuma yazma bilmeyen kadın sayısının azaldığı görülmektedir. Erkeklerde ise aynı dönemde okuma yazma bilmeyen erkeklerin oranı 0,7 iken bu oran 2024 yılına kadar hafif düzeyde (0.8) yükselerek sabit kalmıştır. İlköğretim düzeyinde ise kadın oranı yıllara göre azalma gösterirken 2023-2024 yıllarında sabit kalmıştır. Erkeklerde ise bu oran yıllara göre sürekli azalma eğilimi göstermiştir. Daha yüksek düzeydeki eğitimlerde de her iki cinste artış eğilimi belirlenmiştir (TÜİK, 2024).

Yaşanılan Konutun Özellikleri Değişimi: Konut tercihleri, nüfusun artması, aile yapısındaki dinamikler, kentleşme, gelir seviyesi, sosyal ve kültürel gelişmeler gibi birtakım faktörlerden etkilenmektedir (Tosun ve Fırat, 2012). Küreselleşme ve tüketim alışkanlıklarındaki değişimlerle birlikte konut yapısında da önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Örneğin, güvenlik kaygısının yüksek olduğu büyük şehirlerde bazı bireyler özellikle kapısında güvenlik önlemlerinin olduğu sitede yaşantısını tercih etmektedir. Deprem korkusu nedeniyle yeni binaların tercih edilmesi. Şehir merkezlerinde yaşayan, çalışan bireylerin konut seçiminde özellikle ulaşım olanaklarını dikkate alması. Bireylerin yaşam tarzı ve toplumla olan ilişkisi bakımından yaşanılan konutlar oldukça belirleyicidir. Demirbaş ve Zorlu'nun (2024)

çalışmalarında bireylerin konut işlevi, bulunduğu mekân, konutun yakın çevresi, manzarası, güvenli olması, gün ışığı alması, daire sayısı, sosyal imkânları, çevrenin sessiz, sakin olması gibi özellikler aradıkları bildirilmiştir.

TÜİK 2024 verilerine göre %56,1'inin sahip olduğu konutta ikamet ettiği, %28'inin kiracı olduğu bildirilmiştir. Çevresel koşullar açısından önemli olan faktörler arasında ise %31,3'ünün konutunun çatı sızdırdığı, duvarların rutubetli, pencere çerçevesinin çürük vb. olduğu paylaşılmıştır. Yaklaşık %30,2'si ise konut izolasyonundaki yetersizliklerden dolayı ısınma sorunu yaşadığı bildirilmiştir (TÜİK, 2024).

Ailelerin Yaşam Kalitesi ve Mutluluk İndeksi: Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2024 sonuçlarına göre bireylerin mutluluk kaynağı olan kişiler incelendiğinde, kendilerini en çok ailelerinin mutlu ettiğini belirtenlerin oranı %72,9 olmuştur (TÜİK,2025). Mutlu olduğunu ifade eden erkeklerin oranı, 2024 yılında %46,9 iken 2025 yılında %51,4 olmuştur. Kadınlarda ise bu oran, 2024 yılında %52,3 iken 2025 yılında %55,1 olmuştur (TÜİK,2025). Buna göre mutluluk oranı tüm yaş gruplarında artmıştır. En mutlu grup ise 55-64 yaş grubudur. Bireyler, en çok sağlıklı olmanın onları mutlu ettiğini ifade etmişlerdir. Yine farklı bir boyuttan bakıldığında, evlilerin evli olmayan bireylere göre daha mutlu olduğu bildirilmiştir. Bireylerin ortalama yaşam memnuniyet düzeyi ise 5,7'dir (TÜİK,2025).

4. DEĞİŞİMLER IŞIĞINDA AİLE SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Toplum tanılama dinamik bir süreçtir. Aile ekonomik, sosyal, tüm boyutlarıyla toplum dinamiklerinden etkilenmektedir. Özellikle son yıllarda tüm Dünya'da ekonomik, sosyal sorunlar, savaşlar ve göçlerin etkisi ile aile yapısı doğrudan etkilenmektedir. Bunun sonucu olarak aile sağlığı

hizmetlerindeki gereksinimlerde etkilenmektedir. Halk sağlığı çalışmaları kapsamında, birinci basamakta özellikle hemşireler ve ebeler toplum değişimlerini ve gereksinimlerini erken dönemde tanımlayabilecek konumdadır. Bu nedenle, aile sağlığı hizmetleri kapsamında hemşire ve ebelerin toplum temelli çalışmalar kapsamında yukarıda aile demografisi başlığı altında sayılan parametrelere ilişkin değişimleri istatistiksel boyutta değerlendirmeleri ve bu konuda gözlem ve bölgesel gereksinimleri saptamak için tanımlayıcı çalışmalar yürütmeleri büyük önem taşımaktadır.

