

Halk Sağlığı Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar; Toplum, Teknoloji ve Kültür Ekseninde

Editör
NAİLE BİLGİLİ



BİDGE Yayınları

**Halk Sağlığı Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar: Toplum,
Teknoloji ve Kültür Ekseninde**

Editör: NAİLE BİLGİLİ

ISBN: 978-625-372-956-1

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2025-12-25

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İÇİNDEKİLER

SANAL DÜNYANIN GÖRÜNMEZ KELEPÇESİ: FOMO (GELİŞMELERİ KAÇIRMA KORKUSU)	1
--	---

HATUN ERKURAN

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE REHABİLİTASYON SÜREÇLERİ	10
---	----

HANİFİ DÜLGER, MİRAC SEZER BAYHAN

HEMŞİRELERİN LİDERLİK ÖZ YETERLİĞİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER	27
--	----

BAHAR KULEYİN, SERAP ALTUNTAŞ

GÖÇMEN VE SİĞİNMACI POPÜLASYONLARDA TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN KÜLTÜREL ADAPTASYONU	39
--	----

MEHMET SALİH YILDIRIM, MEHMET EMİN ATAY

SAĞLIK SİSTEMLERİNDE KRİZ YÖNETİMİ: SAĞLIK YÖNETİMCİSİ VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN STRATEJİK VE BÜTÜNLEŞİK KATKISI	53
---	----

MELEK ÖZTÜRK

JEFFRIES SİMÜLASYON TEORİSİ'NİN TARİHSEL GELİŞİMİ	68
--	----

GAMZE AĞARTIOĞLU KUNDAKÇI

BAKIM VERME SÜRECİNDE ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN CİNSEL SAĞLIĞI	81
---	----

HÜMEYRA HANÇER TOK

BÖLÜM 1

SANAL DÜNYANIN GÖRÜNMEZ KELEPÇESİ: FOMO (GELİŞMELERİ KAÇIRMA KORKUSU)

1. HATUN ERKURAN¹

Giriş

Günümüzde akıllı cihazların ve sosyal medya platformlarının yaygınlaşmasıyla birlikte, bireyler sanal dünyada sürekli bir mevcudiyet gösterme eğilimi içerisinde (Bakıoğlu et al., 2022: 2; Zhang, 2025:1). Bu durum, Fear of Missing Out (FoMO), yani gelişmeleri veya bir şeyleri kaçırma korkusu olarak bilinen yaygın bir kaygı türünü beraberinde getirmiştir (Bakıoğlu et al., 2022:2; Piko et al., 2025:1). FoMO, bireyin başkalarının kendisinin yokluğunda ödüllendirici deneyimler yaşıyor olabileceğine dair hissettiği derin bir endişe ve başkalarının ne yaptığını sürekli takip etme arzusu olarak tanımlanmaktadır (Gao et al., 2023:2; Huang, 2025:1; Piko et al., 2025:1). Bu kaygı türü, hem çevrimdışı hem de çevrimiçi ortamlarda mevcut olsa da, sosyal ağ siteleri bireylerin birbirlerinin hayatlarından sürekli haberdar olmasına imkân tanıdığı için dijital çağda çok daha belirgin hale

¹ Dr.Öğr.Gör, Gümüşhane Üniversitesi, Kelkit Sema Doğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Orcid: 0000-0002-0860-5747

gelmiştir (Alutaybi et al., 2020:1; Gao et al., 2023:2; Piko et al., 2025:1).

Kavramsal Temeller: Kişilik Özelliği ve Durumluk FoMO

Gelişmeleri kaçırma korkusu (FoMO), sadece dijital çağın bir yan ürünü değil, kökleri insanlık tarihindeki "başkalarından geri kalmama" dürtüsüne dayanan modern bir kaygı türüdür (Piko et al., 2025:2). Ancak kaynaklar, FoMO'nun iki farklı boyutta ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır: Genel Trait-FoMO (kişilik özelliği olarak genel bir eksiklik hissi) ve Online-State FoMO (sosyal medya kullanımı sırasında tetiklenen geçici bilişsel sapma) (Mao & Zhang, 2023:1392; Piko et al., 2025:2). Kişilik özelliği olan FoMO, bireyin yaşam doyumsuzluğu ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmamasıyla ilişkilidir; online durum FoMO'su ise akıllı telefonların sürekli çevrimiçi olma özelliği ve bildirim bombardımanı ile beslenir (Mao & Zhang, 2023:1393; Piko et al., 2025:2).

Psikolojik Tetikleyiciler ve Bağlanma Stilleri

FoMO'nun arkasındaki en güçlü itici güç sosyal karşılaştırmadır (Piko et al., 2025:2). Bireyler, başkalarının dijital vitrinlerindeki "idealize edilmiş" yaşamlarını kendi gerçeklikleriyle kıyasladıklarında yetersizlik hissine kapılırlar (Mao & Zhang, 2023:1393; Piko et al., 2025:2). Bu süreçte bireyin bağlanma stili kritik bir rol oynar. Özellikle "kaygılı" ve "saplantılı" bağlanma stiline sahip bireyler, sosyal onay ve kabul görme ihtiyaçları daha yüksek olduğu için FoMO'ya ve buna bağlı sosyal medya bağımlılığına çok daha yatkındırlar (Gori et al., 2023:2).

Ayrıca, mükemmeliyetçilik kavramı da FoMO'yu iki farklı yönden etkiler:

- Uyumsuz Mükemmeliyetçilik: Hata yapma korkusu ve başkalarının değerlendirmelerine aşırı duyarlılık FoMO'yu ve teknoloji kullanımındaki stresi artırır (Piko et al., 2025:2; Wan & Zhou, 2025:3).

- Uyumlu Mükemmeliyetçilik: Yüksek standartlar belirleme ancak gerçekçi hedeflere odaklanma yetisi, aslında FoMO'ya karşı koruyucu bir kalkan görevi görebilir ve bireyin dijital dünyada daha öz-düzenlemeli davranmasını sağlar (Wan & Zhou, 2025:3).

Yaşam Döngüsü Boyunca FoMO: Ergenlikten Yaşlılığa

FoMO genellikle gençlerle özdeşleştirilse de, kaynaklar bu fenomenin tüm yaş gruplarını etkilediğini göstermektedir:

- Ergenler ve Genç Yetişkinler: Kimlik arayışı ve sosyal kabul ihtiyacı nedeniyle en riskli gruptur. Özellikle kız çocuklarında ve sabah okul saatlerinde sosyal medyaya erişimi sınırlı olan öğrencilerde FoMO düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Maciel-Saldierna et al., 2024:1024).

- Yaşlılar: Çin'deki yaşlılar üzerinde yapılan araştırmalar, yalnızlık hissinin yaşlı bireyleri "duygusal tazminat" arayışıyla WeChat gibi platformları aşırı kullanmaya ve dolayısıyla FoMO deneyimlemeye ittiğini ortaya koymaktadır (Cui et al., 2024:3070).

Kaçırma Korkusunun Fiziksel ve Sosyal Bedelleri

FoMO sadece zihinsel bir huzursuzluk değil, aynı zamanda ciddi bir sağlık tehdididir:

- Uyku Bozuklukları: FoMO, bireyleri gece geç saatlerde sosyal medya kullanımına (davranışsal gecikme) iterken, aynı zamanda yatağa girildiğinde "bilişsel uyarılmayı" artırarak uykuya dalma süresini uzatır ve uyku kalitesini düşürür (Scott & Woods, 2018:61).

- Sosyal Medya Yorgunluğu: FoMO ve sosyal medya yorgunluğu arasında karşılıklı bir döngü vardır; FoMO yorgunluğu tetiklerken, yorgun hissedip platformdan uzaklaşan birey bu sefer de bir şeyleri kaçırdığı endişesiyle daha fazla FoMO yaşar (Yao et al., 2025:2).

- Gösterişçi Tüketim ve Influencer Etkisi: Sosyal medya fenomenlerinin (influencers) sergilediği lüks yaşam tarzı, takipçilerde hem onları taklit etme arzusunu hem de "güncel trendlerin dışında kalma" korkusunu (FoMO) tetikleyerek bilinçsiz tüketime yol açar (Dinh & Lee, 2024:1).

Dijital Dayanıklılık İçin FoMO Azaltma Yöntemi

Literatür, FoMO ile mücadelede sadece iradeye güvenmenin yeterli olmadığını, yapılandırılmış yöntemlerin gerektiğini savunur. FoMO azaltma yöntemi bu noktada üç temel aşama önerir (Alutaybi et al., 2020:2):

-Hazırlık ve Farkındalık: Bireyin hangi durumlarda FoMO yaşadığını (örneğin: bildirim gelmediğinde, başkaları eğlenirken vb.) teşhis etmesi (Alutaybi et al., 2020:9).

-Teknik ve Sosyal Önlemler:

- Teknik: Otomatik yanıtlayıcılar, bildirim filtreleme ve durum bilgisi (meşgul, araç kullanıyor vb.) paylaşma (Alutaybi et al., 2020:9).
- Sosyal: Kendi kendine olumlu telkin ("Hemen cevap vermek zorunda değilim") ve beklenti yönetimi (Değer, Uygunluk, Format, Zaman ilkeleriyle paylaşım yapma) (Alutaybi et al., 2020:10).

-Öz-Denetim ve Bilinçli Farkındalık: Bilinçli farkındalık eğitimleri, bireyin "şu ana" odaklanmasını sağlayarak dijital dünyadaki uyaranlara karşı duyarsızlaşmasına ve öz-denetim mekanizmalarını güçlendirmesine yardımcı olur (Huang, 2025:4; Piko et al., 2025:2; Zhang, 2025:3)

FoMO'yu Tetikleyen Psikolojik Faktörler

FoMO'nun gelişmesinde ve sürdürülmesinde çeşitli psikolojik değişkenler kritik rol oynamaktadır. Araştırmalar, sosyal karşılaştırmanın FoMO'nun en güçlü yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Piko et al., 2025:2). Bireyler, başkalarının sosyal medyada paylaştığı başarılarını, zenginliklerini veya lüks yaşam tarzlarını kendi hayatlarıyla kıyasladıklarında kendilerini eksik veya yetersiz hissedebilmektedir. Bu durum, “başkalarından geri kalmama” çabasının modern bir dijital yansıması olarak görülebilir (Dinh & Lee, 2024:4; Piko et al., 2025:2).

Bir diğer önemli faktör ise yalnızlık hissidir (Piko et al., 2025:2). Yetersiz sosyal bağlantılardan kaynaklanan yalnızlık duygusu, bireyleri sosyal izolasyon hissini azaltmak için çevrimiçi etkileşim aramaya itmekte, bu da sosyal medyada geçirilen sürenin artmasına ve dolayısıyla kaçırma korkusunun tetiklenmesine neden olmaktadır (Alzain et al., 2025:2; Piko et al., 2025:2; Wan & Zhou, 2025:2). Ayrıca, mükemmeliyetçilik de FoMO ile yakından ilişkilidir. Mükemmeliyetçi tutumlara sahip bireyler, sosyal durumlarda başarısız olma veya reddedilme korkusu yaşadıkları için toplumsal kabul görmek adına sürekli güncel kalma baskısı hissederler (Piko et al., 2025:2).

Kaçırma Korkusunun Olumsuz Etkileri

FoMO'nun sıkça deneyimlenmesi, bireyin genel iyi oluş hali üzerinde yıkıcı sonuçlar doğurabilir (Piko et al., 2025:2; Tang & He, 2025:2). Bu durum; stres, kaygı, depresif belirtiler, düşük canlılık ve yaşam doyumunda azalma ile ilişkilendirilmiştir

(Bakioglu et al., 2022:2; Gao et al., 2023:2; Piko et al., 2025:2). Fiziksel düzeyde ise FoMO, özellikle uyku öncesi artan bilişsel uyarılma nedeniyle uyku kalitesinin bozulmasına ve yorgunluğa yol açmaktadır (Piko et al., 2025:2; Scott & Woods, 2018:61; Ye et al., 2023:2).

Ayrıca, FoMO'nun etkisi altındaki bireylerde sosyal medya bağımlılığı ve "nomofobi" (akıllı telefondan uzak kalma korkusu) gibi sorunlu teknoloji kullanımı davranışları daha sık görülmektedir (Bakioglu et al., 2022:2; Piko et al., 2025:2). Sosyal ortamlarda kişinin çevresindeki insanları görmezden gelerek telefonuyla ilgilenmesi anlamına gelen "phubbing" davranışı da FoMO'nun önemli bir sonucudur (Gao et al., 2023:2).

Sonuç

Sosyal medya bağımlılığı, sosyal karşılaştırma, yalnızlık ve mükemmeliyetçilik gibi unsurlar FoMO'nun karmaşık ağını ören temel ipliklerdir (Piko et al., 2025:2). Bu korku, bireyi sanal bir döngüye hapsederek gerçek dünyadaki huzurunu çalabilir (Piko et al., 2025:2; Yao et al., 2025:5). Ancak, bilinçli teknoloji kullanımı ve öz-düzenleme becerilerinin geliştirilmesiyle, sosyal medyanın sunduğu imkânlardan kaygı duymadan faydalanmak mümkündür (Huang, 2025:2; Piko et al., 2025:2).

FoMO'yu hissetmek, rengârenk vitrinlerle dolu devasa bir alışveriş merkezinde elinizde boş bir sepetle sürekli koşturmaya benzer; her dükkana girmeye ve her indirimi yakalamaya çalışırken, aslında hiçbir şeye sahip olamadan sadece yorulursunuz. Oysa sepetinizi sadece gerçekten ihtiyacınız olanlarla doldurmak ve yavaşlayıp vitrinlerin ötesindeki hayatı görmek, asıl tatmini getiren şeydir.

Kaynakça

Alutaybi, A., Al-Thani, D., McAlaney, J., & Ali, R. (2020). Combating Fear of Missing Out (FoMO) on Social Media: The FoMO-R Method. *Int J Environ Res Public Health*, 17(17). doi:10.3390/ijerph17176128

Alzain, M. A., Shukri, A. K., Qahti, A. A., Alali, A. H. A., Algethami, M. R., & Alshahrani, N. Z. (2025). Are Loneliness and Fear of Missing Out Linked to Social Media Addiction? Insights From a Cross-Sectional Study Among Young Adults in Saudi Arabia. *Brain Behav*, 15(12), e71137. doi:10.1002/brb3.71137

Bakioglu, F., Deniz, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). Adaptation and validation of the Online-Fear of Missing Out Inventory into Turkish and the association with social media addiction, smartphone addiction, and life satisfaction. *BMC Psychol*, 10(1), 154. doi:10.1186/s40359-022-00856-y

Cui, S. K., Jiang, J. J., & Mu, L. P. (2024). The Relationship Between Loneliness and the Overuse of WeChat Among Chinese Elderly: The Chain Mediation Role of Sensation Seeking and Fear of Missing Out. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 3067-3081. doi:10.2147/Prbm.S467221

Dinh, T. C. T., & Lee, Y. (2024). Social media influencers and followers' conspicuous consumption: The mediation of fear of missing out and materialism. *Heliyon*, 10(16), e36387. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e36387

Gao, B., Shen, Q., Luo, G., & Xu, Y. (2023). Why mobile social media-related fear of missing out promotes depressive symptoms? the roles of phubbing and social exclusion. *BMC Psychol*, 11(1), 189. doi:10.1186/s40359-023-01231-1

Gori, A., Topino, E., & Griffiths, M. D. (2023). The associations between attachment, self-esteem, fear of missing out,

daily time expenditure, and problematic social media use: A path analysis model. *Addictive Behaviors*, 141. doi:ARTN 107633 10.1016/j.addbeh.2023.107633

Huang, X. (2025). Mindfulness in social media exposure: the pressure-reducing valve for fear of missing out and social media fatigue. *Front Psychol*, 16, 1641462. doi:10.3389/fpsyg.2025.1641462

Maciel-Saldierna, M., Méndez-Garavito, I. R., Elizondo-Hernandez, E., Fuentes-Orozco, C., González-Ojeda, A., Ramírez-Ochoa, S., . . . Cervantes-Guevara, G. (2024). Social Media Use and Fear of Missing out: An Exploratory Cross-Sectional Study in Junior High Students from Western Mexico. *Pediatric Reports*, 16(4), 1022-1033. doi:10.3390/pediatric16040087

Mao, J., & Zhang, B. (2023). Differential Effects of Active Social Media Use on General Trait and Online-Specific State-FoMO: Moderating Effects of Passive Social Media Use. *Psychol Res Behav Manag*, 16, 1391-1402. doi:10.2147/PRBM.S404063

Piko, B. F., Muller, V., Kiss, H., & Mellor, D. (2025). Exploring contributors to FoMO (fear of missing out) among university students: The role of social comparison, social media addiction, loneliness, and perfectionism. *Acta Psychol (Amst)*, 253, 104771. doi:10.1016/j.actpsy.2025.104771

Scott, H., & Woods, H. C. (2018). Fear of missing out and sleep: Cognitive behavioural factors in adolescents' nighttime social media use. *J Adolesc*, 68, 61-65. doi:10.1016/j.adolescence.2018.07.009

Tang, Y., & He, W. (2025). Impact of social media addiction on college students' academic procrastination: a chain mediated effect of lack of self-control and fear of missing out. *Front Psychol*, 16, 1668567. doi:10.3389/fpsyg.2025.1668567

Wan, J., & Zhou, Z. S. (2025). The relationship between state-fear of missing out, loneliness, adaptive perfectionism and social media use in university students: a questionnaire and intervention study. *BMC Psychology*, 13(1). doi:ARTN 761 10.1186/s40359-025-03090-4

Yao, X., Zhao, J. Z., Chao, W. F., Gao, D. D., Wang, M. H., & Zhao, G. X. (2025). Relationship Between Fear of Missing Out and Social Media Fatigue: Cross-Lagged Panel Design. *Journal of Medical Internet Research*, 27. doi:ARTN e75701 10.2196/75701

Ye, X., Li, Y., Liu, Y., Zheng, Q., Lin, Z., Zeng, Y., . . . Liu, T. (2023). Effect of fear of missing out on learning burnout in medical students: a moderated mediation. *Front Psychiatry*, 14, 1289906. doi:10.3389/fpsyt.2023.1289906

Zhang, Y. (2025). Caught in the loop: the role of volitional control in the FoMO and social media addiction cycle. *Front Psychol*, 16, 1583921. doi:10.3389/fpsyg.2025.1583921

BÖLÜM 2

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE REHABİLİTASYON SÜREÇLERİ

Hanifi DÜLGER¹
Miraç SEZER BAYHAN²

Giriş

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşabilmesi, bu bilgiyi anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve gündelik yaşamında sağlıkla ilişkili kararlarına yansıtabilmesiyle ilişkili çok boyutlu bir kapasitedir. Güncel yaklaşımlar, sağlık okuryazarlığını yalnızca bireysel bir bilişsel yeterlilik alanı olarak ele almaz. Sağlık davranışlarını, sağlık hizmetlerinin kullanım biçimini ve sağlıkla ilişkili sonuçları etkileyen önemli bir sosyal belirleyici olarak konumlandırır. Bu bakış açısı, odağı yalnızca bireyin becerilerine yöneltmez. Aynı zamanda sağlık sisteminin işleyişini, bilginin nasıl sunulduğunu ve hizmetlerin ne ölçüde erişilebilir ve anlaşılabilir olduğunu da değerlendirme alanına dahil eder (Nutbeam, 2008: 2072; Sørensen ve ark., 2012; Nutbeam ve Lloyd, 2021: 159).

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-2442-6538

² Dr. Öğretim Üyesi, Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Orcid: 0000-0001-8435-599X

Rehabilitasyon hizmetleri, sağlık okuryazarlığının etkilerinin en belirgin biçimde ortaya çıktığı sağlık alanlarından biridir. Rehabilitasyon, doğası gereği bireyin pasif bir hizmet alıcısı olarak kalmasına izin vermez. Tedavi süreci, bireyin hedefleri anlamasını, uygulamaları öğrenmesini, klinik ortamın dışında sürdürmesini ve karşılaştığı glklri yönetmesini gerektirir. Bu zellik, rehabilitasyonu diğer birçok sağlık hizmetinden ayırır ve sağlık okuryazarlığını sürecin merkezine yerleştirir (Hahn ve ark., 2017: e71; Voigt-Barbarowicz ve ark., 2022).

Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında sağlık okuryazarlığı, sağlık eşitsizliklerinin ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkili bir faktördür. Bilginin karmaşık sunulması, hizmetlerin parçalı yapısı ve iletişimin teknik bir dile yaslanması, sağlık okuryazarlığı sınırlı bireyler için somut engeller yaratır. Bu engeller, koruyucu hizmetlerden yeterince yararlanamama, sağlık hizmetlerine geç ya da uygunsuz başvurma ve kronik hastalıkların etkin biçimde yönetilememesi gibi sonuçlarla birleşebilir. Rehabilitasyon bağlamında bu durum, ev programlarının sürdürülememesi, tedaviye katılımın azalması ve kazanımların kısa sürede kaybedilmesi şeklinde somutlaşır (Berkman ve ark., 2011: 97; DeWalt ve ark., 2004: 1228; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007: S19).

Rehabilitasyon süreçlerinin önemli bir bölümü klinik ortamın dışına taşar. Ev programları, öz yönetim stratejileri ve yaşam tarzı düzenlemeleri, bireyin günlük yaşamında sürdürmesi beklenen temel bileşenlerdir. Bu gerçek, sağlık okuryazarlığının yalnızca tedaviye uyumla sınırlı olmadığını gösterir. Aynı zamanda fonksiyonel kazanımların korunması, geliştirilmesi ve bireyin bağımsızlığının sürdürülebilmesi için belirleyici bir rol üstlenir. Rehabilitasyonun başarısı, büyük lde bireyin sağlık bilgisini kendi yaşam bağlamına uyarlayabilme kapasitesine bağlıdır (Hahn ve ark., 2017: e71; Altan ve Cila, 2024: 452).