Toplumsal değişimleri inceleyen birçok uzman günümüzde mevcut sosyoekonomik koşullar, nüfus değişimleri, savaş, işsizlik, yaşam süresinin uzaması, yaşlı sayısının artması, buna karşın doğum oranının düşmesi, evlenme, doğurma oranlarının azalması, boşanmaların artması, tek başına yaşayan, tek ebeveynli çocuk büyütmeye çalışan kişi sayısının artması, işsizlik ile birlikte sigortasız birey sayısının artması, yaşlı nüfusun artması ile birlikte önceleri ana çocuk sağlığı odaklı iken yaşlı bakımı /evde sağlık hizmetleri gereksinimi yönünde evirildiği vurgulanmaktadır. Dolayısıyla tüm faktörlerin dikkate alınması, değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

Adalı, T. ve Çavlin, (2019). Türkiye'de kürtajın yaygınlığı ve kürtaj kararını etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi, 39(2), 359-378. https://doi.org/10.26650/SJ.2019.39.2.0105

Avcı, İA.,(2020). Halk Sağlığı, Ed. Erci, B., Halk Sağlığı Hemşireliği kitabı içinde s.1, Anadolu Nobel Tıp Kitabevi, ISBN: 978-605-839-289-2.

Aydıner Boylu, A., & Öztop, H. (2013). Tek Ebeveynli Aileler: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sosyoekonomi, 19(19). https://doi.org/10.17233/se.37916

Bilgel, N., Tunç, E., (). Aile Hekimliği: Tanımı, Tarihçesi, Amacı ve Önemi, Ed. Bilgel, N., Aile Hekimliği kitabı içinde, s.1-6, Medikal Tıp Kitabevi, 2006.

Esencan, TY., Altay, Ş., (2026). Ulusal ve Uluslararası Anne, Bebek ve Çocuk Ölüm Oranlarının Yirmi Yıllık Değişimi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi, 2026; 3(1): 47-56.

Güngör, A., (2023). Tek ebeveynli aileler: sosyal psikolojik bir değerlendirme, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 23(58), 129-155. https://doi.org/10.21560/spcd.vi.1154433

Özdemir, M., (2020). Aile Hekimliğinin Toplumsal Hizmet Kapsamı ve Ağı, Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar, 91-96.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni (2024) sy:1

Sofuoğlu Demirbaş, Ü., & Zorlu, T. (2024). Değişen Yaşam Biçimleri Çerçevesinde Konut Tercihlerinin Tüketim Kültürü İle İlişkisi: Trabzon İli Örneği. Modular Journal,

7(1-2), 138-159. https://doi.org/10.59389/modular.1556283

Soysal, G., Özcan, C., & Akın, A. (2022). Dünyada ve Türkiye'de kadın, anne ve çocuk sağlığının güncel durumu. Sağlık ve Toplum, 32(1), 3-13.

Şahlar, T. E., & Hisar, K. M. (2021). Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemini Değiştirme Nedenleri. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3), 250-258. https://izlik.org/JA48GU68UX

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/Turkiye_Anne_Olumleri_Raporu_2015-2019.pdf (Erişim Tarihi: 01/05/2026).

Tosun, EK., Fırat, Z., (2012). Kentsel Mekândaki Değişimler ve Kişilerin Konut Tercihleri: Bursa Örneği, İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, cilt.3, sa.1, ss.173-195

Turğut,M., Feyzioğlu,S., (2013). Türkiye Aile Yapısı Araştırması: Tespitler, Öneriler, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci Basım, 2014, İstanbul

Türkiye İstatistik Kurumu, Bina ve Konut Nitelikleri Araştırması, 2021https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/45870 (Erişim Tarihi: 27/04/2026).

Türkiye İstatistik Kurumu, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2025. https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/58165 (Erişim Tarihi: 01/05/2026).

Türkiye İstatistik Kurumu, Gelir Dağılımı İstatistikleri, 2025 https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/53993 (Erişim Tarihi: 29/04/2026).

Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Aile, 2024 https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/53898 (Erişim Tarihi: 20/04/2026).

Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri,2024. https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54195 (Erişim Tarihi: 30/04/2026).

Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK, Eğitim Durumu İstatistikleri, 2024 https://nip.tuik.gov.tr/?value=EgitimDurumu (Erişim Tarihi: 01/05/2026).

Türkiye İstatistik Kurumu, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2025 https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54199 (Erişim Tarihi: 01/05/2026).

Türkiye İstatistik Kurumu,Türkiye'de İstatistiklerle Kadın 2025, https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/ist_kadin2025.pdf (Erişim Tarihi: 01/05/2026).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018, Anne Sağlığı ve Bakımı, sy:85

Yıldız, Y (2017). Tek ebeveynli çocukların yaşam deneyimleri, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ALANINDA GÜNCEL KONULAR VE AKADEMİK DEĞERLENDİRMELER

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com