Bu noktada önemli bir sorun ortaya çıkar. Klinik uygulamada, sağlık profesyonelleri çoğu zaman bireyin verilen bilgiyi anladığını varsayar. Ancak bilgi, klinik ortamda anlaşılmış görünse bile günlük yaşamda uygulanamayabilir. Ağrı, zaman kısıtı, motivasyon kaybı ya da çevresel engeller, rehabilitasyon programlarının sürdürülebilirliğini zorlaştırır. Bu kopukluk, rehabilitasyon çıktılarının yalnızca klinik müdahalelerin niteliğiyle açıklanamayacağını, sağlık okuryazarlığının sürecin işlevsel bir bileşeni olduğunu gösterir (van der Scheer-Horst ve ark., 2023: 1; Voigt-Barbarowicz ve ark., 2022).

Halk sağlığı ile fizik tedavi ve rehabilitasyonun kesiştiği bu zeminde, bireysel işlevsellik hedefleri toplum düzeyinde bağımsızlık, katılım ve yaşam kalitesi hedefleriyle birlikte ele alınabilir. Sağlık okuryazarlığı bu bağlamda, rehabilitasyonun kısa vadeli sonuçlarını değil, uzun vadeli etkililiğini ve sürdürülebilirliğini belirleyen stratejik bir unsur olarak öne çıkar (Nutbeam ve Lloyd, 2021: 159; Kickbusch ve ark., 2013).

Bu bölümün amacı, sağlık okuryazarlığını rehabilitasyon süreçleri bağlamında halk sağlığı ve fizik tedavi ve rehabilitasyon ekseninde bütüncül biçimde ele almaktır. Bu kapsamda önce sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesi ve sosyal belirleyici olarak konumu açıklanacaktır. Ardından rehabilitasyon süreçlerinde sağlık okuryazarlığının klinik ve toplumsal yansımaları tartışılacaktır. Bakım verenlerin rolü, toplum temelli yaklaşımlar ve dijitalleşmenin rehabilitasyon üzerindeki etkileri de bu çerçeve içinde değerlendirilecektir. Bölümün temel hedefi, sağlık okuryazarlığının rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve sunumunda neden çekirdek bir bileşen olarak ele alınması gerektiğini, disiplinler arası bir bakış açısıyla açık ve tutarlı bir akış içinde ortaya koymaktır. Bu yaklaşım, rehabilitasyonun yalnızca klinik sonuçlarını değil, uzun dönem işlevsellik ve katılım üzerindeki etkilerini de görünür kılmayı amaçlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013).

Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal ve Sosyal Boyut

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilişkili bilgiye erişmesi, bu bilgiyi anlaması, eleştirel biçimde değerlendirmesi ve sağlıkla ilgili kararlarında kullanmasıyla ilgilidir. Bu tanım, yalnızca bilginin varlığını değil, bilginin işlev kazanmasını merkeze alır. Erken dönem yaklaşımlar çoğunlukla bireyin okuma, anlama ve temel bilişsel becerilerine odaklanmıştır. Güncel yaklaşım ise sağlık okuryazarlığını, birey ile sağlık sistemi arasındaki etkileşimi belirleyen bir yapı olarak ele alır. Böylece sağlık okuryazarlığı, bireyin kapasitesi kadar, sistemin anlaşılabilirliği ve hizmetin erişilebilirliği ile düşünülür. Bu bütüncül yaklaşım, sağlık okuryazarlığını statik bir bireysel özellikten çok, bağlama duyarlı ve değişebilir bir kapasite olarak tanımlar (Nutbeam, 2008: 2072; Sørensen ve ark., 2012; Nutbeam ve Lloyd, 2021: 159).

Kavramsal çerçeve genellikle dört temel süreç üzerinden ilerler. Birey önce bilgiye erişir. Sonra bilgiyi anlar. Ardından bilgiyi değerlendirir. Son olarak bu bilgiyi davranışa ve karara dönüştürür. Bu süreçler birbirinden kopuk değildir. Birindeki aksama, diğerlerinin işlevini doğrudan sınırlar. Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde ve uzun süreli bakım gerektiren durumlarda bu bütünlük daha belirgin hale gelir. Çünkü birey yalnızca verilen bilgiyi anlamakla kalmaz. Bilgiyi değişen klinik koşullara ve yaşam bağlamına uyarlamak zorunda kalır. Rehabilitasyon bağlamında bu uyarlama gereksinimi daha da belirgindir. Çünkü bilgi, çoğu zaman klinik ortamın dışında, bireyin kendi başına karar verdiği anlarda işlev kazanır. Sağlık okuryazarlığının işlevsel niteliği, tam da bu uyarlama kapasitesinde görünür olur (Sørensen ve ark., 2012; Nutbeam, 2008: 2073).

Halk sağlığı bakış açısı, sağlık okuryazarlığını sağlık davranışları, hizmet kullanımı ve sağlık sonuçları üzerinde etkili bir sosyal belirleyici olarak ele alır. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olduğunda koruyucu hizmetlerden yararlanma azalabilir, sağlık

hizmetlerine geç başvuru artabilir, tedavi seçenekleri arasındaki farkları anlamak zorlaşabilir ve öz yönetim becerileri zayıflayabilir. Bu zincir, bireysel düzeyde riskleri artırırken toplum düzeyinde eşitsizlikleri derinleştirebilir. Rehabilitasyon alanında bu eşitsizlikler, hizmete erişimin ötesinde, verilen bilginin anlaşılması, ev programlarının sürdürülebilmesi ve uzun dönem izlem süreçlerinin devamlılığı üzerinden somutlaşır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, bireysel bir yeterlilik alanı olarak ele alındığında eksik kalır. Toplum sağlığını etkileyen yapısal bir faktör olarak değerlendirilmesi gerekir (Berkman ve ark., 2011: 97; DeWalt ve ark., 2004: 1228; Nutbeam ve Lloyd, 2021: 160).

Rehabilitasyon bağlamında sağlık okuryazarlığı ayrı bir ağırlık kazanır. Rehabilitasyon, süreklilik ve katılım gerektirir. Hedeflerin anlaşılması, uygulamaların doğru öğrenilmesi, güvenli biçimde sürdürülmesi ve uzun vadede davranışa dönüşmesi, bireyin sağlık bilgisiyle kurduğu ilişkiye bağlıdır. Bu süreçte sağlık okuryazarlığı, yalnızca “bilgiyi bilme” değil, uygulamayı planlama, önceliklendirme ve günlük yaşam koşullarına uyarlama becerisini de kapsar. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, rehabilitasyonda yalnızca tedaviye uyumu değil, fonksiyonel kazanımların korunmasını ve geliştirilmesini de belirleyen temel bir unsur haline gelir (Hahn ve ark., 2017: e71; Voigt-Barbarowicz ve ark., 2022).

Klinik uygulamada sağlık okuryazarlığı çoğu zaman doğrudan değerlendirilmez. Bireyin verilen bilgiyi anladığı varsayılır ve süreç bu varsayım üzerinden ilerler. Oysa bilgi, klinik ortamda anlaşılmış gibi görünse bile günlük yaşamda karşılaşılan engellerle işlevini yitirebilir. Bu görünmez kopukluk, rehabilitasyonun neden beklenen etkiyi göstermediğini açıklayan önemli ancak sıklıkla gözden kaçan bir boyuttur. Sağlık okuryazarlığı, bu nedenle yalnızca bir arka plan özelliği değil, rehabilitasyon sürecinin aktif bir bileşeni olarak ele alınmalıdır (van der Scheer-Horst ve ark., 2023: 1; Voigt-Barbarowicz ve ark., 2022).

Sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik yaklaşımlar, rehabilitasyon hizmetlerinin etkililiğini artırmanın ötesinde bir değer taşır. İşlevsel bağımsızlığı destekler, uzun dönem bakım gereksinimini azaltabilir ve sağlık sistemleri üzerindeki yükü hafifletebilir. Bu kazanımlar, yalnızca bireysel düzeyde değil, hizmet sunumu ve planlama düzeyinde de anlam taşır. Bu yönüyle sağlık okuryazarlığı, rehabilitasyon hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından stratejik bir alan olarak görülmelidir (Nutbeam ve Lloyd, 2021: 162; Kickbusch ve ark., 2013).

Rehabilitasyon, klinikte uygulanan müdahalelerle başlar ancak klinikte tamamlanmaz. Sürecin belirleyici kısmı, bireyin öğrendiklerini yaşamına aktarabilmesinde ve sürdürebilmesinde ortaya çıkar. Bu nedenle rehabilitasyon çıktıları, yalnızca biyomedikal şiddet ya da fonksiyonel kayıp düzeyiyle açıklanamaz. Bireyin tedaviye ilişkin bilgiyle nasıl ilişki kurduğu, bilgiyi nasıl anlamlandığı ve davranışa nasıl dönüştürdüğü, sonuçları doğrudan etkiler (Hahn ve ark., 2017; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007: S20).

Sağlık okuryazarlığı rehabilitasyon bağlamında, bilgilendirilmiş olmanın ötesini ifade eder. Birey, önerilen uygulamanın amacını, dozunu, sınırlarını ve güvenlik boyutunu kavramak zorundadır. Daha da önemlisi, bu bilgiyi değişen yaşam koşullarına uyarlayabilmelidir. Uygulamaların sürekliliği, bu uyarlama becerisiyle yakından ilişkilidir. Rehabilitasyonun gündelik yaşama taşındığı noktada, sağlık okuryazarlığı sürecin aktif bileşeni haline gelir (Altan ve Cila, 2024: 452; Voigt-Barbarowicz ve ark., 2022).

Hasta katılımı, bu ilişkinin en görünür olduğu alandır. Katılım, kişinin verilen programı uygulamasıyla sınırlı değildir. Hedeflerin belirlenmesi, seçeneklerin değerlendirilmesi, kararların paylaşılması ve uygulamaların sürdürülmesi boyunca aktif rol almayı içerir. Bu rol, ancak kişi kendi durumunu anlayabildiğinde,

risk ve yararları tartabildiğinde ve önerileri yaşamına uyarlayabildiğinde kurulabilir. Katılım güçlendikçe rehabilitasyon daha gerçekçi hedeflerle ilerler, uyum artar, kopmalar azalır (Hahn ve ark., 2017; Berkman ve ark., 2011: 100).

Rehabilitasyonda sık görülen bir sorun, sağlık profesyonelinin bireyin anladığını varsaymasıdır. Birey çoğu zaman saygı gereği ya da ortamın otoritesi nedeniyle “anladım” der. Ancak ev ortamında, ağrı arttığında, zaman kısıtı oluştuğunda veya motivasyon düştüğünde uygulama sürdürülemez hale gelebilir. Bu kopukluk, özellikle egzersiz eğitimi, güvenli hareket paternleri ve ağrı yönetimi gibi uygulamaya dayalı alanlarda daha belirginleşir. Bu nedenle rehabilitasyon iletişimi, sadece bilgi vermeye dayanamaz. Bireyin anladığını doğrulayan, geri bildirim alan, basamaklandırılmış ve günlük yaşama bağlanan bir iletişim yaklaşımı gerekir (van der Scheer-Horst ve ark., 2023: 2).

Birinci basamak fizyoterapi uygulamalarında zaman kısıtlılığı ve hizmet yoğunluğu, iletişimi sadeleştirmeyi zorunlu kılar. Ancak sadeleştirme plansız yapıldığında, bilgi eksik kalabilir ya da yanlış anlaşılabilir. Bu noktada sağlık okuryazarlığı farkındalığı, iletişim kalitesinin çekirdeğine yerleşir. Rehabilitasyon, teknik bilginin aktarımı kadar davranış değişikliğinin yönetimiyle ilgilidir. Davranış değişikliğinde anlaşılabilirlik, teknik doğruluk kadar belirleyicidir (van der Scheer-Horst ve ark., 2023; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007: S21).

Klinik alanda sağlık okuryazarlığını merkeze alan yaklaşım, rehabilitasyon planlamasında ek bir değişken olarak görülmemelidir. Hizmetin etkisini belirleyen temel bir bileşen olarak ele alınmalıdır. Özellikle dezavantajlı gruplarda erişim ve sürekliliği artırmak için yapılandırılmış eğitim, anlaşılır iletişim ve kullanıcı odaklı hizmet tasarımı birlikte düşünülmelidir (Kickbusch ve ark., 2013; Nutbeam ve Lloyd, 2021: 164).

Klinik Rehabilitasyon Alanlarında Gözlemler ve Eğilimler

Sağlık okuryazarlığının rehabilitasyon süreçlerindeki rolü, farklı klinik alanlarda gözlenen ortak örüntüler üzerinden giderek daha belirgin hale gelmiştir. Kas iskelet sistemi, nörolojik ve kronik hastalıklara yönelik rehabilitasyon uygulamalarında, bireyin sağlık bilgisiyle kurduğu ilişkinin tedavi sürecini doğrudan etkilediği görülmektedir. Bireyin bilgiyi anlama ve kullanma kapasitesi arttıkça tedaviye katılım güçlenir, kazanımlar daha tutarlı hale gelir ve sağlık hizmetlerinin kullanım biçimi daha uygun bir çizgiye yaklaşır. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının rehabilitasyon çıktıları üzerinde dolaylı fakat süreklilik gösteren bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir. Tersine, sağlık okuryazarlığı sınırlı olduğunda süreklilik bozulur, uygulama hataları artar ve hedeflerle sonuçlar arasındaki mesafe açılabilir (Berkman ve ark., 2011: 97; DeWalt ve ark., 2004: 1228; Hahn ve ark., 2017).

Kas iskelet sistemi rehabilitasyonunda bu ilişki özellikle egzersiz temelli müdahalelerde belirginleşir. Diz osteoartriti, bel ağrısı ve omuz sorunları gibi yaygın durumlarda rehabilitasyonun önemli bir bölümü klinik dışı uygulamalara dayanır. Birey egzersizin amacını kavramadığında, dozu doğru ayarlayamadığında ya da güvenli uygulama ilkelerini bilmediğinde iki temel risk ortaya çıkar. İlk risk, egzersizi erken dönemde bırakmasıdır. İkinci risk ise yanlış uygulama nedeniyle ağrının artması ve sürece duyulan güvenin azalmasıdır. Bu iki durum da rehabilitasyonun kesintiye uğramasına yol açabilir. Buna karşılık bilgi anlaşılır biçimde içselleştiğinde ve kişi uygulamayı doğru biçimde sürdürdüğünde ağrı kontrolü kolaylaşır, tedaviye katılım artar ve fonksiyonel iyileşme daha tutarlı bir seyir izler. Bu alanda gözlenen bulgular, sağlık okuryazarlığının egzersiz uyumunun önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir (Altan ve Cila, 2024: 452; Hahn ve ark., 2017).

Nörolojik rehabilitasyonda süreç daha karmaşık bir yapı sergiler. Kognitif yük, duyuşal motor etkilenim, iletişim güçlükleri

ve günlük yaşamda artan destek gereksinimi çoğu zaman bir arada bulunur. Bu tabloda sağlık okuryazarlığı, yalnızca hastaya ait bireysel bir özellik olarak ele alınamaz. Aile üyeleri ve sürece eşlik eden yakınlar, bilginin anlaşılması ve uygulanmasında belirleyici bir rol üstlenir. Kişi kendi durumunu anlayabildikçe ve iyileşme sürecine ilişkin gerçekçi beklentiler geliştirebildikçe rehabilitasyon hedefleri daha uygulanabilir hale gelir. Uygulamalar daha düzenli sürer, küçük ilerlemeler daha erken fark edilir ve olası gerileme işaretleri daha hızlı tanınabilir. Bu alanda sağlık okuryazarlığı ile bilişsel işlevler ve öz yönetim becerileri arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Bu etkileşim, nörolojik rehabilitasyonda iletişim ve eğitimin neden yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı kalamayacağını açıklamaktadır. Bu nedenle süreç, uyum sağlayan ve destekleyici bir yapı içinde planlanmalıdır (Hahn ve ark., 2017; Voigt-Barbarowicz ve ark., 2022).

Kronik hastalıklara yönelik rehabilitasyonda sağlık okuryazarlığının önemi daha da belirginleşir. Bu alanda temel hedef, kısa süreli bir iyileşmeden çok uzun dönemli denge ve sürdürülebilir bir yaşam düzeninin kurulmasıdır. Fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, semptomların izlenmesi, risk faktörlerinin yönetimi ve alevlenmelerle baş etme, büyük ölçüde günlük yaşama yerleşen kararlar üzerinden yürür. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, kronik hastalık rehabilitasyonunda destekleyici bir unsur değil, sürecin yapısal bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmelidir. Rehabilitasyonun uzun vadeli etkisi, bireyin bu yönetimi ne ölçüde sürdürebildiğiyle doğrudan bağlantılıdır (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007: S20; Berkman ve ark., 2011: 98; Nutbeam ve Lloyd, 2021: 161).

Rehabilitasyonda Aile Desteği ve Sağlık Okuryazarlığı

Rehabilitasyon süreçlerinde aile desteğinin rolü, özellikle ileri yaşta, nörolojik etkilenimi bulunan ya da belirgin fonksiyonel

kaybı olan bireylerde daha belirgin hale gelir. Günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, ev programlarının sürdürülmesi ve sağlık profesyonelleriyle kurulan iletişim çoğu zaman aile üyelerinin katkısıyla yürütülür. Bu durum, rehabilitasyonun yalnızca bireysel bir süreç olmadığını, aile bağlamı içinde şekillenen bir yapı taşıdığını gösterir. Bu nedenle aile üyelerinin sağlık okuryazarlığı, rehabilitasyon süreci üzerinde dolaylı fakat güçlü bir etki yaratır (Hahn ve ark., 2017; Voigt-Barbarowicz ve ark., 2022; Nutbeam ve Lloyd, 2021).

Aile yeleri sağlık bilgisini anladıkları ölçüde uygulamaya aktarır ve günlük yaşama taşır. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olduğunda bilgi parçalanır, öneriler yanlış anlaşılır ve uygulamalar süreklilik göstermez. Bu tutarsızlık, bakım kalitesinde dalgalanmaya ve rehabilitasyon hedeflerinden sapmaya yol açabilir. Semptomlardaki değişiklikleri geç fark etme, riskleri küçümseme ya da aşırı kaygı nedeniyle gereksiz başvurular gibi uçlara kayma görülebilir. Buna karşılıklı sağlık okuryazarlığı güçlü aile yeleri, egzersiz ve günlük yaşam uygulamalarını daha güvenli biçimde destekler, değişiklikleri daha erken fark eder ve uygun zamanda uygun sağlık hizmetine yönelir. Bu süreç, bireyin tedaviye katılımını güçlendirirken klinik izlem ve hizmet kullanımının daha dengeli ilerlemesine katkı sağlar (Berkman ve ark., 2011; Paasche-Orlow ve Wolf, 2007; Nutbeam ve Lloyd, 2021).

Bu gerçek, rehabilitasyon planlamasında aile desteğini yalnızca yardımcı bir unsur olarak ele almanın yetersiz olduğunu ortaya koyar. Aile yeleri, birçok rehabilitasyon sürecinde aktif bir bileşen olarak yer alır. Bu nedenle eğitim ve bilgilendirme yalnızca bireye odaklanmamalı, aileyi de kapsayan, anlaşılır ve uygulanabilir bir yapı içinde planlanmalıdır. Ailenin anlama düzeyini gözetten, günlük rutine uyarlanabilen ve bakım yükünü artırmadan netlik sağlayan bir iletişim yaklaşımı, rehabilitasyonun sürekliliğini destekler ve uzun vadeli kazanımların korunmasına doğrudan katkı

sağlar (van der Scheer-Horst ve ark., 2023; Hahn ve ark., 2017; Kickbusch ve ark., 2013).

Toplum Temelli Rehabilitasyon Yaklaşımlar

Halk sağlığı perspektifi, sağlık okuryazarlığını bireyin kişisel kapasitesiyle sınırlamaz. Toplum düzeyinde geliştirilebilecek bir kapasite olarak ele alır. Sağlık okuryazarlığının bireysel çabaların ötesinde sosyal çevre, hizmet sunumu ve politika düzeyindeki düzenlemelerle şekillendiğini kabul eder. Bu yaklaşım, rehabilitasyon hizmetlerinin yalnızca klinik mekânda sunulan bir paket olmadığını hatırlatır. Rehabilitasyonun başarısı, bireyin yaşadığı çevrenin koşullarıyla, sosyal destekle ve hizmete erişimle yakından ilişkilidir (Nutbeam ve Lloyd, 2021; Kickbusch ve ark., 2013; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013).

Dezavantajlı gruplarda bu ilişki daha görünür hale gelir. Düşük eğitim düzeyi, ileri yaş, sosyoekonomik yoksunluk ve kronik hastalık yükü hem sağlık okuryazarlığı hem rehabilitasyona erişim açısından eşitsizlik üretir. Eşitsizlik yalnızca hizmete ulaşmakla sınırlı kalmaz. Hizmeti anlama, sürdürme ve sonuç alabilme düzeyinde de devam eder. Bu nedenle toplum temelli yaklaşımlar, rehabilitasyonun sürekliliğini destekleyen önemli bir zemin oluşturur (Berkman ve ark., 2011; DeWalt ve ark., 2004; Nutbeam ve Lloyd, 2021).

Toplum temelli müdahaleler, sağlık bilgisinin daha anlaşılır ve ulaşılabilir hale getirilmesini hedefler. Grup eğitimleri, bireysel danışmanlıklar, ev temelli uygulamalar ve toplum kaynaklarının mobilize edilmesi, bilginin gündelik yaşamla bağına güçlendirir. Bu tür yaklaşımlar, bireylerin karar alma süreçlerini desteklerken rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma düzeyini de artırabilir. Aynı zamanda rehabilitasyonu koruyucu ve destekleyici hizmetlerle bütünleştiren bir çerçeve sunar. Bu bütünlük, rehabilitasyonun erken başlamasını, kopmaların azalmasını ve kazanımların korunmasını

kolaylaştırır (Kickbusch ve ark., 2013; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013; Nutbeam, 2008).

Politika düzeyinde sağlık okuryazarlığını güçlendirmek, rehabilitasyon hizmetlerinin sürdürülebilirliği için etkili bir araçtır. Anlaşılır sağlık iletişimi, sade ve tutarlı materyaller, yönlendirme süreçlerinin basitleştirilmesi, hizmet tasarımıyla kullanıcıyı merkeze alan bir yaklaşım hem etkililiği hem de hakkaniyeti artırabilir. Bu düzenlemeler, bireyin hizmetle kurduğu ilişkiyi güçlendirir ve sistemin yükünü uzun vadede daha yönetilebilir hale getirebilir (Nutbeam ve Lloyd, 2021; Kickbusch ve ark., 2013; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013).

Dijital Sağlık Okuryazarlığı ve Rehabilitasyon

Dijitalleşme, rehabilitasyon hizmetlerinin sunum biçimini belirgin biçimde dönüştürmüştür. Özellikle coğrafi engeller, fiziksel kısıtlılıklar ya da zaman erişimi sorunları yaşayan bireyler için dijital çözümler önemli olanaklar sunmaktadır. Ancak bu olanakların etkili biçimde kullanılabilmesi, bireyin dijital sağlık okuryazarlığı düzeyiyle yakından ilişkilidir. Dijital sağlık okuryazarlığı, bireyin çevrim içi sağlık bilgisini bulabilmesi, bu bilginin güvenilirliğini değerlendirebilmesi ve elde ettiği bilgiyi sağlıkla ilgili kararlarına yansıtabilmesiyle ilgilidir. Rehabilitasyon bağlamında buna ek olarak teknoloji kullanım becerileri, uygulama takibi ve uzaktan iletişim süreçlerine uyum da sürecin temel bileşenleri haline gelmektedir (Nutbeam, 2008; Sørensen ve ark., 2012; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013).

Dijital sağlık okuryazarlığı yeterli olan bireyler, rehabilitasyon programlarına daha kolay uyum sağlayabilir. Randevu düzeninin korunması, hatırlatıcıların kullanımı, eğitim videoları ve dijital takip araçları, tedavi sürekliliğini destekleyebilir. Buna karşılık ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik dezavantajlar, dijital erişim ve kullanım becerileri açısından

sınırlılıklar yaratabilir. Bu durum, dijitalleşmenin uygun biçimde planlanmadığında mevcut eşitsizlikleri azaltmak yerine yeni eşitsizlikler üretebileceğini göstermektedir. Rehabilitasyon hizmetlerinin dijital kanallara taşınması, yalnızca teknolojik altyapı ile açıklanamaz. Aynı zamanda anlaşılabilirlik ve destek gerektiren bir süreçtir (Berkman ve ark., 2011; Nutbeam ve Lloyd, 2021; Kickbusch ve ark., 2013).

Bu nedenle rehabilitasyon uygulamalarında dijital tasarım belirleyici bir unsur haline gelmektedir. Kullanıcı dostu arayüzler, açık ve kısa yönergeler, adım adım öğrenmeyi destekleyen içerikler ve gerektiğinde hızlı destek sağlayan iletişim kanalları, sürecin etkililiğini artırır. Dijital çözümler yalnızca teknik bir yenilik olarak ele alınmamalıdır. Sağlık okuryazarlığını destekleyen bir araç olarak kurgulandığında rehabilitasyon hizmetlerinin erişilebilirliğini ve etkililiğini güçlendirir (van der Scheer-Horst ve ark., 2023; Nutbeam ve Lloyd, 2021; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013).

Disiplinler Arası Rehabilitasyon

Sağlık okuryazarlığını rehabilitasyon süreçlerine yerleştirmek, tek bir disiplinin sınırları içinde ele alınabilecek bir konu değildir. Bu alan, farklı meslek gruplarının bilgi ve sorumluluk alanlarının kesiştiği bir iş birliği gerektirir. Rehabilitasyonun sürekliliği ve günlük yaşama aktarılabilirliği, ancak bu iş birliğinin etkili biçimde kurulmasıyla mümkündür. Halk sağlığı hemşireliği, toplum temelli yaklaşımı, eğitim ve danışmanlık işleviyle sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesinde önemli bir rol üstlenir. Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları ise fonksiyonel hedeflerin belirlenmesi, bireye özgü programların planlanması ve bu programların güvenli biçimde uygulanmasını sağlayan klinik sürecin sorumluluğunu taşır. Bu iki alanın eşgüdümü, rehabilitasyon hizmetlerini yalnızca klinik başarı açısından değil, uzun vadeli etki ve sürdürülebilirlik açısından da güçlendirir ve sağlık

okuryazarlığını uygulama düzeyinde somutlaştıran bir çerçeve sunar. Bu çerçeve, bireyin günlük yaşamında karşılaştığı gereksinimlerle klinik hedefler arasında tutarlı bir bağ kurulmasını destekler (Nutbeam ve Lloyd, 2021; Kickbusch ve ark., 2013; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013).

Disiplinler arası iş birliği, ortak bir dil ve ortak hedefler oluşturmayı gerektirir. Klinik ortamda başlatılan rehabilitasyonun bireyin yaşadığı çevrede sürdürülebilmesi, uygulamaların anlaşılır biçimde aktarılmasına, izlem süreçlerinin gerçekçi şekilde planlanmasına ve gerektiğinde toplum temelli desteklerin sürece dahil edilmesine bağlıdır. Bu noktada halk sağlığı yaklaşımı, rehabilitasyonu bireyin yaşam koşulları ve çevresel faktörler içinde konumlandırır. Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ise bu konumlandırmayı ölçülebilir ve işlevsel kazanımlara dönüştürür. Bu karşılıklı tamamlayıcılık, sağlık okuryazarlığının rehabilitasyon pratiğinde neden disiplinler arası bir gereklilik olduğunu açıklar (Nutbeam, 2008; Sørensen ve ark., 2012; Hahn ve ark., 2017).

Uygulama düzeyinde bazı temel adımlar öne çıkar. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sistematik biçimde dikkate alınması, iletişimin bu düzeye uygun kurulması ve eğitim materyallerinin sade, tutarlı ve uygulanabilir hale getirilmesi bu adımların başında gelir. Eğitim süreci yalnızca bilgi aktarmaya dayanmamalıdır. Bireyin anladığını doğrulayan, uygulamayı deneyimlemesini sağlayan ve geri bildirimle desteklenen bir yapı oluşturulmalıdır. Ayrıca ev programları gerçekçi biçimde planlanmalıdır. Süre, yoğunluk, çevresel koşullar ve bakım yükü dikkate alınmadan hazırlanan programlar, en iyi klinik planlamayı bile etkisiz hale getirebilir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı yaklaşımı, rehabilitasyon hizmetlerinde ek bir unsur olarak değil, hizmetin niteliğini ve etkililiğini belirleyen çekirdek bir bileşen olarak değerlendirilmelidir (Hahn ve ark., 2017; van der Scheer-Horst ve ark., 2023; Nutbeam ve Lloyd, 2021).

Genel Değerlendirme

Sağlık okuryazarlığı, rehabilitasyon süreçlerinin etkililiğini ve sürekliliğini belirleyen temel bileşenlerden biridir. Bireyin sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve kullanma kapasitesi, tedaviye katılımı, fonksiyonel kazanımların korunması ve sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimi üzerinde doğrudan etkilidir. Rehabilitasyonun klinik ortamlarla sınırlı olmayan yapısı, sağlık okuryazarlığını sürecin merkezine yerleştirir ve bu alanı yalnızca destekleyici değil, belirleyici bir unsur haline getirir (Hahn ve ark., 2017; Nutbeam, 2008).

Halk sağlığı perspektifi, sağlık okuryazarlığını bireysel bir yeterlilikten öte, toplum düzeyinde geliştirilebilecek stratejik bir kapasite olarak ele alır. Bu yaklaşım, rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve sunumunda sosyal bağlamın, erişilebilirliğin ve anlaşılabilirliğin dikkate alınmasını zorunlu kılar. Sağlık okuryazarlığını güçlendiren bütüncül yaklaşımlar, bireysel işlevselliği desteklerken toplum düzeyinde bağımsızlığın ve yaşam kalitesinin korunmasına katkı sağlar (Nutbeam ve Lloyd, 2021; Kickbusch ve ark., 2013; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2013).

Rehabilitasyon hizmetlerinde sağlık okuryazarlığını merkeze alan bir yönelim, geleceğe yönelik planlamalar için güçlü bir çerçeve sunar. Anlaşılır iletişimi temel alan, bireyin aktif katılımını güçlendiren, aile ve bakım verenleri sürece dahil eden, dijital araçları eşitlikçi biçimde kurgulayan ve disiplinler arası iş birliğiyle desteklenen uygulamalar, rehabilitasyonun hem klinik hem de toplumsal etkisini anlamlı biçimde artırır (Nutbeam ve Lloyd, 2021; van der Scheer-Horst ve ark., 2023).

Kaynakça

Altan, L., & Cila, M. A. (2024). Health literacy status and its relationship with physical therapy and rehabilitation applications in patients with knee osteoarthritis. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, **70**(4), 452–459. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2024.13546>

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, **155**(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, **19**(12), 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>

Hahn, E. A., Magasi, S. R., Carlozzi, N. E., Tulskey, D. S., Wong, A., Garcia, S. F., Lai, J. S., Hammel, J., Miskovic, A., Jerousek, S., Goldsmith, A., Nitsch, K., & Heinemann, A. W. (2017). Health and functional literacy in physical rehabilitation patients. *Health Literacy Research and Practice*, **1**(2), e71–e85. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170427-02>

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (Eds.). (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, **67**(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of*

Public Health, **42**, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, **13**, 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, **31**(Suppl 1), S19–S26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, **12**, Article 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

van der Scheer-Horst, E., Rutten, G., Stortenbeker, I., Borkent, J., Klein Swormink, W., Das, E., Staal, J. B., & van Lankveld, W. (2023). Limited health literacy in primary care physiotherapy: Do physiotherapists use techniques to improve communication? *Patient Education and Counseling*, **109**, 107624. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107624>

Voigt-Barbarowicz, M., Brütt, A. L., Dietz, G., Renken, N., & Schmöger, R. (2022). Patients' health literacy in rehabilitation: Comparison between the estimation of patients and health care professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **19**(6), 3522. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063522>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>

BÖLÜM 3

HEMŞİRELERİN LİDERLİK ÖZ YETERLİĞİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BAHAR KULEYİN¹

SERAP ALTUNTAŞ²

Giriş

Sağlık hizmetlerinin karmaşık ve dinamik yapısı içinde hemşireler, hasta bakımının sürekliliğini sağlayan ve sağlık ekibinin merkezinde yer alan profesyonellerdir. Bu süreçte hemşirelerin yalnızca klinik bilgi ve becerileri değil, aynı zamanda liderlik rolleri de büyük önem taşımaktadır. Liderlik öz yeterliği, bireyin liderlik davranışlarını etkili bir şekilde sergileyebileceğine olan inancını ifade etmekte ve hemşirelerin karar verme, ekip yönetimi, iletişim ve problem çözme becerilerini doğrudan etkilemektedir. Hemşirelerin liderlik öz yeterliği; eğitim düzeyi, mesleki deneyim, çalışma ortamı, örgütsel destek, yönetsel tutumlar ve kişisel özellikler gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin liderlik öz yeterliğinin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi, bakım kalitesinin artırılması, hasta güvenliğinin sağlanması ve sağlık kurumlarında etkin bir yönetim anlayışının geliştirilmesi açısından önemli bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Liderlik, Öz Yeterlik ve Liderlik Öz Yeterliği Kavramları

Liderlik kavramı, alan yazın üzerinde en çok durulan ancak tanımlanması en güç olgulardan biri olarak değerlendirilmektedir. Liderliğin çok boyutlu ve çok yönlü bir yapıya sahip olması, bu kavramın tek ve evrensel bir tanım altında toplanmasını zorlaştırmaktadır. Nitekim araştırmacılar tarafından liderliğe ilişkin yüzlerce, hatta 850'den fazla farklı tanım ortaya konmuş olması, bu durumun en somut göstergesidir. Bu çeşitlilik, liderliğin farklı olgular, bakış açıları ve disiplinler çerçevesinde ele alındığını ortaya koymakta; dolayısıyla evrensel, açık ve üzerinde uzlaşmış bir liderlik tanımının bulunmadığını göstermektedir (Grossman & Valiga, 2020b: 43.). Ancak liderlik kavramına ilişkin alan yazında genel kabul gören tanım, liderliğin bir bireyin, ortak bir amaca ulaşmak doğrultusunda bir grup insanı etkilediği bir süreç olmasıdır (Northouse, 2025: 57.).

Öz yeterlik kavramı, alan yazında bireyin belirli bir görevi yerine getirebilmek ya da karşılaştığı durumlarla başa çıkabilmek için gerekli bilgi, beceri ve yeteneklere sahip olduğuna

¹ Arş. Gör. Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0001-5684-5916

² Prof. Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-7695-7736

ve bunları etkili biçimde kullanabileceğine dair inancı olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1977; Shirey, 2020). Bu inanç bireyin söz konusu görevi gerçekten başarıp başaramayacağını önemli ölçüde etkilemektedir. Bireyin, bir görevi tamamlamanın olumlu sonuçlar doğuracağına inanması, belirli bir davranışı sergileme olasılığını artırmaktadır (Moran, Israel, & Sebelski, 2021). Bu doğrultuda öz-yeterlilik, bireyin davranışlarını yönlendiren ve performansını etkileyen önemli bir değişken olarak değerlendirilebilir (Shirey, 2020). Ayrıca öz-yeterlilik doğuştan sabit bir özellik olmayıp deneyimler, geri bildirimler ve öğrenme süreçleri yoluyla geliştirilebilen bir yapıdır (Waddington, 2023).

Liderlik öz yeterliği ise bireyin başkalarını etkili biçimde yönlendirme, yön verme, karar alma, değişimi yönetme ve ilişkiler kurma konusunda sahip olduğu bilgi, beceri ve yetkinliklere olan güvenidir (Labrague, Al Sabei, Al Rawajfah, AbuAlRub, & Burney, 2021; Lartey, Montgomery, Olson, & Cummings, 2023). Bu kavram, Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı (SCT) ile uyumludur çünkü bireyin içsel inançlarına ve kişisel özelliklerine dayanır (Straus, Tetroe, & Graham, 2013: 57.). Liderlik öz yeterliği kısaca bireyin etkili bir lider olabileceğine dair kendine duyduğu inançtır (Shirey, 2020).

Liderlik Teorileri ve Davranışları

Liderlik olgusu, örgütlerin yapısal dönüşümleri ve insanlığın zaman içinde değişen gereksinimleri doğrultusunda sürekli olarak evrilmiş ve gelişim göstermiştir. Bu doğrultuda, liderliğe ilişkin yaklaşımlar da tarihsel, sosyal ve örgütsel koşullardaki değişimlere paralel biçimde çeşitlenmiş ve kuramsal bir zenginlik kazanmıştır. Söz konusu değişim ve gelişim sürecini yansıtan liderlik teorileri, bu bölümde sistematik bir çerçeve içerisinde ele alınarak incelenmektedir.

Büyük Adam Teorisi, liderlik alanında ortaya konulan ilk kuramsal yaklaşımlardan biri olup liderliğin doğuştan gelen özelliklere dayandığını savunmaktadır. Bu teoriye göre, bireylerin “iyi” ya da “doğru” bir ailede dünyaya gelmeleri, lider olabilmelerinin temel koşulu olarak görülmekte; liderlik niteliklerinin büyük ölçüde kalıtsal ve aileden aktarılan benzersiz özellikler aracılığıyla kazanıldığı ileri sürülmektedir. Dolayısıyla liderlik, sonradan öğrenilen ya da geliştirilen bir olgu olmaktan ziyade, doğuştan sahip olunan ayrıcalıklı bir yetkinlik olarak ele alınmaktadır (Grossman & Valiga, 2020a: 12.; Peters, 2023).

Özellikler Teorisi, lideri diğer bireylerden ayıran belirli kişisel niteliklerin varlığına odaklanmaktadır. Bu yaklaşıma göre liderler; fiziksel özellikler, eğitim düzeyi, iletişim becerileri, karar verme yetkinliği, kişilerarası ilişkilerdeki başarısı, özgüven düzeyi ve benzeri evrensel özellikler bakımından diğer bireylerden farklılaşmaktadır. Dolayısıyla liderliğin, belirli ve tanımlanabilir bireysel özelliklere sahip olunmasıyla ortaya çıktığı ve bu özelliklerin liderlik rolünü üstlenmede belirleyici olduğu ileri sürülmektedir (Huber & Joseph, 2022: 24.).

Davranışsal Liderlik Teorisi, liderlerin liderlik sürecinde sergiledikleri davranışların bütünü ele alınmakta ve söz konusu davranış örüntülerinin etkili liderlik ile olan ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Böylece liderlik davranışlarının niteliği, kapsamı ve sonuçları sistematik biçimde analiz edilerek, etkili liderlik davranışlarını belirleyen temel unsurların saptanması amaçlanmaktadır (Deshwal & Ali, 2020). Bu liderlik teorisi doğrultusunda çeşitli lider davranışları incelenmiştir;

Otokratik lider davranışları ile çalışanlar üzerinde güçlü bir denetim kurar; astlarını baskı ve yaptırım yoluyla yönlendirir. İletişim yukarıdan aşağıya doğru tek yönlüdür, kararlar lider tarafından alınır ve statü farklılıkları vurgulanarak eleştiri ve cezalandırma ön planda tutulur (Huston, 2022: 11.).

Demokratik lider davranışları ile daha sınırlı bir denetim uygular; izleyenleri motive etmek amacıyla ekonomik ve kişisel ödüllerden yararlanır. Çalışanlar öneriler ve rehberlik yoluyla yönlendirilirken, iletişim çift yönlüdür, karar verme sürecine izleyenler de dâhil edilir ve “biz” anlayışı ön planda tutularak eleştiriler yapıcı bir nitelik taşır (Moran et al., 2021).

Serbestlik tanıyan lider davranışları ile çok az denetim uygular veya izin verici bir tutum sergiler. Gerekli görüldüğünde grup ya da bireyler tarafından motive edilir; yönlendirme son derece sınırlıdır, iletişim grup üyeleri arasında serbestçe gerçekleşir, karar alma süreci gruba dağıtılır ve grup odaklı bir anlayış benimsenerek eleştiriye yer verilmez (Huston, 2022: 14.).

Göreve yönelik lider davranışları ile lider yalnızca yerine getirilmesi planlanan işe odaklanmakta; çalışma arkadaşlarının gereksinimlerini ve duygularını dikkate almayan bir davranış biçimi sergilemektedir (Deshwal & Ali, 2020).

İnsan ilişkilerine yönelik lider davranışları ile lider yapılacak iş kadar çalışma arkadaşlarının mutluluğunu da önemseyen; onların gereksinimleriyle ilgilenen ve karar alma süreçlerine katılımlarını teşvik eden bir anlayışı ifade etmektedir (Grossman & Valiga, 2020b: 48.).

Durumsal liderlik teorisi ile lider liderin etkililiği ya da başarısının yalnızca sahip olduğu bireysel özellikler veya sergilediği davranışlarla açıklanamayacağı ileri sürülmektedir. Liderlikte çevresel faktörler ve durumsal koşulların belirleyici olduğu vurgulanmakta; liderin sahip olması gereken özelliklerin, davranış biçimlerinin ve benimsediği liderlik yaklaşımının değişen koşullara bağlı olarak farklılaştığı savunulmaktadır (Huston, 2022: 24.).

Çağdaş liderlik teorisi, günümüzün hızla değişen ve karmaşıklaşan dünyasında çağdaş liderlik teorileri, liderliği esnek, katılımcı ve etkileşime dayalı bir süreç olarak ele almaktadır. Bu yaklaşımlar, liderlerin değişime uyum sağlama, izleyenleri güçlendirme ve ortak bir vizyon doğrultusunda yönlendirme becerilerini ön plana çıkarmaktadır (Bhattacharyya & Jha, 2018: 14.).

Otantik liderlik davranışı ile lider güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olan, doğruluk ve içtenlikten ödün vermeden güven ve motivasyon sağlayan kişidir. Samimiyet, gerçekçilik ve doğallık üzerine kurulu bu liderlik anlayışı, çeşitliliği ve yaratıcı fikirleri teşvik eder (Almutairi, Timmins, Wise, Stokes, & Alharbi, 2025).

Hizmetkar liderlik davranışı ile lider birebir iletişim kurarak izleyicilerinin potansiyellerini keşfetmelerine ve hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olur. İzleyicilerin başarısı hizmetkâr lider için başlı başına bir motivasyon kaynağıdır ve bu durum izleyicilerin lidere ve vizyonuna bağlılığını artırır (Kumar, 2018).

Etkileşimsel liderlik davranışı ile lider izleyici ile arasındaki ilişkiyi karşılıklı beklenti, ödül ve ceza temeline dayandırır. Bu liderlik türünde izleyicilerin performansını artırmak için ödüllendirme yaygın olarak kullanılırken, düşük performans ve hatalar ceza yoluyla kontrol

edilmektedir. Etkileşimci liderler görev ve sorumlulukları net biçimde tanımlar, performansa önem verir ve mevcut faaliyetlerin daha verimli hale getirilmesini amaçlar (Dong, 2023).

Dönüşümcü liderlik davranışı ile lider hızlı değişim ve gelişimin yaşandığı günümüzde örgütlerin çevresel koşullara uyum sağlamasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu liderlik anlayışı, liderin vizyonunun benimsenmesiyle izleyicilerin tutum, inanç ve değerlerinde dönüşüm yaratarak örgütsel performansı artırmayı amaçlar. Dönüşümcü liderler yeni bir vizyon oluşturarak izleyicilerini ortak hedefler doğrultusunda motive eder ve değişimi fırsata dönüştürür. İnsan odaklı, esnek, yaratıcı ve ileri görüşlü olmaları dönüşümcü liderlerin temel özellikleri arasındadır (Ystaas et al., 2023).

Stratejik liderlik davranışı ile lider vizyon, öngörü, esneklik ve stratejik düşünme becerileriyle örgütün geleceğini şekillendirmeyi amaçlar. Bu liderlik türü, örgütün tüm kademelerini sürece dâhil ederek güven, yetkilendirme ve lider yetiştirme anlayışını benimser. Stratejik liderler, geleceği yönetmeye odaklanan, çalışanlarını dinleyen ve örnek davranışlarıyla örgütsel sürdürülebilirliği sağlayan kişilerdir (Hambrick & Wowak, 2021: 339.).

Vizyoner liderlik davranışı ile lider örgüt için gerçekçi ve güvenilir bir gelecek tasarlama ve bu geleceğe odaklanmayı sağlar. Vizyoner liderler güçlü analiz ve sentez becerileri, hayal gücü ve sezgileri sayesinde fırsatlar yaratır ve belirlenen hedeflere ulaşmak için kararlılıkla ilerler. Oluşturdukları vizyonu izleyicileriyle paylaşarak onları motive eden bu liderler, günümüz örgütleri için büyük önem taşımaktadır (Karwan, Hariri, & Ridwan, 2021: 111.).

Liderliğin Hemşireler için Önemi

Liderlik, hemşireler için bireysel, örgütsel ve mesleki (profesyonel) açıdan önemlidir (Çalışkaner, 2021). Güncel çalışmalar, liderlik davranışlarının hemşirelerin performansını ve hasta bakımının kalitesini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır (Alloubani, Akhu-Zaheya, Abdelhafiz, & Almatari, 2019; Qtait, 2023). Etkili liderlik hemşirelerin motivasyonunu, sorumluluk duygusunu ve inisiyatifini artırarak hem profesyonel gelişimi hem de iş doyumunu desteklemektedir (Al Sabei et al., 2024; King et al., 2021). Bu da hemşirelerin kaliteli bakım ve etkili hasta güvenliğine katkı sağlar (Lee, Hyunje, & Sang, 2023). Hemşirelikte liderliğin hemşire performansını ve bakım sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğu; güçlü lider davranışlarının çalışan performansını artırma ve kaliteli bakım sağlanmasında belirleyici olduğu gösterilmiştir (Lee et al., 2023; Qtait, 2023). Ayrıca klinik liderliğin hemşirelerin işe bağlılığını artırarak işten ayrılmaları azalttığı belirlenmiştir (Cho, Jeong, Kim, & Kim, 2022; Tsapnidou et al., 2025). Liderlik algısının mesleki özerkliği pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (Pursio, Nurmeksela, Mikkonen, & Kvist, 2025). Bunlara ek olarak liderlik gelişim programlarının hem hemşirelerin liderlik yeterliklerini artırdığı hem de çalışma ortamını iyileştirdiği (olumlu çalışma ortamları sağladığı) bildirilmektedir (King et al., 2021). Bu bulgular, liderliğin hemşirelerin profesyonel statüsünü güçlendirmede, ekip etkileşimini ve hasta bakım sonuçlarını iyileştirmede vazgeçilemez bir unsur olduğunu göstermektedir.

Öz Yeterliğin Hemşireler için Önemi

Öz yeterlik, hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerini etkin bir şekilde kullanabilmelerini sağlayan önemli bir özelliktir (Shorey & Lopez, 2021: 145.). Yüksek öz

yeterlik algısına sahip hemşireler, karmaşık klinik durumlarda daha doğru ve hızlı kararlar verebilmekte, hasta bakım süreçlerinde daha girişken ve sorumluluk almaya istekli davranmaktadır (J.-R. Kim, Ko, Lee, & Kim, 2022; Moran et al., 2021). Aynı zamanda öz yeterlik, hemşirelerin stresli ve yoğun çalışma koşullarıyla başa çıkma kapasitelerini artırarak kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin azalmasına katkı sağlamaktadır (Chen et al., 2020; Simonetti et al., 2021). Bu durum, hemşirelerin mesleki doyumunu ve motivasyonunu olumlu yönde etkilerken, ekip içi iletişim ve iş birliğini de güçlendirmektedir (Berhanu, Tesema, Deme, & Kanfe, 2021; Wallin, Fjellman-Wiklund, & Fagerström, 2022). Ayrıca öz yeterliği yüksek hemşireler, mesleki gelişime daha açık olmakta, yeni bilgi ve uygulamaları öğrenme konusunda daha istekli davranmakta ve liderlik rollerini üstlenme konusunda daha fazla güven göstermektedir (H.-j. Kim & Park, 2023; Moran et al., 2021). Bu nedenle, hemşirelik eğitiminde ve klinik uygulamalarda öz yeterliğin desteklenmesi hem bireysel hemşire performansının artırılması hem de hasta bakım kalitesinin ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır (Albines & Meneses-La-Riva, 2025; Moran et al., 2021).

Hemşirelerin Liderlik Öz Yeterliği

Hemşirelerin liderlik öz yeterliği, başkalarını yönlendirme, karar verme ve liderlik rollerini yerine getirme konusunda hemşirelerin sahip olduğu bilgi, beceri ve yetkinliklere olan güveni olarak tanımlanmaktadır (Cziraki, Read, Spence Laschinger, & Wong, 2017). Liderlik öz yeterliği yüksek olan hemşireler, klinik ve yönetsel ortamlarda karşılaştıkları karmaşık durumları daha etkin yönetebilmekte, ekip üyelerini ortak hedefler doğrultusunda motive edebilmekte ve değişim süreçlerinde daha aktif rol alabilmektedir (Labrague et al., 2021). Artan liderlik öz yeterliği, hemşirelerin iş performansını ve liderlik rollerine yönelme isteğini güçlendirirken, aynı zamanda ekip etkinliği ve hasta bakım kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (Robertson, Ryan, & Talpur, 2025). Bu doğrultuda, hemşirelerin liderlik öz yeterliğinin geliştirilmesi, sürdürülebilir liderlik kapasitesinin oluşturulması ve sağlık sistemlerinde nitelikli hemşire liderlerin yetiştirilmesi açısından temel bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Abou, 2017; Lartey et al., 2023).

Hemşirelerin Liderlik Öz Yeterliğini Etkileyen Faktörler

Alan yazında, liderlik eğitimi, önceki liderlik deneyimleri, bireysel özellikler ve örgütsel destek (Lartey et al., 2023) gibi unsurların liderlik öz yeterliğinin gelişiminde belirleyici olduğu vurgulanmaktadır.

Bireysel özellikler, liderlik öz yeterliğinin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Liderlikte önceki başarılar, yaş ve liderlik deneyimi arttıkça liderlik öz yeterliği düzeyinin yükseldiği; deneyimli liderlerin karar verme ve stresli durumları yönetmede daha etkili oldukları bildirilmektedir (Leontiou, Merkouris, Papastavrou, & Middleton, 2021; Mullen, Newhart, Haskins, Shapiro, & Cassel, 2019). Geçmiş liderlik deneyimleri ve performans kazanımları, bireylerin liderlik görevlerini yerine getirme konusundaki güvenlerini artırmaktadır (Van Dyk, Siedlecki, & Fitzpatrick, 2016). Ayrıca yüksek liderlik öz yeterliğine sahip bireylerin daha fazla çaba gösterdiği, hedeflere ulaşma konusunda daha kararlı olduğu ve stresli durumları daha başarılı yönettikleri belirtilmektedir (Bergman, Gustafsson-Sendén, & Berntson, 2021; Cziraki et al., 2017).

Eğitim desteği, hemşirelerin liderlik öz yeterliği düzeylerini artırdığı ve eğitim yoluyla liderlik deneyimine maruz kalmanın liderlik öz yeterliğinin üzerinde olumlu etkiler yarattığı bildirilmiştir (Bergman et al., 2021; Bush, Michalek, & Francis, 2021).

Örgütsel destek de liderlik öz yeterliğini etkilemektedir. Güvenilir kaynaklardan alınan yapıcı geri bildirimler ve geliştirici mentorluk uygulamaları, liderlerin öz yeterlik algılarını güçlendirmektedir (Cziraki et al., 2017). Ayrıca mesleki özerklik, destekleyici çalışma ortamı, yeterli kaynaklara erişim ve olumlu örgüt kültürü de liderlik öz yeterliğini etkilemektedir (Dwyer, 2019; Leontiou et al., 2021).

Sonuç

Bu bölümde ele alınan bulgular, liderlik, öz yeterlik ve liderlik öz yeterliği kavramlarının hemşirelik mesleği açısından birbirini tamamlayan ve güçlendiren temel unsurlar olduğunu göstermektedir. Liderlik, hemşirelerin bireysel performanslarını, ekip içi etkileşimlerini ve hasta bakım sonuçlarını doğrudan etkileyen kritik bir süreçtir. Öz yeterlik ise hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerini etkin biçimde kullanmalarını, zorlu klinik koşullarla başa çıkmalarını ve profesyonel rollerine güvenle yaklaşmalarını desteklemektedir. Bu iki kavramın kesişim noktasında yer alan liderlik öz yeterliği, hemşirelerin liderlik rollerini üstlenme isteğini ve bu rollerdeki etkililiğini belirleyen önemli bir psikososyal yapı olarak öne çıkmaktadır. Liderlik öz yeterliği yüksek olan hemşireler, değişim süreçlerinde daha aktif, karar alma süreçlerinde daha kararlı ve ekip yönetiminde daha etkilidir. Eğitim, deneyim ve örgütsel destek gibi faktörler aracılığıyla liderlik öz yeterliğinin geliştirilebilir olması, bu kavramı hemşirelik yönetimi ve eğitimi açısından stratejik bir hedef haline getirmektedir. Bu doğrultuda, hemşirelerin liderlik öz yeterliğini güçlendirmeye yönelik bütüncül yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini artırmayı sağlayacaktır.

Kaynakça

- Abou, E. (2017). Relationship between leadership self-efficacy and leadership effectiveness of first-line nurse managers. *J Arts Social Sciences Journal*, 8(6), 1-9. doi:10.4172/2151-6200.1000310
- Al Sabei, S., Ross, A. M., Al Yahyaei, A., Labrague, L., Al-Rwajfah, O., & Deterding, K. (2024). Motivation to lead: a study of the supportive nursing leadership environment. *J Journal of Nursing Management*, 2024(1), 2652746. doi:10.1155/2024/2652746
- Albines, P. B. P., & Meneses-La-Riva, M. E. (2025). Patient Safety Culture and Perceived Self-Efficacy in Nurses from Two Health Institutions in Lima-Peru. *Journal of Lifestyle SDGs Review*, 5(4), e05994-e05994. doi:10.1016/j.cegh.2019.10.013
- Alloubani, A., Akhu-Zaheya, L., Abdelhafiz, I. M., & Almatari, M. (2019). Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *J International journal of health care quality assurance*, 32(6), 1022-1033. doi:10.1108/IJHCQA-06-2018-0138
- Almutairi, M., Timmins, F., Wise, P. Y., Stokes, D., & Alharbi, T. A. F. (2025). Authentic leadership—A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(4), 1775-1793. doi:10.1111/jan.16496
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *J Psychological review*, 84(2), 3-4. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bergman, D., Gustafsson-Sendén, M., & Berntson, E. (2021). From believing to doing: The association between leadership self-efficacy and the developmental leadership model. *J Frontiers in Psychology*, 12, 669905. doi:10.3389/fpsyg.2021.669905
- Berhanu, R. D., Tesema, A. A., Deme, M. B., & Kanfe, S. G. (2021). Perceived transcultural self-efficacy and its associated

- factors among nurses in Ethiopia: A cross-sectional study. *PloS one*, 16(7), e0254643. doi:10.1371/journal.pone.0254643
- Bhattacharyya, S. S., & Jha, S. (2018). Literature review of leadership theories. In *Strategic Leadership Models and Theories: Indian Perspectives* (pp. 7-18): Emerald Publishing Limited.
- Bush, S., Michalek, D., & Francis, L. (2021). Perceived Leadership Styles, Outcomes of Leadership, and Self-Efficacy Among Nurse Leaders:: A Hospital-Based Survey to Inform Leadership Development at a US Regional Medical Center. *Nurse Leader*, 19(4), 390-394. doi:10.1016/j.mnl.2020.07.010
- Chen, J., Li, J., Cao, B., Wang, F., Luo, L., & Xu, J. (2020). Mediating effects of self-efficacy, coping, burnout, and social support between job stress and mental health among young Chinese nurses. *Journal of advanced nursing*, 76(1), 163-173. doi:10.1111/jan.14208
- Cho, Y., Jeong, S. H., Kim, H. S., & Kim, Y. M. (2022). Effects of leadership styles of nursing managers on turnover intention of hospital nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 52(5), 479-498. doi:10.4040/jkan.22039
- Cziraki, K., Read, E., Spence Laschinger, H. K., & Wong, C. (2017). Nurses' leadership self-efficacy, motivation, and career aspirations. *Leadership in Health Services*, 31(1), 47-61. doi:10.1108/LHS-02-2017-0003
- Çalışkaner, D. (2021). Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Profesyonellik, Etik Davranışlar, Liderlik ve Teknolojinin Etkisi. *J SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(2), 134-148.
- Deshwal, V., & Ali, M. A. (2020). A systematic review of various leadership theories. *J Shanlax International Journal of Commerce*, 8(1), 38-43. doi:10.34293/ commerce.v8i1.916

- Dong, B. (2023). A systematic review of the transactional leadership literature and future outlook. *J Academic Journal of Management Social Sciences*, 2(3), 21-25.
- Dwyer, L. P. (2019). Leadership self-efficacy: Review and leader development implications. *Journal of Management Development*, 38(8), 637-650. doi:10.1108/JMD-03-2019-0073
- Grossman, S. C., & Valiga, T. M. (2020a). *The new leadership challenge: Creating the future of nursing*: FA Davis.
- Grossman, S. C., & Valiga, T. M. (2020b). *The Phenomenon of Leadership: Classic/Historical and Contemporary Perspectives on Leadership* (6 ed.). Philadelphia, PA: FA Davis.
- Hambrick, D. C., & Wowak, A. (2021). Strategic leadership. In *J Strategic management: State of the field its future* (pp. 337-353).
- Huber, D., & Joseph, M. L. (2022). *Leadership and Nursing Care Management*: Elsevier.
- Huston, C. J. (2022). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Karwan, D. H., Hariri, H., & Ridwan, R. (2021). Visionary leadership: what, why, and how. In *J European Union Digital Library*.
- Kim, H.-j., & Park, D. (2023). Effects of nursing professionalism and self-efficacy on job embeddedness in nurses. *Heliyon*, 9(6). doi:10.1016/j.heliyon.2023.e16991
- Kim, J.-R., Ko, Y., Lee, Y., & Kim, C.-J. (2022). The moderating effect of organizational justice on the relationship between self-efficacy and nursing performance in clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 52(5), 511-521. doi:10.4040/jkan.22076

- King, R., Taylor, B., Talpur, A., Jackson, C., Manley, K., Ashby, N., . . . Senek, M. (2021). Factors that optimise the impact of continuing professional development in nursing: A rapid evidence review. *Nurse education today*, 98, 104652. doi:10.1016/j.nedt.2020.104652
- Kumar, S. (2018). Servant leadership: A review of literature. *J Pacific Business Review International*, 11(1), 43-50.
- Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., & Burney, I. (2021). Authentic leadership and nurses' motivation to engage in leadership roles: The mediating effects of nurse work environment and leadership self-efficacy. *J Nurs Manag*, 29(8), 2444-2452. doi:10.1111/jonm.13448
- Lartey, S. A., Montgomery, C. L., Olson, J. K., & Cummings, G. G. (2023). Leadership self-efficacy and nurses' aspiration to leadership: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 143, 104496. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104496
- Lee, S. E., Hyunjie, L., & Sang, S. (2023). Nurse managers' leadership, patient safety, and quality of care: a systematic review. *Western journal of nursing research*, 45(2), 176-185. doi:10.1177/01939459221114079
- Leontiou, I., Merkouris, A., Papastavrou, E., & Middleton, N. (2021). Self-efficacy, empowerment and power of middle nurse managers in Cyprus: A correlational study. *J Nurs Manag*, 29(5), 1091-1101. doi:10.1111/jonm.13247
- Moran, V., Israel, H., & Sebelski, C. (2021). Leadership development of nursing professionals: Education and influences of self-efficacy. *Nursing Outlook*, 69(4), 589-597. doi:10.1016/j.outlook.2021.01.002
- Mullen, P. R., Newhart, S., Haskins, N. H., Shapiro, K., & Cassel, K. (2019). An examination of school counselors' leadership self-efficacy, programmatic services, and social issue

- advocacy. *Journal of Counselor Leadership Advocacy*, 6(2), 160-173. doi:10.1080/2326716X.2019.1590253
- Northouse, P. G. (2025). *Leadership defined* (10 ed.): Sage publications.
- Peters, M. A. (2023). Who Leads, Who Follows? Critical Review of the Field of Leadership Studies: From the ‘Great Man’ & Trait Theory to Equity & Diversity Leadership in the Biodigital Era. *J Beijing International Review of Education*, 5(1-2), 25-50. doi:10.1163/25902539-05010009
- Pursio, K., Nurmeksela, A., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2025). Relationships Between Nurses' Self-Leadership Practices, Professional Autonomy, Job Satisfaction and Intention to Leave: A Structural Equation Modelling Approach. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.70316
- Qtait, M. (2023). Systematic review of head nurse leadership style and nurse performance. *J International Journal of Africa Nursing Sciences*, 18, 100564. doi:10.1016/j.ijans.2023.100564
- Robertson, S., Ryan, T., & Talpur, A. (2025). Factors influencing early career nurses to adopt leadership roles: a literature review. *J Nursing Management*, 32(5).
- Shirey, M. R. (2020). Self-Efficacy and the Nurse Leader. *Nurse Leader*, 18(4), 339-343. doi:10.1016/j.mnl.2020.05.001
- Shorey, S., & Lopez, V. (2021). Self-Efficacy in a nursing context. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health promotion in health care–Vital theories research* (pp. 145-158): Springer.
- Simonetti, V., Durante, A., Ambrosca, R., Arcadi, P., Graziano, G., Pucciarelli, G., . . . Cicolini, G. (2021). Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 30(9-10), 1360-1371. doi:10.1111/jocn.15685

- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*: John Wiley & Sons.
- Tsapnidou, E., Katharakis, G., Kelesi-Stavropoulou, M., Rovithis, M., Koukouli, S., Sigala, E., . . . Stavropoulou, A. (2025). Fostering Organizational and Professional Commitment Through Transformational Leadership in Nursing: A Systematic Review. *J Hospitals*, 2(2), 10. doi:10.3390/hospitals2020010
- Van Dyk, J., Siedlecki, S. L., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Frontline nurse managers' confidence and self-efficacy. *Journal of nursing management*, 24(4), 533-539. doi:10.1111/jonm.12355
- Waddington, J. (2023). Self-efficacy. *J ELT journal*, 77(2), 237-240. doi:10.1093/elt/ccac046
- Wallin, S., Fjellman-Wiklund, A., & Fagerström, L. (2022). Work motivation and occupational self-efficacy belief to continue working among ageing home care nurses: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 21(1), 31. doi:10.1186/s12912-021-00780-3
- Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: a systematic review. *J Nursing Reports*, 13(3), 1271-1290. doi:10.3390/nursrep13030108

BÖLÜM 4

GÖÇMEN VE SİĞINMACI POPÜLASYONLARDA TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN KÜLTÜREL ADAPTASYONU

MEHMET SALİH YILDIRIM¹
MEHMET EMİN ATAY²

Giriş

Küresel ölçekte artan göç hareketleri, sağlık sistemlerinin kültürel çeşitlilikle başa çıkma kapasitesini sınamaktadır. Zorunlu göç, yalnızca mekânsal bir yer değişikliği değil, bireylerin sağlık, kimlik ve toplumsal aidiyet deneyimlerinde köklü dönüşümler yaratan bir süreçtir. Göçmen ve sığınmacı topluluklar; dil engelleri, sosyoekonomik eşitsizlikler ve hukuki kısıtlamalar nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde dezavantajlı durumdadır. Bu nedenle göçmen sağlığı hemşireliği, klinik bakımın ötesinde etik, kültürel ve toplumsal boyutları içeren çok disiplinli bir alan olarak önem kazanmıştır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, msyildirim@agri.edu.tr, ORCID: 0000-0003-2632-4583

² Öğr. Gör. Dr., Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Doğubayazıt Ahmed-i Hani Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, meatay@agri.edu.tr, ORCID: 0000-0002-5373-9031

Kültürel adaptasyon, göçmen sağlığına yönelik hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliğini, iletişim etkinliğini ve bakım kalitesini artıran temel bir ilkedir. Leininger’in (1991) transkültürel hemşirelik yaklaşımı ve Campinha-Bacote’nin (2002) kültürel yeterlilik modeli, hemşirelerin farklı kültürel değerlere duyarlı, bütüncül bir bakım sunması gerektiğini vurgulamaktadır (Campinha-Bacote, 2002: 181; Leininger, 1991: 123). Bu kitap bölümü, göçmen ve sığınmacı popülasyonlarda temel hemşirelik girişimlerinin kültürel adaptasyonunu; iletişim, etik, eğitim ve politika boyutlarıyla ele alarak kültürel olarak güvenli sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Kavramsal Temeller: Göçmen, Sığınmacı ve Mülteci Tanımları

Göçmen sağlığının anlaşılması, kavramsal tanımların doğru biçimde yapılmasına bağlıdır. Göçmen, doğduğu ülkenin dışında ikamet eden ve genellikle ekonomik, sosyal, eğitimsel veya ailevi nedenlerle yer değiştiren birey olarak tanımlanır. Sığınmacı (asylum seeker), bir ülkeye iltica başvurusunda bulunmuş, ancak henüz “mülteci” statüsü kazanamamış kişidir. Mülteci (refugee) ise, 1951 Cenevre Sözleşmesi ve 1967 Protokolü’ne göre, zulüm tehlikesi nedeniyle ülkesini terk etmek zorunda kalan bireydir (Viruell-Fuentes, Miranda, & Abdulrahim, 2012: 2102).

Bu kavramsal ayrımlar, sağlık politikalarının belirlenmesi ve hemşirelik hizmetlerinin planlanması açısından önemlidir. Çünkü her statü grubunun yasal hakları, sağlık hizmetlerine erişim olanakları ve sosyal destek düzeyleri farklıdır. Örneğin, Türkiye’de “geçici koruma altındaki Suriyeliler” belirli sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilirken, “ikincil koruma” veya “düzensiz göçmen” statüsündeki bireyler aynı haklara sahip değildir (Karaçay, 2024: 1792).

Hemşirelik bakımının etik temelinde yer alan “adalet” ilkesi, bu farklılıkların farkında olarak eşitliği sağlamayı gerektirir.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimindeki farklılıklar yalnızca yasal bir konu değil, etik bir sorumluluk alanıdır (Barış, Sert, & Önder, 2025: 52).

Kültürel Duyarlılığın Kavramsal Çerçevesi

Kültürel duyarlılık, hemşirelikte “hasta merkezli bakım” anlayışının temelini oluşturan bir etik ve profesyonel beceridir. Bu kavram, bireylerin sağlık davranışlarını, değerlerini ve inanç sistemlerini şekillendiren kültürel bağlamı anlamayı ve bu farklılıklara saygı göstermeyi ifade eder (Purnell, 2013: 315).

Kültürel duyarlılığın gelişimi, hemşirenin kendi kültürel kimliğini fark etmesi ve bu kimliğin mesleki tutumlarına etkisini sorgulamasıyla başlar. Bu farkındalık olmadan kültürel duyarlılığın gelişmesi mümkün değildir (Jeffreys, 2011: 72). Hemşirelik bakımında kültürel duyarlılık, yalnızca “başka kültürleri tanımak” değil; bireyin kendi önyargılarını, kalıp yargılarını ve bilinçsiz ayrımcılık eğilimlerini tanınması anlamına gelir (Yildiz et al., 2024: 14).

Kültürel duyarlılık, sağlık hizmetlerinin etik, bütüncül ve kapsayıcı şekilde sunulmasını sağlar. Leininger’in (1991) vurguladığı gibi, “bakım kültürün kalbidir” ve kültürü anlamadan bakımın anlamı eksik kalır (Leininger, 1991: 126). Göçmen ve sığınmacı popülasyonlarda bu anlayış, hemşirelikte hasta güvenliği ve bakım kalitesinin en belirleyici unsurudur.

Kültürel Yeterlilik İle Kültürel Duyarlılık Arasındaki Fark

Kültürel duyarlılık ve kültürel yeterlilik kavramları sıklıkla eş anlamlı kullanılsa da aralarında önemli farklar bulunmaktadır. Kültürel duyarlılık, bireyin farkındalık ve tutum düzeyinde empati geliştirmesini ifade ederken; kültürel yeterlilik (competence), bu farkındalığın somut beceri ve bilgiyle birleşmesini kapsar (Campinha-Bacote, 2002: 183).

Campinha-Bacote'nin beş boyutlu modeli farkındalık, bilgi, beceri, karşılaşma ve arzu kültürel yeterliliğin dinamik bir süreç olduğunu öne sürer (Campinha-Bacote, 2002: 184). Bu süreç, bireysel farkındalıktan başlar, etkileşimlerle gelişir ve sürekli öğrenmeyle derinleşir. Ancak son yıllarda bazı araştırmacılar, “kültürel yeterlilik” teriminin kültürü sabit bir özellik gibi ele aldığı eleştirisini yapmıştır (Kleinman & Benson, 2016: 347). Bu nedenle, çağdaş literatürde “kültürel alçakgönüllülük (cultural humility)” kavramı ön plana çıkmıştır. Kültürel alçakgönüllülük, hemşirenin kendini sürekli bir öğrenme sürecinde görmesi, hastanın kültürel bilgisini kendi bilgisine eşit düzeyde kabul etmesi anlamına gelir (Hook & ark., 2013: 353). Bu yaklaşıma göre hemşire, “uzman” konumundan ziyade “öğrenen ortak” rolündedir. Bu, göçmen ve sığınmacı popülasyonlarla çalışırken karşılıklı saygı ve güven temelinde bir ilişki kurmayı kolaylaştırır.

Leininger'in Transkültürel Hemşirelik Modeli

Madeleine Leininger, hemşirelikte kültürün sistematik olarak ele alınmasını sağlayan ilk araştırmacıdır. Onun geliştirdiği Transkültürel Hemşirelik Modeli, “Kültürel Bakım Çeşitliliği ve Evrenselliği” kavramına dayanır (Leininger & McFarland, 2006: 302).

Model, kültürün bireylerin sağlık, hastalık, ölüm ve bakım anlayışlarını belirlediğini savunur. Hemşire, bu bağlamda üç stratejiden birini uygular:

- Kültürel bakımın korunması (preservation): Sağlığa zarar vermeyen kültürel uygulamalar sürdürölür.
- Kültürel bakımın uyarlanması (accommodation): Kültürel pratikler sağlık açısından desteklenerek bakım planına entegre edilir.
- Kültürel bakımın yeniden yapılandırılması (repatternning): Sağlığa zararlı uygulamalar uygun biçimde değiştirilir.

Bu modelin güçlü yönü, hemşirelik bakımına kültürel sistematik kazandırmasıdır. Ancak eleştirmenler, modelin “tekil kültür” anlayışına dayandığını, günümüzün hibrit ve göçmen toplum yapısında daha esnek bir yaklaşım gerektiğini belirtmiştir (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018: 343).

Transkültürel hemşirelik, göçmenlerle çalışan hemşireler için hâlen geçerli bir teorik çerçevedir. Özellikle doğum, beslenme, yas ve ölüm gibi kültürel olarak hassas dönemlerde hemşirelik uygulamalarının yönlendirilmesinde etkili bir modeldir.

Etik Temeller ve Kültürel Duyarlılık

Kültürel duyarlılığın etik boyutu, hemşirelik bakımında özerklik, yararlılık, zarar vermeme ve adalet ilkeleriyle iç içedir (Beauchamp & Childress, 1994: 333).

Göçmen bireylerle çalışırken bu ilkeler farklı biçimlerde yorumlanabilir. Örneğin, bireysel özerklik kavramı Batı kültürlerinde ön plandayken, birçok Asya veya Orta Doğu kültüründe sağlık kararları aile veya topluluk tarafından alınır. Bu durumda hemşirenin görevi, kültürel bağlama uygun şekilde “topluluk temelli özerklik” kavramını gözetmektir (Sagar & Sagar, 2019: 38).

Ayrıca kültürel duyarlılık, etik görelilik ile evrensel etik arasındaki dengeyi de gerektirir. Hemşire, zararlı kültürel uygulamalara (örneğin kadın sünneti, aşırı çocuk evlilikleri) karşı dururken, kültürel değerlere saygıyı elden bırakmadan çözüm aramalıdır (Purnell, 2013: 331). Bu denge, kültürel duyarlılığın en zor ancak en kritik boyutudur.

Göç Sürecinin Sağlık Üzerindeki Çok Katmanlı Etkileri

Göç süreci, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını üç aşamada etkiler: göç öncesi, göç sırası ve göç sonrası (Bhugra, 2004: 245).

Göç Öncesi Dönem

Savaş, iç çatışma, yoksulluk, iklim krizi veya siyasi baskı nedeniyle bireyler ağır travmatik deneyimler yaşarlar. Bu dönemde

malnütrisyon, bulaşıcı hastalıklar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunlar sıktır (Steel et al., 2009: 539).

Göç Sırası Dönem

Uzun yolculuklar, insan kaçakçılığı, şiddet, cinsel istismar, yetersiz barınma ve hijyen eksikliği sağlık risklerini artırır (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011: 34). Özellikle kadınlar ve çocuklar, bu dönemde cinsel şiddet ve istismar açısından yüksek risk altındadır.

Göç Sonrası Dönem

Yeni ülkeye ulaşıldığında yasal statü belirsizliği, dil engeli, kültürel uyum zorlukları, işsizlik ve ayrımcılık, ruh sağlığı üzerinde baskı yaratır (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005: 1313). Bu dönemde hem akut hem kronik hastalıklar yeniden ortaya çıkabilir.

Bu üç aşama, hemşirelik bakımının sürekliliğini zorunlu kılar. Göçmenlerle çalışan hemşireler, bireyin yalnızca mevcut semptomlarını değil, geçmiş travmalarını ve göç deneyimini de göz önünde bulundurmalıdır. Bu yaklaşım, travma bilgili bakım (trauma-informed care) çerçevesinde ele alınmalıdır (Abuse, 2013: 57).

Göçmen Sağlığında Sosyal Belirleyiciler ve Eşitsizlik

Göçmen sağlığı, yalnızca tıbbi değil, sosyoekonomik belirleyicilerle de şekillenir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın sosyal belirleyicilerini “insanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı koşullar” olarak tanımlar. Göçmen bireyler genellikle bu belirleyicilerin tümünde dezavantajlıdır (WHO, 2022: 11.10.2025):

Barınma ve Yaşam Koşulları

Göçmenlerin önemli bir kısmı kalabalık ve sağlıksız koşullarda yaşamaktadır. Bu durum, tüberküloz, solunum yolu

enfeksiyonları ve COVID-19 gibi hastalıkların yayılım riskini artırır (Halliday & ark., 2025: 127788).

Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık sistemini anlamakta güçlük çeken bireyler, tedaviye uyumsuzluk gösterir. Düşük sağlık okuryazarlığı, kronik hastalık yönetiminde başarısızlığa neden olur (Nutbeam, 2008: 2075).

Çalışma Koşulları

Göçmen işçiler, düşük ücretli ve tehlikeli işlerde çalıştıkları için iş kazalarına, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına ve ruhsal tükenmeye daha yatkındır (Ahonen, Benavides, & Benach, 2007: 101).

Toplumsal Cinsiyet ve Kırılganlık

Kadın göçmenler, üreme sağlığı hizmetlerine erişimde ek engellerle karşılaşır. Kültürel kısıtlamalar, dil engeli ve bakım hizmetlerinin yetersizliği bu sorunu derinleştirir (Carballo & Nerukar, 2001: 556; Kaya & Fırat, 2025: 5).

Sosyal Dışlanma ve Ayrımcılık

Göçmenlerin maruz kaldığı yapısal ırkçılık, psikososyal stres faktörlerini artırır ve ruh sağlığını olumsuz etkiler (Viruell-Fuentes & ark., 2012: 2104). Bu eşitsizliklerin tanınması, hemşirelik bakımının bireysel olduğu kadar toplumsal adalet boyutunu da güçlendirir. Hemşirelik, yalnızca hasta bakımını değil, aynı zamanda sosyal savunuculuğu içeren bir meslek olmalıdır (Douglas & ark., 2011: 319).

Göçmen Sağlığı ve Hemşirelik Uygulamaları Arasındaki Etkileşim

Göçmen sağlığı hemşireliği, bireysel bakımın ötesinde kültürel, etik ve politik bir çerçeveye sahiptir. Bu alanda çalışan hemşireler, aşağıdaki işlevleri üstlenir:

- Değerlendirme: Bireyin göç öyküsünü, travmatik deneyimlerini ve kültürel sağlık inançlarını değerlendirir.
- Planlama: Bakım planını kültürel değerlerle uyumlu biçimde oluşturur.
- Uygulama: Dil bariyerlerini aşmak için uygun iletişim stratejileri ve materyaller kullanır.
- Eğitim: Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için görsel destekli, sade dilli materyaller kullanır.
- Savunuculuk: Göçmenlerin sağlık haklarını korumak için politika düzeyinde katkı sağlar (Kim & Choi, 2025: 2080).

Bu süreçte hemşirelik, yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda dönüştürücü bir sosyal rol üstlenir. Göçmenlerle kurulan her bakım ilişkisi, kültürel etkileşimin ve toplumsal dayanışmanın bir biçimidir.

Türkiye ve Avrupa Perspektifinden Kültürel Duyarlılık Uygulamaları

Türkiye, son on yılda 4 milyondan fazla mülteci ve göçmene ev sahipliği yaparak sağlık sisteminde kültürel çeşitliliğin en yoğun yaşandığı ülkelerden biri olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın kurduğu Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM), dil ve kültür engellerini azaltmak amacıyla yerel personel ve Arapça bilen göçmen sağlık çalışanlarını görevlendirmiştir (Erdoğan, 2019: 22).

Bu model, hem kültürel güven duygusunu artırmış hem de hizmet kullanım oranlarını yükseltmiştir. Ancak hâlen kültürel farkındalık eğitimi almamış sağlık personelinin varlığı, hizmet kalitesinde tutarsızlık yaratmaktadır (Duran & Albayrak, 2020: 357).

Avrupa'da İsveç, Hollanda ve Almanya gibi ülkelerde “kültürel aracı (cultural mediator)” uygulaması yaygındır. Bu kişiler, sağlık profesyonelleri ile göçmen topluluklar arasında köprü kurarak iletişimi kolaylaştırır ve yanlış anlamaları önler (Nørredam, 2015: 55).

Bu örnekler, kültürel duyarlılığın bireysel beceri olmanın ötesinde, kurumsal bir politika ve sistem yaklaşımı olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Kültürel Duyarlılık Eğitiminde Güncel Yaklaşımlar

Hemşirelik eğitiminde kültürel duyarlılığın kazandırılması, profesyonel beceri gelişiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu eğitimler genellikle şu yöntemlerle verilir:

- Vaka temelli öğrenme: Gerçek vakalar üzerinden kültürel çözümleme yapılır.
- Simülasyon: Öğrenciler farklı kültürel senaryolarda etkileşim kurar.
- Yansıtıcı günlükler: Öğrenciler kendi tutumlarını sorgular.
- Kültürel karşılaşma deneyimleri: Farklı topluluklarla saha uygulamaları yapılır (Jeffreys, 2011: 72).

Araştırmalar, bu tür eğitimlerin yalnızca bilgi düzeyini değil, aynı zamanda empati ve tutum değişimini de desteklediğini göstermektedir (Rew & ark., 2003: 252). Türkiye’deki hemşirelik fakültelerinde bu tür programların sistematikleştirilmesi, kültürel farkındalıkta sürdürülebilirlik sağlayacaktır.

Kültürel Duyarlılığın Klinik Yansımaları

Kültürel duyarlılığın klinik pratiğe yansımaları, hemşire-hasta ilişkisinde empati, saygı ve güven temelinde gözlemlenir. Örneğin:

Göçmen kadın hastanın cinsiyet temelli muayene talebine saygı göstermek,

İbadet saatlerine uygun tedavi planlamak,

Dini beslenme kısıtlamalarına dikkat etmek,

Tercüman desteğiyle sağlık eğitimi sunmak,

gibi uygulamalar kültürel duyarlılığın somut göstergeleridir (Douglas et al., 2011: 321).

Bu uygulamalar hasta memnuniyetini artırır, sağlık sistemine güveni güçlendirir ve tedaviye uyumu kolaylaştırır (Spector, 2002: 198).

Sonuç

Göçmen ve sığınmacı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları dil, kültür, travma ve eşitsizlik temelli güçlükler, kültürel adaptasyonu hemşirelik bakımının zorunlu bir unsuru hâline getirmektedir. Leininger ve Campinha-Bacote modelleri ile kültürel alçakgönüllülük yaklaşımı, hemşirelere farklı kültürel değerlere duyarlı, güvenli ve bütüncül bakım sunmada yol gösterir. Travma bilgili bakım, etkili iletişim, tercüman desteği, dini-beslenme gereksinimlerinin gözetilmesi ve cinsiyete duyarlı uygulamalar; klinik alanda kültürel duyarlılığın somut karşılıklarıdır. Türkiye’deki Göçmen Sağlığı Merkezleri ve Avrupa’daki kültürel aracılık sistemleri, kültürel duyarlılığın yalnızca bireysel değil, kurumsal bir gereklilik olduğunu gösterirken; hemşirelik eğitiminin bu doğrultuda güçlendirilmesi önem taşır. Sonuç olarak kültürel adaptasyon, göçmen sağlığında kaliteyi artıran, eşitsizlikleri azaltan ve hemşireyi yalnızca bakım veren değil kültürlerarası köprü kuran bir profesyonel konumuna yerleştiren temel bir yaklaşımdır.

Kaynakça

- Abuse, S. (2013). Mental health services administration. *Results from the*, 2(013), 55–68.
- Ahonen, E. Q., Benavides, F. G., & Benach, J. (2007). Immigrant populations, work and health a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 96–104.
- Barış, M., Sert, G., & Önder, O. (2025). Ethical challenges in accessing and providing healthcare for Syrian refugees in Türkiye. *Bioethics*, 39(1), 49–57.

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). Principles of biomedical ethics: Edicoes Loyola. 321-337.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184.
- Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7(3 Suppl), 556.
- Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., . . . Purnell, L. (2011). Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 317–333.
- Duran, S., & Albayrak, S. (2020). Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve göçmenlerle yaşadıkları iletişim zorlukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(3), 355–365.
- Erdoğan, M. M. (2019). Türkiye’deki Suriyeli mülteciler. *Konrad Adenauer Stiftung*, 1–25.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Halliday, R., Morais, B., Bouaddi, O., Deal, A., Faijue, D., Bojang, S., & Hargreaves, S. (2025). Vaccine-preventable diseases in migrants in Europe: a systematic review. *Vaccine*, 65, 127788.
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington Jr, E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 353.
- Jeffreys, M. (2011). Teaching cultural competence in nursing and health care. *Research & Theory for Nursing Practice*, 25(1), 72.
- Karaçay, A. B. (2024). Türkiye’deki Suriyeli mültecilere yönelik entegrasyon politikaları: Çekingen ve merkeziyetçi

- yaklaşımlar. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(49), 1779–1800.
- Kaya, E., & Fırat, M. Ö. (2025). Assessment of domestic violence against women and its impact on mental health: A population-based cross-sectional study. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1), 1–10.
- Kim, M. J., & Choi, J. (2025). Global comparison of codes of ethics for nurses: A mixed-method collective case study differentiating aspirational and mandatory ethics. *Journal of Clinical Nursing*. 2075-2093.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2016). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Understanding and Applying Medical Anthropology*, 344–349.
- Leininger, M. (1991). Cultural care diversity and universality: A theory for nursing, National League of Nursing. New York. *Traducido*. 119-146.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory: *Jones & Bartlett Learning*. 302-304.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). Theory of culture care diversity and universality. MR Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work*, 339–359.
- Nørredam, M. (2015). Migration and health. *Danish Med J*, 61(4), B5068.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Purnell, L. D. (2013). Transcultural health care: A culturally competent approach. 311-331.
- Rew, L., Becker, H., Cookston, J., Khosropour, S., & Martinez, S. (2003). *Measuring cultural awareness in nursing students*. In (Vol. 42, pp. 249–257): Slack Incorporated Thorofare, NJ.
- Sagar, P. L., & Sagar, D. Y. (2019). Current State of Transcultural Nursing Theories, Models, and Approaches. *Annual review of nursing Research*, 37(1), 25-41.
- Spector, R. E. (2002). Cultural diversity in health and illness. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 197–199.

- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537–549.
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106.
- WHO. (2022). World report on the health of refugees and migrants: summary: World Health Organization.
- Yıldız, M., Yıldırım, M. S., Elkoca, A., Sarpdağı, Y., Atay, M. E., & Dege, G. (2024). Investigation of the relationship between xenophobic attitude and intercultural sensitivity level in nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 45, 12–19.
- Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Medicine*, 8(5), e1001034.

SAĞLIK SİSTEMLERİNDE KRİZ YÖNETİMİ: SAĞLIK YÖNETİMCİSİ VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN STRATEJİK VE BÜTÜNLEŞİK KATKISI

Melek ÖZTÜRK¹

İlkay Sevinç TURAÇ²

ÖZET

Sağlık sistemleri, doğal afetler, salgın hastalıklar, ekonomik krizler, kitlesel göçler ve savaşlar gibi olağanüstü durumlarda ciddi yapısal ve işlevsel sınamalarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu tür kriz durumları, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve erişilebilirliğini tehdit etmekte; etkili bir kriz yönetimini zorunlu kılmaktadır. Sağlık sistemlerinde kriz yönetimi, yalnızca idari ve yönetsel kararlarla sınırlı olmayan, çok disiplinli ve bütüncül bir yaklaşımı gerektiren bir süreçtir. Bu bağlamda sağlık yöneticileri ile halk sağlığı hemşireleri, kriz yönetiminin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında stratejik aktörler olarak öne çıkmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık sistemlerinde kriz yönetimini sağlık yöneticisi ve halk sağlığı hemşiresinin ortak perspektifiyle ele almak ve bu iki meslek grubunun kriz süreçlerine olan stratejik katkılarını ortaya koymaktır. Çalışmada kriz kavramı, sağlık sistemlerinde kriz türleri, kriz yönetimi modelleri, halk sağlığı hemşireliğinin ve sağlık yöneticiliğinin kriz yönetimindeki rolleri ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Ayrıca COVID-19 pandemisi başta olmak üzere güncel kriz örnekleri üzerinden sağlık yöneticisi-hemşire iş birliğinin önemi tartışılmıştır. Sonuç olarak, sağlık sistemlerinde etkili kriz yönetiminin, sağlık yöneticileri ile halk sağlığı hemşirelerinin koordineli, liderlik temelli ve toplum odaklı çalışmalarıyla mümkün olduğu vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kriz yönetimi, sağlık sistemleri, sağlık yöneticisi, halk sağlığı hemşireliği, liderlik

Dr.Öğrt. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, ORCID:0000-0002-5325-945X

Dr.Öğrt. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0003-2884-8049

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık sistemleri, yalnızca rutin sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlü yapılar olmaktan çıkmış; aynı zamanda ani, beklenmedik ve yüksek belirsizlik içeren kriz durumlarına karşı hazırlıklı olması gereken karmaşık organizasyonlar hâline gelmiştir. Küreselleşme, iklim değişikliği, nüfus hareketleri ve teknolojik dönüşümler, sağlık sistemlerinin kırılganlığını artırmakta; krizlerin sıklığını ve etkisini derinleştirmektedir (Kruk ve ark., 2017: 3; OECD, 2020).

Sağlık sistemlerinde kriz yönetimi, yalnızca yönetsel bir sorumluluk değil; aynı zamanda halk sağlığını koruma, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlama ve toplumsal güveni sürdürme açısından etik ve mesleki bir zorunluluktur. Bu noktada sağlık yöneticileri ile halk sağlığı hemşireleri, kriz süreçlerinde birbirini tamamlayan roller üstlenmektedir (WHO, 2019; Çilingir, Altınbaş & Bal, 2023: 121).

2. KRİZ VE KRİZ YÖNETİMİ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Kriz Kavramı

Kriz; ani ortaya çıkan, mevcut kaynakları yetersiz bırakan, karar alma süreçlerini zorlaştıran ve örgütlerin normal işleyişini bozan olağanüstü durumlar olarak tanımlanmaktadır (Ulutaş, 2010:46; Boin, 't Hart & McConnell, 2021:3). Sağlık sistemlerinde krizler; hasta yükünde ani artış, personel yetersizliği, kaynak kıtlığı ve bilgi kirliliği gibi çok boyutlu sorunlara yol açmakta; bu durum sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kruk ve ark., 2017: 3; WHO, 2019).

Sağlık Sistemlerinde Kriz Türleri

Sağlık sistemlerinde karşılaşılan krizler, ortaya çıkış nedenleri ve etkiledikleri alanlar dikkate alındığında aşağıdaki başlıklar altında sınıflandırılmaktadır (OECD, 2020; Aslan, 2023:28):

- Doğal afetler (deprem, sel, yangın)
- Salgın ve pandemiler (COVID-19, SARS, Ebola)
- Ekonomik krizler
- Savaş ve göç krizleri
- Teknolojik ve sistemsel krizler

Her bir kriz türü, sağlık yöneticileri ve halk sağlığı hemşireleri için farklı sorumluluk alanları yaratmakta; kriz yönetimi sürecinde disiplinlerarası ve bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (Güler & Akın, 2015:1129; Çilingir ve ark., 2023:127).

Doğal Afet Kaynaklı Krizler

Doğal afetler, sağlık sistemlerinde ani ve yıkıcı etkiler oluşturan kriz türlerinin başında gelmektedir. Deprem, sel, heyelan, fırtına, yangın ve kuraklık gibi olaylar; sağlık altyapısını doğrudan etkileyerek sağlık hizmetlerinin sunum kapasitesini ciddi biçimde azaltmaktadır (WHO, 2019; Kalanlar, 2017:10). Bu tür afetler, sağlık sistemlerinin hem fiziksel hem de işlevsel açıdan zorlanmasına neden olmaktadır (OECD, 2020).

İçerik ve Etkileri:

- Sağlık tesislerinin fiziksel zarar görmesi
- Acil servis ve yoğun bakım ihtiyacında ani artış
- Tıbbi malzeme ve ilaç temininde aksaklıklar
- İçme suyu, sanitasyon ve hijyen sorunları
- Enfeksiyon hastalıkları riskinde artış

(WHO, 2018; Güler & Akın, 2015:1031)

Sağlık Yöneticisinin Rolü:

Doğal afet kaynaklı krizlerde sağlık yöneticilerinin temel rolü; afet öncesi hazırlık ve acil durum planlarının oluşturulması, kriz anında sınırlı kaynakların etkin biçimde yeniden dağıtılması ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasıdır (Ulutaş, 2010:46; Aslan, 2023:29).

Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü:

Halk sağlığı hemşireleri; toplum temelli risk değerlendirmesi yaparak kırılgan grupları belirlemekte, acil bakım hizmetlerini sunmakta, geçici barınma alanlarında hijyen koşullarının sağlanmasına katkıda bulunmakta ve bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik çalışmalar yürütmektedir (Kalanlar, 2017:11; Çilingir, Altınbaş & Bal, 2023:122).

Salgın ve Pandemi Kaynaklı Krizler (Biyolojik Krizler)

Salgın hastalıklar, sağlık sistemlerinde en uzun süreli ve çok boyutlu krizlere yol açan biyolojik tehditlerdir. COVID-19 pandemisi, bu tür krizlerin sağlık sistemleri üzerindeki yıkıcı etkisini açık biçimde ortaya koymuş; sağlık hizmetlerine olan talebin ani ve yoğun artışıyla birlikte sağlık sistemlerinin dayanıklılığını sınamıştır (WHO, 2020; Kruk ve ark., 2017:3).

İçerik ve Etkileri:

- Sağlık hizmetlerine aşırı talep
- Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve psikososyal sorunlar

- Yoğun bakım ve yatak kapasitesinde yetersizlik
 - Aşılama ve ilaçlara erişimde eşitsizlikler
 - Toplumsal panik, korku ve bilgi kirliliği
- (Shanafelt et al., 2020:2249; OECD, 2020)

Sağlık Yöneticisinin Rolü:

Pandemi dönemlerinde sağlık yöneticilerinin rolü; kriz planlaması yapmak, insan gücü ve sağlık personelinin etkin biçimde yönetmek, ulusal sağlık politikalarının uygulanmasını sağlamak ve mevcut kaynakları en verimli şekilde optimize etmektir (WHO, 2020; Aydınтуğ Myrvang ve ark., 2021:346).

Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü:

Halk sağlığı hemşireleri; filyasyon çalışmalarının yürütülmesi, aşılama programlarının uygulanması, toplumun bilgilendirilmesi ve risk iletişiminin sağlanması ile vaka izlem ve temaslı takibi gibi temel halk sağlığı uygulamalarında aktif rol üstlenmektedir (Çilingir ve ark., 2023:123; Stanhope & Lancaster, 2020:1121).

Ekonomik Krizler

Ekonomik krizler, sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliğini tehdit eden dolaylı ancak derin etkili kriz türleridir. Ekonomik daralmalar, kamu ve özel sektör sağlık harcamalarında kısıtlamalara yol açmakta; bu durum personel yetersizliği, hizmet kapasitesinde azalma ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (OECD, 2020; Öztekin, 2021:289).

İçerik ve Etkileri:

- Sağlık bütçelerinde kesintiler
 - Personel istihdamında azalma
 - İlaç ve tıbbi cihaz temininde sorunlar
 - Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik
- (WHO, 2018; Güler & Akın, 2015:1129)

Sağlık Yöneticisinin Rolü:

Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık yöneticilerinin temel rolü; mevcut kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamak, maliyet kontrolü mekanizmaları geliştirmek ve hizmet sunumunda önceliklendirme stratejileri oluşturmaktır (Ulutaş, 2010:47; OECD, 2020).

Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü:

Halk sağlığı hemşireleri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık

harcamalarının azaltılmasına katkı sağlamakta; özellikle kırılgan ve dezavantajlı gruplara yönelik hizmetlerin sürekliliğini desteklemektedir (Güler & Akın, 2015:1130; Stanhope & Lancaster, 2020:1122).

Sosyal ve Demografik Krizler

Göçler, savaşlar, hızlı nüfus artışı ve yaşlanma gibi sosyal ve demografik değişimler, sağlık sistemlerinde yapısal ve uzun vadeli krizlere yol açmaktadır. Bu değişimler, sağlık hizmetlerinin planlanmasını zorlaştırmakta ve sağlık sistemlerinin eşitlik ilkesini tehdit etmektedir (WHO, 2022; Özvarış, 2019:17).

İçerik ve Etkileri:

- Göçmen ve mülteci sağlığı sorunları
 - Kronik hastalık yükünde artış
 - Sağlık hizmetlerinde bölgesel dengesizlikler
 - Kültürel uyum ve iletişim sorunları
- (OECD, 2020; Güler & Akın, 2015:1132)

Sağlık Yöneticisinin Rolü:

Sağlık yöneticilerinin bu krizlerdeki rolü; kapsayıcı sağlık politikaları geliştirmek, hizmet planlamasını demografik veriler doğrultusunda yapmak ve çok kültürlü sağlık sistemleri oluşturmaktır (WHO, 2022; Aslan, 2023:29).

Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü:

Halk sağlığı hemşireleri; toplumla doğrudan temas kurarak kültürel duyarlılığı gözeten bakım sunmakta, sağlık eğitimi ve danışmanlık faaliyetleriyle toplumsal uyumu desteklemektedir (Çilingir, Altınbaş & Bal, 2023:121).

2.2.5. Örgütsel ve Yönetsel Krizler

Sağlık kurumlarının iç yapısından kaynaklanan örgütsel ve yönetsel krizler, hizmet sunum süreçlerinde aksamalara ve çalışan memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Yönetimsel yetersizlikler ve iletişim sorunları, krizlerin derinleşmesine yol açabilmektedir (Ulutaş, 2010:46; Avolio et al., 2020:443).

İçerik ve Etkileri:

- Yönetimsel yetersizlikler
- Kurum içi iletişim kopuklukları

- Personel memnuniyetsizliği ve tükenmişlik
- Etik ihlaller

(Maslach & Leiter, 2016:104; Ulutaş, 2010:46)

Sağlık Yöneticisinin Rolü:

Bu tür krizlerde sağlık yöneticilerinin rolü; etkili liderlik sergilemek, kriz iletişimini yönetmek ve kurum içi güveni yeniden inşa etmektir (Al-Sawai, 2019:9; Ay dıntuğ Myrvang ve ark., 2021:347).

Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü:

.Halk sağlığı hemşireleri, ekip çalışmasını destekleyerek sahadan yönetime geri bildirim sağlamakta ve hizmet süreçlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Ulutaş, 2010:47; Çilingir ve ark., 2023:121).

Teknolojik ve Dijital Krizler

Dijitalleşmenin hız kazanmasıyla birlikte sağlık sistemleri; siber saldırılar, veri ihlalleri ve bilgi sistemleri arızaları gibi yeni kriz türleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu tür krizler, hizmet sürekliliğini ve hasta güvenliğini ciddi biçimde tehdit etmektedir (WHO, 2021; European Commission, 2022).

İçerik ve Etkileri:

- Elektronik sağlık kayıtlarının zarar görmesi
- Sağlık hizmetlerinde kesintiler
- Hasta güvenliği ve gizliliği riskleri

(OECD, 2020; WHO, 2021)

Sağlık Yöneticisinin Rolü:

Sağlık yöneticilerinin bu alandaki rolü; bilgi güvenliği politikaları geliştirmek, dijital altyapıya yatırım yapmak ve kriz senaryolarına yönelik bilişim planlarını oluşturmaktır (European Commission, 2022; Aslan, 2023:30).

Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü:

Halk sağlığı hemşireleri; dijital sistemlerin doğru ve etik kullanımını sağlamak, veri gizliliği ve hasta mahremiyetine uyumu desteklemekle sorumludur (Stanhope & Lancaster, 2020:1123; WHO, 2021).

3. SAĞLIK SİSTEMLERİNDE KRİZ YÖNETİMİ SÜRECİ

Sağlık sistemlerinde kriz yönetimi, krizlerin etkisini azaltmak ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak amacıyla planlı ve sistematik bir süreç olarak ele alınmakta; genel olarak **kriz öncesi hazırlık, kriz anı müdahale, kriz sonrası iyileşme ve değerlendirme-öğrenme** olmak üzere dört temel aşamada incelenmektedir (WHO, 2019; Boin, 't Hart & McConnell, 2021:26).

Kriz Öncesi Hazırlık

Kriz öncesi hazırlık aşaması; risk analizi yapılması, olası kriz senaryolarının belirlenmesi, acil durum ve afet planlarının hazırlanması, personel eğitimleri ve düzenli tatbikatları kapsamaktadır. Bu aşama, kriz yönetiminin en kritik basamağı olarak kabul edilmektedir (OECD, 2020).

Sağlık yöneticileri bu süreçte stratejik planlama, kaynak yönetimi ve kurumsal hazırlık düzeyinin artırılmasından sorumluyken; halk sağlığı hemşireleri toplum temelli risk değerlendirmeleri yapmakta, kırılgan grupları belirlemekte ve topluma yönelik eğitim faaliyetlerini yürütmektedir (Güler & Akın, 2015:1132; Stanhope & Lancaster, 2020:1118).

Kriz Anı Müdahale

Kriz anı müdahale aşaması, krizin etkilerinin en yoğun yaşandığı dönem olup; hızlı ve doğru karar alma, etkili iletişim ve mevcut kaynakların etkin kullanımı hayati önem taşımaktadır. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi temel hedeftir (WHO, 2019; Ulutaş, 2010:60).

Sağlık yöneticileri, kriz anında kurum içi ve kurumlar arası koordinasyonu sağlamak, liderlik rolü üstlenmek ve kaynakların önceliklendirilmesini gerçekleştirmekle yükümlüdür. Halk sağlığı hemşireleri ise doğrudan hizmet sunumu, triyaj uygulamaları, saha çalışmaları ve toplumla iletişim görevlerini yerine getirerek kriz yönetiminin uygulayıcı gücünü oluşturmaktadır (Çilingir, Altınbaş & Bal, 2023:122; Kalanlar, 2017:11).

Kriz Sonrası İyileşme

Kriz sonrası iyileşme aşaması; sağlık sisteminin normal işleyişine dönmesini sağlamak amacıyla fiziksel, psikososyal ve kurumsal rehabilitasyon süreçlerini içermektedir. Bu aşamada hasar gören sağlık altyapısının onarılması, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve çalışanların psikososyal destek alması önem taşımaktadır (Pfefferbaum & North, 2020:511; WHO, 2020).

Halk sağlığı hemşireleri, toplumun iyileşme sürecine uyum sağlamasında ve uzun vadeli sağlık izleminde aktif rol üstlenmektedir (Stanhope & Lancaster, 2020:1118).

Değerlendirme ve Öğrenme

Değerlendirme ve öğrenme aşaması, kriz yönetimi sürecinin son ancak süreklilik arz eden basamağıdır. Kriz sonrası yapılan analizler, güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesine olanak tanımakta; elde edilen bulgular gelecekteki krizlere hazırlık açısından kritik öneme sahip olmaktadır (Boin et al., 2021:25; Aslan, 2023:30).

Bu aşamada kurumsal öğrenmenin teşvik edilmesi, kriz planlarının güncellenmesi ve sağlık çalışanlarından geri bildirim alınması, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmaktadır (OECD, 2020; Öztekin, 2021:292).

4. HALK SAğLIğI HEMşİRELİğİNİN KRİZ YÖNETİMİNDEKİ ROLÜ

Sağlık sistemlerinde kriz yönetimi, yalnızca yönetsel ve politik kararlarla yürütölen bir süreç değildir. Krizlerin toplum sağlığı üzerindeki etkilerini azaltmak, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak ve halkın güvenini korumak için sahada doğrudan hizmet sunan sağlık profesyonellerinin rolü kritik öneme sahiptir (Stanhope & Lancaster, 2020:1122). Bu profesyonel grupların başında halk sağlığı hemşireleri gelmektedir. Halk sağlığı hemşireliği; birey, aile ve toplum düzeyinde koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, toplum temelli ve bütöncöl bir yaklaşıma dayanmaktadır (Güler & Akın, 2015:1131).

Halk sağlığı hemşireleri, kriz yönetiminin **hazırlık, müdahale ve iyileşme aşamalarının** tamamında aktif rol almakta ve sağlık yöneticileriyle koordineli bir şekilde çalışmaktadır (Kalanlar, 2017:7). Bu yönüyle halk sağlığı hemşireliği, sağlık sistemlerinde krizlere karşı dayanıklılığın artırılmasında stratejik bir meslek alanı olarak öne çıkmaktadır (WHO, 2022).

Kriz Öncesi Hazırlık Sürecindeki Rolü

Kriz öncesi hazırlık, kriz yönetiminin en kritik aşamasıdır. Bu dönemde halk sağlığı hemşireleri, toplum temelli risklerin belirlenmesi ve önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda sorumluluk üstlenir (Spradley & Allender, 2000:96).

Halk sağlığı hemşirelerinin görevleri şunları içerir:

- Toplumun sağlık gereksinimlerini ve risk gruplarını belirlemek,
- Afet ve salgınlara yönelik eğitim programları düzenlemek,
- Toplumun sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmalar yürötmek,

- Aşılamaya yönelik farkındalık ve hazırlık çalışmalarına katkı sağlamak (Çilingir, Altınbaş & Bal, 2023:123).

Bu süreçte sağlık yöneticileri ile iş birliği yaparak kriz planlarının hazırlanmasına katkıda bulunurlar. Hazırlık aşamasında yapılan bu çalışmalar, kriz anında sağlık sisteminin yükünü önemli ölçüde azaltmaktadır (Ulutaş, 2010:60).

Kriz Anı Müdahale Sürecindeki Rolü

Kriz anı, hızlı karar alma ve etkili uygulamaların hayati olduğu bir dönemdir. Halk sağlığı hemşireleri, sahada aktif rol alarak toplumun sağlık ihtiyaçlarına doğrudan yanıt verir (Stanhope & Lancaster, 2020:1114).

Başlıca görevler şunlardır:

- Triage ve temel sağlık hizmetleri sunumu: Afet veya salgın durumlarında öncelikli hasta gruplarının belirlenmesi,
- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü: Vaka takibi, filyasyon ve izolasyon uygulamaları,
- Toplumun bilgilendirilmesi: Yanlış bilgi ve paniğin önlenmesi için doğru sağlık iletişimi sağlanması,
- Psikososyal destek: Krizlerin yol açtığı stres, kaygı ve travmalarla baş etmede destek sunulması (WHO, 2020).

COVID-19 pandemisi sürecinde halk sağlığı hemşirelerinin filyasyon, aşılama ve toplum bilgilendirme faaliyetlerindeki rolü, kriz yönetiminde bu meslek grubunun vazgeçilmezliğini açıkça göstermiştir.

Kriz Sonrası İyileşme ve Rehabilitasyon Sürecindeki Rolü

Kriz sonrası dönem, toplum sağlığının yeniden yapılandırılması açısından kritik öneme sahiptir. Halk sağlığı hemşireleri bu süreçte hem fiziksel hem ruhsal iyileşmeye yönelik hizmetler sunmaktadır (Kalanlar, 2017:7).

Bu kapsamda halk sağlığı hemşireleri:

- Krizden etkilenen bireylerin sağlık izlem ve taramalarını yapar,
- Kronik hastalıkların yönetimini sürdürür,
- Ruh sağlığı sorunlarına yönelik erken müdahale ve yönlendirme yapar,
- Toplumun normal yaşam düzenine uyumunu destekler (Spradley & Allender, 2000:97).

Sağlık yöneticileri ile birlikte yürütülen değerlendirme çalışmaları sayesinde kriz sürecinden edinilen deneyimler analiz edilerek gelecekteki krizlere yönelik daha etkili stratejiler geliştirilir (Aydıntuğ Myrvang ve ark., 2021:347).

Sağlık Yöneticileri ile İş Birliği ve Liderlik Rolü

Halk sağlığı hemşireleri, yalnızca uygulayıcı değil; kriz yönetiminde liderlik rolü üstlenen profesyonellerdir. Sahadan elde edilen veriler, sağlık yöneticilerinin karar alma süreçlerini doğrudan etkiler.

Liderlik rolleri şunları içerir:

- Toplumdan elde edilen verilerin yönetime aktarılması,
- Sağlık politikalarının sahadaki uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi,
- Ekip çalışmasının ve koordinasyonun güçlendirilmesi (Aydıntuğ Myrvang ve ark., 2021:347).

Bu iş birliği, sağlık sistemlerinde krizlere karşı kurumsal dayanıklılığın artırılmasına katkı sağlar.

Etik Sorumluluklar ve Mesleki Dayanıklılık

Kriz dönemlerinde halk sağlığı hemşireleri, etik ikilemlerle sıkça karşılaşır. Kaynakların sınırlı olduğu durumlarda **adalet, eşitlik ve insan onuruna saygı** temel ilkeler olarak öne çıkar (Spradley & Allender, 2000:97).

Uzun süren krizler hemşirelerde tükenmişlik riskini artırdığından, sağlık yöneticilerinin halk sağlığı hemşirelerinin psikososyal destek ve çalışma koşullarını iyileştirmesi büyük önem taşır (Maslach & Leiter, 2016:103).

Halk sağlığı hemşireliği, sağlık sistemlerinde kriz yönetiminin merkezinde yer alan stratejik bir meslek alanıdır. Kriz öncesi hazırlık, kriz anı müdahale ve kriz sonrası iyileşme süreçlerinde üstlenilen roller, halk sağlığı hemşirelerini vazgeçilmez kılmaktadır. Sağlık yöneticileriyle kurulan etkili iş birliği, krizlerin toplum üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasında temel belirleyicidir (WHO, 2022).

5. SAĞLIK YÖNETİCİSİNİN KRİZ YÖNETİMİNDEKİ STRATEJİK ROLÜ

Sağlık sistemlerinde kriz yönetimi, belirsizlik, zaman baskısı ve sınırlı kaynaklar altında yürütülen çok boyutlu bir süreçtir. Bu sürecin başarısı büyük ölçüde sağlık yöneticilerinin stratejik

öngörü, liderlik ve koordinasyon yetkinliklerine bağlıdır. Sağlık yöneticileri, kriz dönemlerinde yalnızca idari kararlar alan yöneticiler değil; aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sürekliliğini, çalışan güvenliğini ve toplum sağlığını korumakla sorumlu stratejik aktörlerdir (Ulutaş, 2010:49; Aydınтуğ Myrvang ve ark., 2021:346).

Kriz ortamlarında sağlık yöneticisinin rolü; hazırlık, müdahale ve iyileşme aşamalarının tümünü kapsayan bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu süreçte halk sağlığı hemşireleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarıyla etkili iş birliği, kriz yönetiminin temel belirleyicilerinden biri olarak öne çıkmaktadır (Güler & Akın, 2015:1131).

Kriz Öncesi Hazırlık ve Stratejik Planlama Rolü

Kriz öncesi dönem, sağlık yöneticisinin en kritik sorumluluk alanlarından biridir. Bu aşamada sağlık yöneticileri, sağlık kuruluşlarının krizlere karşı dayanıklılığını artıracak stratejik planlamaları yapmakla yükümlüdür (Aslan, 2023:29).

- Olası kriz türlerinin belirlenmesi ve risk analizlerinin yapılması (Ulutaş, 2010:59)
- Acil durum ve afet yönetim planlarının hazırlanması (Güler & Akın, 2015:1135)
- Kriz senaryolarına yönelik tatbikatların planlanması (Aydınтуğ Myrvang ve ark., 2021:356)
- İnsan gücü, malzeme ve finansal kaynakların önceden planlanması (Çilingir ve ark., 2023:122)

Bu hazırlık sürecinde halk sağlığı hemşirelerinden elde edilen saha verileri, risk haritalarının oluşturulmasına katkı sağlamaktadır. Böylece kriz anında daha hızlı ve etkili karar alma süreçleri mümkün hâle gelmektedir (WHO, 2020).

Kriz Anında Liderlik ve Karar Alma Rolü

riz anı, sağlık yöneticisinin liderlik özelliklerinin en görünür olduğu dönemdir. Bu süreçte alınan kararlar, sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi ve toplum sağlığının korunması açısından hayati önem taşımaktadır (Spradley & Allender, 2000:102).

- Hızlı ve doğru karar alma
- Kaynakların önceliklendirilmesi ve yeniden dağıtımı
- Kurum içi ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanması
- Sağlık çalışanlarının güvenliğinin ve motivasyonunun korunması (Aydınтуğ Myrvang ve ark., 2021:354)

İnsan Kaynakları ve Sağlık Personeli Yönetimi

Krizler, sağlık çalışanları üzerinde yoğun fiziksel ve psikolojik yük oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin insan kaynakları yönetimi, kriz yönetiminin merkezinde yer almaktadır (Ulutaş, 2010:59; WHO, 2020).

Kaynak Yönetimi ve Lojistik Planlama

Kriz dönemlerinde sınırlı kaynakların etkin kullanımı, sağlık yöneticisinin temel sorumluluk alanlarından biridir. Tıbbi malzeme, ilaç, yatak kapasitesi ve teknolojik altyapının doğru yönetilmesi, kriz yönetiminin başarısını belirlemektedir (Ulutaş, 2010:59; Aslan, 2023:29).

İletişim, Koordinasyon ve Paydaş Yönetimi

Kriz dönemlerinde etkili iletişim, belirsizliği ve paniği azaltan en önemli unsurlardan biridir. Sağlık yöneticileri, hem kurum içi hem de kurum dışı paydaşlarla açık ve güvenilir iletişim kurmakla yükümlüdür (Çilingir ve ark., 2023:122).

Kriz Sonrası Değerlendirme ve Kurumsal Öğrenme

Kriz sonrası dönem, sağlık yöneticisinin değerlendirme ve yeniden yapılandırma rolünü ön plana çıkarmaktadır. Bu aşamada yapılan analizler, gelecekteki krizlere hazırlık açısından büyük önem taşımaktadır (Aslan, 2023:30).

Etik Liderlik ve Sorumluluk

Kriz dönemlerinde sağlık yöneticileri, etik karar alma süreçleriyle sıkça karşı karşıya kalmaktadır. Kaynakların sınırlı olduğu durumlarda adalet, eşitlik ve şeffaflık ilkeleri temel alınmalıdır (Spradley & Allender, 2000:96).

Sağlık yöneticileri, sağlık sistemlerinde kriz yönetiminin stratejik merkezinde yer almaktadır. Hazırlık, müdahale ve iyileşme süreçlerinde sergiledikleri liderlik, koordinasyon ve karar alma yetkinlikleri, krizlerin sağlık sistemi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaktadır. Halk sağlığı hemşireleriyle kurulan güçlü iş birliği ise kriz yönetiminin başarısını artıran temel unsurlardan biridir (Güler & Akın, 2015:1134; WHO, 2020)

6. SAĞLIK YÖNETİCİSİ VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ ARASINDAKİ İŞ BİRLİĞİ

Etkili kriz yönetimi, bu iki meslek grubunun eşgüdümlü çalışmasıyla mümkündür. Yönetici stratejik çerçeveyi oluştururken; hemşire sahadaki uygulamayı yönlendirir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sistemlerinde kriz yönetimi, yalnızca belirli bir meslek grubunun sorumluluğunda olmayan, çok boyutlu ve disiplinlerarası bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Krizlerin doğası gereği belirsizlik, zaman baskısı ve sınırlı kaynaklar, sağlık hizmetlerinin etkinliğini doğrudan etkileyebilir. Bu nedenle sağlık yöneticileri ve halk sağlığı hemşirelerinin birlikte ve koordineli çalışması, krizlerin olumsuz etkilerini minimize etmede kritik bir rol oynamaktadır.

Halk sağlığı hemşireleri, toplum temelli sağlık hizmetlerini sahada doğrudan sunmaları nedeniyle kriz anlarında hem önleyici hem de müdahale odaklı önemli görevler üstlenmektedir. Kriz öncesinde risk değerlendirmesi, sağlık okuryazarlığı çalışmalarının yürütülmesi ve aşılama gibi hazırlık faaliyetleriyle sağlık sistemlerinin yükünü azaltırlar. Kriz sırasında triayj, bulaşıcı hastalık kontrolü, psikososyal destek ve doğru sağlık iletişiminin sağlanması gibi görevlerle doğrudan topluma hizmet verirler. Kriz sonrasında ise sağlık izlemi, kronik hastalık yönetimi ve ruh sağlığı desteği sağlayarak toplumun normal yaşam düzenine uyumunu desteklerler.

Sağlık yöneticileri ise kriz yönetiminde stratejik bir koordinatör olarak öne çıkar. Kriz öncesi planlama, kaynak yönetimi, insan gücü düzenlemeleri, iletişim ve paydaş koordinasyonu gibi alanlarda liderlik gösterirler. Kriz sırasında hızlı ve doğru karar alma, kaynakların önceliklendirilmesi, personel güvenliği ve motivasyonunun sağlanması gibi görevler, sağlık sisteminin dayanıklılığını doğrudan etkiler. Kriz sonrasında ise süreçlerin değerlendirilmesi, kurumsal öğrenme ve stratejik güncellemeler yaparak gelecekteki krizlere hazırlık sağlarlar.

Bu çerçevede, sağlık sistemlerinin krizlere karşı etkinliğinin artırılması için önerilen başlıca stratejiler şunlardır:

1. **Disiplinlerarası Eğitim ve Tatbikatlar:** Sağlık yöneticileri ve halk sağlığı hemşireleri için kriz yönetimi simülasyonları ve eğitim programları düzenlenmeli, saha deneyimleri akademik bilgiyle desteklenmelidir.
2. **Toplum Temelli Risk Analizleri:** Kriz öncesinde toplumun sağlık riskleri belirlenmeli ve önleyici sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir. Bu süreçte halk sağlığı hemşirelerinin saha gözlemleri ve verileri etkin şekilde kullanılmalıdır.
3. **Kaynak ve İnsan Gücü Yönetimi:** Sınırlı kaynakların kriz döneminde etkin kullanımı ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması için esnek ve hızlı uyarlanabilir planlar oluşturulmalıdır.
4. **Etkili İletişim Stratejileri:** Hem kurum içi hem de toplum düzeyinde doğru ve şeffaf iletişim sağlanmalı, yanlış bilgi ve paniğin önüne geçilmelidir.

5. **Psikososyal Destek ve Dayanıklılık:** Uzun süreli krizlerde sağlık çalışanlarının tükenmişlik riskine karşı psikososyal destek mekanizmaları geliştirilmelidir.
6. **Kurumsal Öğrenme ve Süreç İyileştirme:** Kriz sonrası değerlendirme çalışmalarından elde edilen bilgiler, gelecekteki kriz yönetimi planlarına entegre edilmelidir.

Sonuç olarak, sağlık yöneticileri ve halk sağlığı hemşirelerinin kriz yönetiminde birlikte ve eşgüdümlü çalışması, yalnızca sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesini sağlamakla kalmaz; aynı zamanda toplum sağlığının korunması ve krizlerin uzun vadeli olumsuz etkilerinin azaltılmasında kritik bir rol oynar. Etkili kriz yönetimi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artıran, toplum güvenini güçlendiren ve sağlık çalışanlarının mesleki motivasyonunu koruyan bütüncül bir yaklaşımı gerektirir.

KAYNAKÇA

1. Al-Sawai, A. (2019). Leadership of healthcare professionals. *Oman Medical Journal*, 28(1), 7–15.
2. Aslan, F. (2023). Sağlık kurumlarında kriz sonrası değerlendirme ve kurumsal öğrenme. İstanbul: Nobel Yayınları.
3. Aslan, Ş. (2023). Kriz yönetimi yaklaşımları ve sağlık sektörü. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 5(2), 112–125.
4. Avolio, B. J., et al. (2020). Leadership in crisis. *Annual Review of Organizational Psychology*, 7, 421–449.
5. Aydınтуğ Myrvang, N., Ulusoy, H., & Erdem, R. (2021). Sağlık hizmetlerinde kriz yönetimi ve liderlik. *Journal of Health Management*, 23(3), 345–358.
6. Boin, A., 't Hart, P., & McConnell, A. (2021). Governing after crisis: The politics of investigation, accountability and learning. *Cambridge: Cambridge University Press*.
7. Çilingir, D., Altınbaş, B., & Bal, D. (2023). Toplum/Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
8. European Commission. (2022). *Cybersecurity in healthcare*.
9. Güler, Ç., & Akın, L. (2015). Halk Sağlığı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
10. Kalanlar, B. (2017). Afet hemşireliği ve kriz yönetimi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(2), 85–92.
11. Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2017). Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *BMJ*, 357, j2323.
12. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding burnout. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
13. OECD. (2020). Building resilience in health systems. Paris: OECD Publishing.
14. Öztekin, Z. (2021). Sağlık sistemlerinde dayanıklılık. *Toplum ve Hekim*, 36(4), 287–295.
15. Özvarış, Ş. B. (2019). Göç ve sağlık. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları*.
16. Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and disasters. *New England Journal of Medicine*, 383, 510–512.
17. Shanafelt, T., et al. (2020). Understanding burnout during COVID-19. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(9), 1980–1996.
18. Spradley, B. W., & Allender, J. A. (2000). Community Health Nursing: Promoting and protecting the public's health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
19. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). Public Health Nursing: Population-centered health care in the community. *Elsevier*.
20. Ulutaş, A. (2010). Sağlık kurumlarında kriz yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(1), 45–62.

21. World Health Organization (WHO). (2018). Managing epidemics. Geneva: WHO.
22. World Health Organization (WHO). (2019). Emergency risk management for health. Geneva: WHO.
23. World Health Organization (WHO). (2020). Strengthening the health system response to COVID-19. Geneva: WHO.
24. World Health Organization (WHO). (2021). Digital health and health emergencies. Geneva: WHO.
25. World Health Organization (WHO). (2022). Health emergency preparedness, response and resilience. Geneva: WHO.

BÖLÜM 6

JEFFRIES SİMÜLASYON TEORİSİ'NİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Gamze AĞARTIOĞLU KUNDAKÇI¹

Giriş

Jeffries'in simülasyon ile ilgili geliştirdiği model, çerçeve ve teori, hemşirelik eğitiminde simülasyon tabanlı eğitimin temelini oluşturması, standardizasyon sağlaması ve pedagojik uygulamalara net bir yön vermesi nedeniyle kritik öneme sahiptir. Kılavuz bir çerçeve olarak kullanmak ve referans göstermek, simülasyon eğitiminin ve araştırmalarının tasarımında, uygulanmasında ve raporlanmasında daha iyi standardizasyon ve tekrarlanabilirlik sağlamaktadır (Groom, Henderson, & Sittner, 2014:337). Çerçeve, kanıta dayalı en iyi öğretim uygulamalarını simülasyon tasarımına ve uygulamasına dahil etmek için bir yapı oluşturmaktadır (Juliany & ark., 2018:1785). Etkin olmayan değerlendirmelerin ve öğrencilerin hedeflere ulaşmakta zorlandığı senaryoların oluşturulmasını engelleyerek, en iyi öğretim uygulamalarının tasarım ve uygulamaya dahil edilmesini sağlamaktadır (Juliany &

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-1774-1222

ark., 2018:1785). Araştırmacıların simülasyon eğitim değişkenlerini tanımlamasına ve bu değişkenlerin bilgi, tutum ve beceri kazanımını nasıl etkilediğini anlamasına yardımcı olmaktadır (Groom, Henderson, & Sittner, 2014:337; O'Donnell & ark., 2014:373). En önemlisi hemşirelik simülasyon biliminin ilerlemesine katkıda bulunmaktadır (Adamson, 2015:281; Feeler, 2019). Jeffries Simülasyon Teorisi derin bir literatür incelemesi sonrasında yayınlanmış olup, küresel olarak simülasyonistlerin hâlâ mücadele ettiği konulara (örneğin güvenlik, psikolojik gerçeklik ve eğitimsel sonuçlar) teorik bir çerçeve sunmaktadır (Cowperthwait, 2020:12). Bu kitap bölümünde Jeffries'in geliştirdiği ilk Simülasyon Modeli'nden Simülasyon Teorisi'ne dönüşümde geçirdiği değişiklikler tarihsel bir perspektifle ortaya konulmuştur.

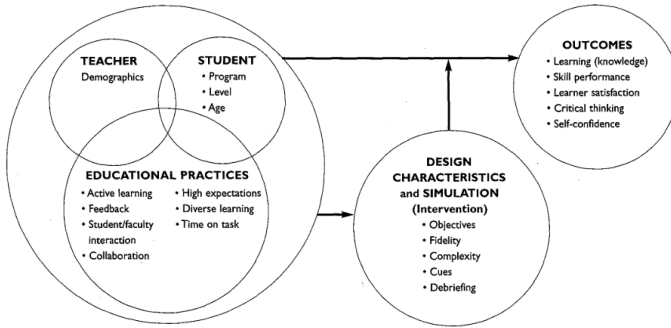
Laerdal Şirketi, 2003-2006 yılları arasında Amerika Ulusal Hemşireler Birliği (National League for Nursing)'ne simülasyonların tasarımı ve uygulanması için hemşire eğitimcileri ve tıp eğitimindeki araştırmacılar arasında tutarlı ve deneysel olarak desteklenen bir model gereksinimi için teşvik etmiş ve finansman sağlamıştır (Rizzolo & ark., 2015:1). Bu çerçeve teorik ve deneysel literatüre dayanılarak geliştirilmiştir. Pamela Jeffries'in modeli, Amerika Ulusal Hemşireler Birliği ile Laerdal Şirketi iş birliğiyle düzenlenmiş ve şu anda bu tür yenilikçi eğitim yöntemleri için süreçlerin ve sonuçların geliştirilmesi ile değerlendirilmesine öncülük eden bir gruba ait çalışmalardır (Jeffries, 2005: 96). Başlangıçta 2003-2006 yılları arasında gerçekleştirilen araştırmaların bulgularını içeren bir rapor ile Simülasyon Modeli olarak adlandırılmıştır (Jeffries & Rizzolo, 2006:6).

Simülasyon Modeli

Simülasyon modeli, beş ana bileşenden oluşur (Şekil 1). Tüm çalışmalar her değişkenle ilgili olmayabilir, ancak çerçevenin amacı, çeşitli potansiyel değişkenleri ilişkilendirmek için bir

başlangıç sağlamaktır. Elde edilen çıktılar, eğitimsel süreçlerdeki nitelikli uygulamaların simülasyon tasarımı ve uygulama safhalarına ne derece entegre edildiğiyle doğrudan ilişkilidir. Simülasyon temelli öğretim süreçlerinin başarısı; eğitmen ve öğrenci arasındaki etkileşime, tarafların üstlendiği sorumluluklara ve bu süreçte sergiledikleri pedagojik rollere dayanmaktadır. Simülasyon temelli öğrenme süreçlerinde hedeflenen başarıya ulaşılması; pedagojik açıdan optimize edilmiş bir tasarım ile katılımcıların bu sürece uygun bir organizasyonel yapıda dahil edilmesini zorunlu kılmaktadır. Öğrenme süreçlerinin son aşamasını temsil eden simülasyonlar, teorik modelin pratiğe aktarılmasında belirleyici bir uygulama mekanizması rolü üstlenmektedir (Jeffries, 2005:96).

Şekil 1. Simülasyon Modeli



Kaynak: (Jeffries, 2005:96)

- **Öğretmen (Teacher):** Simülasyon aktiviteleri gibi alternatif öğrenme deneyimleri, öğretmenlerin başarısı için hayati önem taşır. Simülasyon eğitimi, geleneksel sınıf ortamları gibi öğretmen odaklı değildir; aksine, öğretmen, öğrencilerin öğrenme sürecinde yönlendirici bir rol üstlenir (Jeffries, 2005:96).
- **Öğrenci (Student):** Simülasyon deneyimi çok çeşitli olsa da, öğrencilerin en azından bir ölçüde kendi

öğrenimlerinden sorumlu olmaları beklenir. Eğer temel kurallara hakimlerse, simülasyon boyunca kendi kendini yönetmek ve motive olmak daha olasıdır (Jeffries, 2005:96).

- **Eğitim Uygulamaları (Educational Practices):** Simülasyonun tasarımını ve uygulanmasını yönlendirmek için Jeffries'n aktarımına göre Chickering ve Gamson'ın yedi ilkesi kullanılabilir. Bu ilkelerden bazıları şunlardır: aktif öğrenme, hızlı geri bildirim, öğrenci-öğretim üyesi etkileşimi, işbirliğine dayalı öğrenme, yüksek beklentiler, farklı öğrenme stillerine olanak tanıma ve görev başında geçirilen süre (Chickering & Gamson, 1987:3; Jeffries, 2005:96).
- **Simülasyon Tasarımı (Design Characteristics and Simulation):** Öğretim aktiviteleri, ders hedeflerini, beceri yeterliliklerini ve öğrenme sonuçlarını desteklemelidir. Özellikle, aşağıdaki beş kategoriye dikkat edilmelidir: Hedefler, planlama, karmaşıklık, gerçeğe yakınlık (fidelity), ipuçları ve çözümleme (Jeffries, 2005:96).
 - a. **Hedefler (Objectives):** Simülasyonlar, öğrencilerin öğrenmesine ve başarılarına rehberlik etmek için kullanıldıklarında, net hedeflere ihtiyaç duyar (Jeffries, 2005:96).
 - b. **Gerçeklik (Fidelity):** Klinik simülasyonlar geçerliliği kanıtlanmış olmalı, süreç tabanlı olmalı ve klinik gerçekliği taklit etmelidir. Mümkün olduğunca çok sayıda gerçekçi çevresel bileşen içermelidir (Jeffries, 2005:96).

- c. **Karmaşıklık (Complexity):** Simülasyonlar basitten karmaşığa doğru geniş bir yelpazeye sahiptir (Jeffries, 2005:96).
- d. **İpuçları (Cues):** Bir simülasyonda, öğretim üyeleri veya diğer belirli kişiler, öğrencilerin hangi adımları attığını veya hangi adımları atacağını öngörerek öğrencilerin aktivite boyunca ilerlemesine yardımcı olabilir (Jeffries, 2005:96).
- e. **Çözümleme (Debriefing):** Her öğretim stratejisinde olduğu gibi, her oturumda öğretmen ve öğrenci geri bildirimi çok önemlidir. Bazı simülatörler eylemin yapıldığı zamanı belirtir, bu da öğretmenin öğrenci performansını değerlendirmesinde özneliği ortadan kaldırır (Jeffries, 2005:96).
- **Çıktılar (Outcomes):** Simülasyon modelinin nihai bileşeni, lisans ve lisansüstü hemşirelik bilgisi, beceri performansı, öğrenci memnuniyeti, eleştirel düşünme ve öz güven ile bağlantılı olan ders ve etkinlik sonuçlarıdır (Jeffries, 2005:96).
 - a. **Öğrenme ve Bilgi (Learning-Knowledge):** Simülasyonlardan elde edilen bilgi daha uzun süreli olmaktadır ve geleneksel sınıf öğrenimindeki kadar iyidir.
 - b. **Beceri Performansı (Skill Performance):** Prosedürel beceriler, hasta bakımı için önemleri ve ulusal kuruluşlar, yetkilendirme kurumları ve sertifikasyon grupları tarafından talep edilen daha sıkı yeterlilik standartları nedeniyle artan bir ilgi görmektedir. Genel olarak, bir simülasyon deneyimi, öğrencilerin hastalara zarar verme riski olmadan

psikomotor beceriler geliştirmeleri için ideal bir ortamdır.

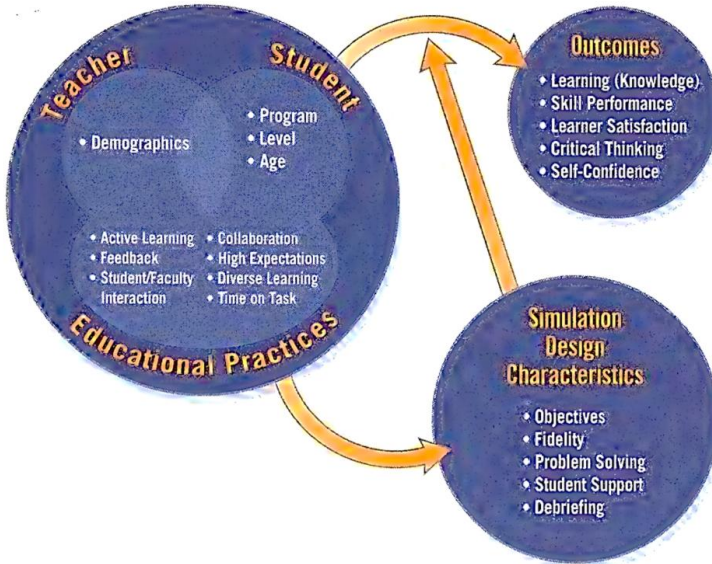
- c. **Öğrenci Memnuniyeti (Learner Satisfaction):** Simölasyon aktivitesi, öğrencilerin deneyime verdikleri yanıtların nicel veya nitel ölçümleri kullanılarak değerdendirilebilir.
- d. **Eleştirel Düşünme (Critical Thinking):** Simölasyonlar eleştirel düşünmeyi gerçekleştirmektedir ve çeşitli araçlarla ölçülebilir.
- e. **Özgüven (Self-confidence):** Simölasyonlar eleştirel düşüncenin yanında öğrencilerin özgüvenlerini de artırma eğilimindedir (Jeffries, 2005:96).

Jeffries Simölasyon Modeli'nin uygulamaya nasıl aktarıldığına ilişkin erken dönem örneklerden biri, 2006 yılında yayımlanan hemşirelik öğrencileri örnekleminde insülin kullanımı yönetimi için oluşturulan simölasyon çalışmasında görölmektedir (Dobbs, Sweitzer, & Jeffries, 2006:e17). Söz konusu çalışmada modelde tanımlanan simölasyon tasarım parametreleri olan amaçlar ve bilgi, gerçekçilik (fidelity), problem çözme, ipucu verme ve özömlleme, senaryonun yapılandırılmasında rehber olarak kullanılmıştır. Simölasyon öncesinde öğrenme hedefleri, roller ve zaman akışı öğrencilere açık biçimde sunulmuş; klinik ortam gerçek bir hasta bakım bağlamını yansıtacak şekilde düzenlenmiş; öğrencilerin klinik değerdendirme, karar verme ve problem çözme becerilerini kullanmalarını gerektiren durumlar oluşturulmuştur. Süreç boyunca kontrollü ipuçları ile öğrenenler desteklenmiş ve simölasyon sonrasında yapılandırılmış bir debriefing oturumu yürütölerek öğrenme ıktıları pekiştirilmiştir. Bu yaklaşım, Jeffries Simölasyon Modeli'nin simölasyon tasarımı ve değerdendirilmesinde işlevsel bir ereve sunduğunu göstermektedir (Dobbs, Sweitzer, & Jeffries, 2006:e17).

Hemşirelik Eğitimi Simülasyon Çerçevesi

Model 2007 yılında "Hemşirelik Eğitimi Simülasyon Çerçevesi" olarak değiştirildi ve Şekil 2'de gösterildiği gibi değişiklikler yaptı (Jeffries & Kristen, 2007:21). Bu çerçeve, hemşirelik, tıp ve diğer sağlık hizmetleri alanlarında ve sağlık dışı alanlarda simülasyonla ilgili teorik ve deneysel literatürden elde edilmiştir. Hemşirelik Eğitimi Simülasyon Çerçevesi, beş kavramsal bileşenden oluşur ve her biri bir dizi değişken kullanılarak işlevselleştirilir. Bu beş kavram şunları içerir: Öğretmen faktörleri, öğrenci faktörleri, eğitime dahil edilmesi gereken eğitim uygulamaları, simülasyon tasarım özellikleri ve beklenen öğrenci çıktıları (Jeffries & Kristen, 2007:21). Model ulusal bir standart haline gelmiştir.

Şekil 2. Hemşirelik Eğitimi Simülasyon Çerçevesi

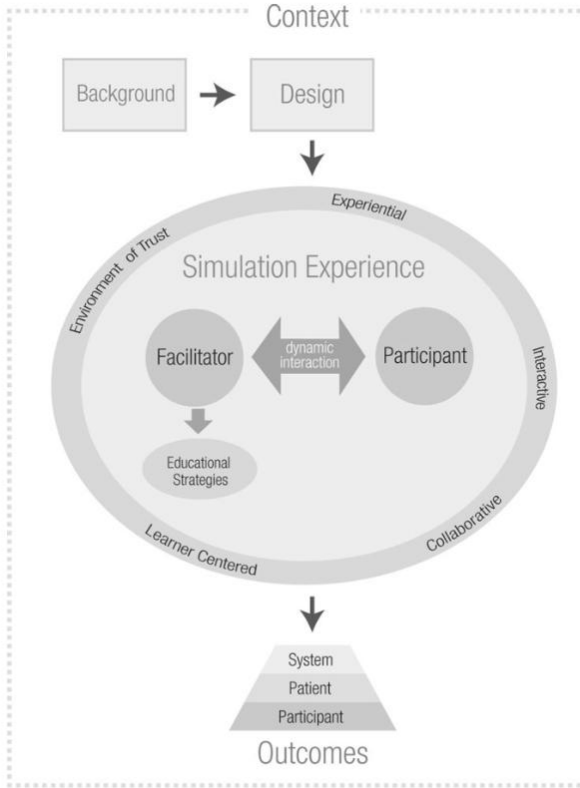


Kaynak: (Jeffries & Kristen, 2007:21).

NLN Jeffries Simülasyon Teorisi

Leerdal Şirketi, INACSL ve Amerikan Ulusal Hemşireler Birliği ortak bir girişim başlatarak NLN/Jeffries Simülasyon Çerçevesi'nin teorik bir yapıya dönüşme potansiyelini incelemişlerdir (Rizzolo & ark., 2015:1). NLN/Jeffries Simülasyon Çerçevesi, birkaç küçük değişiklikle artık NLN Jeffries Simülasyon Teorisi olarak adlandırılmaktadır (Şekil 4). Bu, simülasyon araştırmacıları ve liderleri arasındaki literatürün ve tartışmaların kapsamlı bir sentezine dayanmaktadır.

Şekil 3. NLN Jeffries Simülasyon Teorisi



Kaynak: (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)

- **Bağlam/Durum (Context):** Simülasyonun tüm boyutlarını şekillendiren bağlamsal faktörler; uygulamanın gerçekleştirileceği koşulları ve operasyonel zemini tanımlayan belirleyici unsurlardır. Bu faktörler, simülasyonun tasarlanması veya değerlendirilmesi için önemli bir başlangıç noktasıdır. Bağlam, simülasyonun nerede olduğunu (akademik uygulama mı?; yerinde mi?) laboratuvarda mı? ve simülasyonun öğretim veya değerlendirme için kullanılıp kullanılmadığını içerebilir (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)
- **Background (Arka Plan):** Arka plan, simülasyonun tasarımını ve amacını etkileyen belirli beklentileri içerir. Arka planı oluşturan temel bileşenler, simülasyonun tasarım ve uygulama stratejilerine zemin hazırlayarak bu süreçlere kuramsal yön vermektedir. Bu bileşenler, özel simülasyon deneyimi için teorik bir perspektif ve simülasyonun daha geniş bir müfredata nasıl uyduğudur. Simülasyonun arka planı, zaman ve ekipman gibi kaynakların yanı sıra bu kaynakların nasıl dağıtılacağına da odaklanır (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)
- **Design (Tasarım):** Simülasyon tasarımını oluşturan belirli öğeler, gerçek simülasyon deneyiminin dışındadır. Simülasyon deneyiminin uygulanması sırasında bazı bileşenler değiştirilebilir, ancak simülasyon tasarımı hazırlanırken bazı şeyler dikkate alınmalıdır. Tasarım, uygun içerik ve problem çözme karmaşıklığına sahip etkinliklerin ve senaryoların oluşturulmasına veya seçilmesine yardımcı olur. Simülasyon tasarımı, ekipman, mülaj (fiziksel) ve katılımcıların müdahalelerine önceden belirlenmiş kavramsal kolaylaştırıcı yanıtları gibi kavramsal ve

fiziksel gerçeklik unsurları içermelidir. Simülasyon tasarımı, katılımcı ve gözlemcilerin rollerini, faaliyetlerin nasıl ilerlediğini ve bilgilendirme ve çözümüleme stratejilerini içerir (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)

- **Simulation Experience (Simülasyon Deneyimi):** Deneyimsel, etkileşimli, işbirlikçi ve öğrenci merkezli bir ortam, simülasyon deneyimini belirler. Bu ortam güven gerektirir, bu nedenle hem kolaylaştırıcı hem de katılımcı bu ortamın sürdürülmesine yardımcı olmak zorundadır. Simülasyon deneyiminin gerçekliği, kalitesini belirler. Bu, simülasyon deneyimi boyunca psikolojik gerçekliği ve katılımı desteklemeye yardımcı olacaktır (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)
- **Facilitator and Education Strategies (Kolaylaştırıcı ve Eğitim Stratejileri):** Katılımcılar ve kolaylaştırıcılar arasındaki dinamik etkileşim, simülasyon deneyimidir. Bu kişilerin simülasyon deneyimine getirdikleri özellikler ve bu özelliklerin deneyimi nasıl etkilediği ile ilgili çok sayıda literatür vardır. Beceriler, eğitim yöntemleri ve hazırlık, kolaylaştırıcı nitelikler arasında yer alır. Simülasyon deneyimi sırasında katılımcı ihtiyaçlarına yanıt vermek için kolaylaştırıcı, uygun geri bildirim (sırasında) ve bilgi (sonuna doğru) sağlar (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)
- **Participant (Katılımcı):** Simülasyon öğrenme deneyimi, katılımcı özellikleri tarafından da etkilenir. Literatür katılımcıya hem doğuştan gelen nitelikleri (yaş, cinsiyet, kaygı düzeyi ve özgüven) hem de değiştirilebilir nitelikleri (simülasyon için hazırlık) açıklamaktadır (Durham & ark., 2014:363). Rol tasarımı

gibi simülasyon tasarımının çeşitli bileşenleri, katılımcıların öğrenme deneyimlerini ve bireysel olarak onları etkiler (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)

- **Outcomes (Sonuçlar):** Son olarak, simülasyonun sonuçları üç kategoriye ayrılır: katılımcı, hasta (veya bakım alan) ve sistem. Literatür, reaksiyonun (memnuniyet, kendine güven), öğrenmenin (bilgi, beceri, tutum ve değişiklikler) ve davranışının (öğrenmenin klinik bir ortamda nasıl aktarıldığı) gibi katılımcı sonuçlarına odaklanır. Teoriyi şematize etmek için katılımcı, hasta ve sistem sonuçları üçgen şeklinde gösterilmektedir. Sonuçlar hiyerarşiye göre sıralanmıştır (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015:292)

Kaynakça

- Adamson, K. (2015). A systematic review of the literature related to the NLN/Jeffries simulation framework. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 281–291.
- Chickering, A. W., & Gamson, Z. F. (1987). Seven Principles For Good Practice in Undergraduate Education. *American Association for Higher Education*, March, 3–7.
- Cowperthwait, A. (2020). NLN/Jeffries Simulation Framework for Simulated Participant Methodology. *Clinical Simulation in Nursing*, 42, 12–21.
- Dobbs, C., Sweitzer, V., & Jeffries, P. (2006). Testing Simulation Design Features using an Insulin Management Simulation in Nursing Education. *Clinical Simulation in Nursing*, 2(1), e17–e22.
- Durham, C. F., Cato, M. L., & Lasater, K. (2014). NLN/Jeffries Simulation Framework state of the science project: Participant construct. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 363–372.
- Feeler, A. (2019). A systematic review of the effectiveness of the NLN Jeffries Simulation Framework (Yayımlanmamış doktora tezi). Walden University.
- Groom, J. A., Henderson, D., & Sittner, B. J. (2014). NLN/Jeffries Simulation Framework state of the science project: Simulation design characteristics. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 337–344.
- Hallmark, B. F., Thomas, C. M., & Gantt, L. (2014). The educational practices construct of the NLN/Jeffries Simulation Framework: State of the science. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 345–352.
- Jeffries, P. (2005). A Framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96–103.
- Jeffries, P. & Rogers K. (2007). Chapter 3: Theoretical Framework for Simulation Design. Pamela Jeffries (Ed.), *Simulation in Nursing Education: From Conceptualization to Evaluation* (1. baskı) (s.21-33). United States of America: Wolters Kluwer.
- Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292–293.
- Jeffries, P., & Rizzolo, M. A. (2006). Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site , multi-method study. *National League for Nursing and Laerdal Medical*. New York (s.1-17) (25/12/2025 tarihinde <https://www.nln.org/docs/default-source/uploadedfiles/professional-development-programs/read-the-nln-laerdal-project-summary-report-pdf.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
- Jones, A. L., Reese, C. E., & Shelton, D. P. (2014). NLN/Jeffries Simulation Framework state of the science project: The teacher construct. *Clinical*

Simulation in Nursing, 10(7), 353–362.

Juliany, L., Gomes, S. I., Railka, A., & Oliveira-Kumakura, S. (2018). Education and Teaching in Nursing. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 1785–1790.

O'Donnell, J. M., Decker, S., Howard, V., Levett-Jones, T., & Miller, C. W. (2014). NLN/Jeffries Simulation Framework state of the science project: Simulation learning outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 373–382.

Rizzolo, M. A., Durham, C. F., Ravert, P. K., & Jeffries, P. R. (2015). History and Evolution of the NLN Jeffries *Simulation Theory*. Pamela Jeffries (Ed.), *The NLN Jeffries Simulation Theory (1. Bask1)* (s.1–8). United States of America: Wolters Kluwer.

BÖLÜM 7

BAKIM VERME SÜRECİNDE ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN CİNSEL SAĞLIĞI

HÜMEYRA HANÇER TOK¹

GİRİŞ

Özel gereksinimli bir çocuğa sahip olmak, annelerin yaşam rollerini, benlik algılarını ve özel yaşamlarını derinden etkileyen uzun soluklu bir bakım sürecini beraberinde getirmektedir. Bu süreçte anneler, yoğun bakım sorumluluğu, sürekli tetikte olma hâli ve toplumsal beklentiler nedeniyle kendi fiziksel ve duygusal gereksinimlerini geri plana atabilmektedir (Meşe, 2013; Sarı, 2007). Annelik rolünün merkezileşmesi, kadınlık ve eş olma kimliklerinin zamanla silikleşmesine yol açarken, cinsellik çoğu zaman görünmez ve ihmal edilen bir alan hâline gelmektedir (Meşe, 2013; Sarı, 2007). Literatürde, özel gereksinimli çocuğu olan annelerin yüksek düzeyde stres, kaygı ve depresyon yaşadıkları; bu durumun yaşam kalitesini ve evlilik doyumunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Hartley et al., 2010) Bu psikolojik yük, annelerin cinselliğe yönelik algılarını da doğrudan etkilemektedir. Fiziksel yorgunluk, duygusal

¹ Sivas Cumhuriyet University, Suşehiri School of Health, Department of Nursing.
Susehri/Sivas/Türkiye orcid:0000-0003-3283-4192 , E-mail:
hancertok@gmail.com

tükenmişlik ve sürekli bakım gereksinimi, cinsel istekte azalma ve cinselliğin ertelenmesiyle sonuçlanabilmektedir. Ancak bu süreç çoğu zaman açık biçimde dile getirilmemekte; cinsellik annelerin yaşamında sessizce geri çekilen bir alan olarak varlığını sürdürmektedir (Bodenmann et al., 2007).

Annelerin cinsellik algıları, sıklıkla suçluluk ve fedakârlık söylemleriyle şekillenmektedir. Özel gereksinimli bir çocuğa bakım verirken cinsel haz yaşamamanın “uygunsuz” ya da “bencilce” algılanması, annelerin kendi cinsel gereksinimlerini bastırmalarına neden olabilmektedir. Engelli çocuğu olan ebeveynlerde suçluluk ve utanç duygularının belirgin olduğunu ve bu duyguların ebeveynlerin kendilik algısını olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Bu bağlamda cinsellik, annelerin zihinsel dünyasında öncelik sıralamasının dışında bırakılabilmektedir (Bek et al., 2012; Bodenmann et al., 2007; Şahin, 2021).

Toplumsal ve kültürel normlar da annelerin cinsellik algılarının şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Engellilik olgusunun toplumsal düzeyde hâlen dışlanma ve sessizlikle çevrelenmiş olması, bakım veren annelerin yaşantılarını da görünmez kılmaktadır. Annelikten beklenen sınırsız fedakârlık, kadınların kendi bedensel ve duygusal gereksinimlerini dile getirmelerini zorlaştırmakta; cinsellik, konuşulması uygun olmayan bir alan olarak algılanmaktadır (Karataş & Oran, 2007; Pehlivan & Acar, 2009).

Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Annelerin Cinselliğe İlişkin Algıları ve Deneyimleri

Zihinsel ve gelişimsel yetersizliği olan çocukların cinsel gelişimi, aileler açısından karmaşık, kaygı uyandıran ve çoğu zaman sessizlikle çevrili bir alan olarak ele alınmaktadır. Özellikle anneler, çocuklarının birincil bakım vereni olmaları nedeniyle cinsel gelişim sürecinde hem koruyucu hem de düzenleyici bir rol üstlenmektedir.

Literatür, annelerin bu süreçte cinselliği tamamen reddetmekten ziyade, çoğunlukla gerekli fakat riskli bir alan olarak algıladıklarını ortaya koymaktadır (Gürol et al., 2014; Pownall et al., 2011).

Annelerin cinselliğe yönelik algıları, büyük ölçüde istismar korkusu, toplumsal normlar ve bilgi eksikliği tarafından şekillenmektedir. Isler ve arkadaşları (2009), zihinsel yetersizliği olan ergenlerin ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada, annelerin cinselliği kontrol edilmesi gereken bir alan olarak gördüklerini ve çocuklarının cinsel davranışlarını sınırlandırma eğiliminde olduklarını belirtmiştir(Isler et al., 2009). Benzer şekilde Pownall ve arkadaşları (2011), annelerin çocuklarının romantik ilişkiler kurmasına temkinli yaklaştıklarını, yakınlık ve cinsel deneyimlerin çoğu zaman geciktirildiğini ya da engellendiğini bildirmiştir (Pownall et al., 2011).

Cinsel eğitime ilişkin annelerin görüşleri incelendiğinde, annelerin büyük bir bölümünün çocuklarının cinsel eğitim alması gerektiğini kabul ettikleri; ancak bu eğitimi nasıl verecekleri konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri görülmektedir (Gürol et al., 2014; Kürtüncü & Kurt, 2020).

Annelerin cinselliğe yönelik bu temkinli ve sınırlayıcı tutumları, çoğu zaman istismar korkusu ile daha da pekişmektedir. Özel gereksinimi olan çocukların cinsel istismara maruz kalması durumunda annelerin yoğun suçluluk, çaresizlik ve travmatik stres yaşadıkları; bu deneyimin annelerin çocuklarının cinsel özerkliğini daha da kısıtlamalarına yol açtığı bildirilmektedir (Pownall et al., 2011). Bu bağlamda anneler, cinsel eğitimi bir güçlendirme aracı olarak değil, çoğu zaman riskleri azaltmaya yönelik bir kontrol mekanizması olarak ele almaktadır (Bek et al., 2012; Şahin, 2021).

Bununla birlikte, yapılandırılmış cinsel eğitim programlarının annelerin tutumlarında olumlu değişimler yaratabildiği gösterilmiştir. Yıldız ve Cavkaytar (2017), zihinsel

yetersizliği olan genç yetişkinlerin annelerine yönelik geliştirilen bir cinsel eğitim programının, annelerin cinselliğe ilişkin tutumlarını olumlu yönde değiştirdiğini ve algılanan sosyal destek düzeyini artırdığını saptamıştır. Bu bulgu, annelerin olumsuz ya da çekingen algılarının değiştirilebilir olduğunu göstermesi açısından önemlidir (Yıldız & Cavkaytar, 2017).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, annelerin çocuklarının romantik ve cinsel yaşamları üzerindeki etkisinin yetişkinlik döneminde de devam ettiğini ortaya koymaktadır. Charitou ve arkadaşları (2023), zihinsel yetersizliği olan yetişkin bireylerin annelerinin, çocuklarının romantik ilişkilerini güçlü biçimde yönlendirdiğini; annelerin kendi değerleri, korkuları ve toplumsal normlarının çocukların cinsel yaşamlarını doğrudan etkilediğini belirtmiştir. Bu durum, annelerin yalnızca bakım veren değer, aynı zamanda çocuklarının cinsel yaşamlarının “kapı bekçisi” konumunda olduğunu göstermektedir (Charitou et al., 2023).

Literatürdeki çalışmaların büyük bölümü çocukların cinsel gelişimi ve annelerin bu sürece bakışı üzerine odaklanmış olsa da, bulgular dolaylı olarak annelerin kendi cinselliklerinin geri planda kaldığını da düşündürmektedir. Sürekli bakım verme, koruyuculuk ve kontrol rolü, annelerin kadınlık ve cinsel kimliklerini ikincil bir konuma itebilmekte; cinsellik annelerin yaşamında konuşulmayan, ertelenen ve görünmez bir alan hâline gelebilmektedir (Charitou et al., 2023; Gürol et al., 2014).

Sonuç olarak, özel gereksinimli çocuğu olan annelerin cinselliğe ilişkin algıları; bilgi eksikliği, istismar korkusu, toplumsal normlar ve yoğun bakım sorumluluğu ile şekillenen çok katmanlı bir yapı sergilemektedir. Annelerin cinselliği çoğu zaman riskle özdeşleştirmesi hem çocuklarının cinsel özerkliğini hem de kendi cinsel iyilik hâllerini sınırlayabilmektedir. Bu nedenle, annelere yönelik cinsel eğitim ve psikososyal destek programlarının geliştirilmesi, yalnızca çocukların güvenliği açısından değer;

annelerin bütüncül iyilik hâlinin desteklenmesi açısından da kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Halk sağlığı hemşiresi, özel gereksinimli çocuğu olan annelerin cinselliğe ilişkin algılarını ve yaşantılarını bütüncül sağlık yaklaşımı çerçevesinde ele alabilecek temel sağlık profesyonellerinden biridir. Halk sağlığı hemşireliği; bireyin fiziksel sağlığının yanı sıra ruhsal, sosyal ve kültürel boyutlarını da kapsayan bir bakım anlayışını benimsemekte, bu yönüyle annelerin çoğu zaman görünmez kalan cinsel sağlık gereksinimlerinin fark edilmesini ve ele alınmasını mümkün kılmaktadır (Stanhope & Lancaster, 2015)

Cinsellik, bireyin yaşam kalitesinin ve ruhsal iyilik hâlinin ayrılmaz bir parçası olmasına rağmen, bakım verme rolünün yoğunlaştığı durumlarda sıklıkla ihmal edilen bir alan hâline gelmektedir. Halk sağlığı hemşiresi, annelere yönelik hizmetlerde cinselliği yalnızca üreme ya da risk temelli bir konu olarak değil; kadın sağlığının ve bütüncül iyilik hâlinin doğal bir bileşeni olarak ele almalıdır (ICN, 2001; Khosla et al., 2015; Organization, 2010; Stanhope & Lancaster, 2015). Bu yaklaşım, annelerin cinselliğe ilişkin suçluluk ve utanç duygularının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Özel gereksinimli çocuğu olan anneler, cinsellik konusunda çoğu zaman konuşmaktan kaçınmakta ve yargılanma kaygısı yaşamaktadır. Halk sağlığı hemşiresi, gizlilik ve etik ilkeler doğrultusunda güvenli, yargılayıcı olmayan bir danışmanlık ortamı oluşturarak annelerin cinselliğe ilişkin kaygılarını, korkularını ve gereksinimlerini ifade etmelerine olanak tanıyabilir. Hemşirenin bu süreçteki danışmanlık rolü, annelerin kendi bedenlerine ve cinsel kimliklerine yönelik farkındalıklarını artırmada önemli bir destek mekanizması oluşturmaktadır (ICN, 2001).

Bunun yanı sıra halk sağığı hemşiresi, annelerin cinsel sağıık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri yürütebilir. Annelerin hem kendi cinsel sağııkları hem de çocuklarının cinsel gelişimi konusunda doğru ve bilimsel bilgiye erişimlerinin sağılanması, cinselliğın yalnızca risklerle ilişkilendirilen bir alan olmaktan çıkarılmasına katkı sunmaktadır. Eğitim temelli yaklaşımlar, annelerin kendilerini yetersiz hissetmelerini azaltarak güçlenmelerini desteklemektedir (ICN, 2001; Stanhope & Lancaster, 2015)

Annelerin cinselliğe yönelik kaygılarının önemli bir bölümü, çocuklarının cinsel istismara maruz kalabileceğı korkusundan kaynaklanmaktadır. Halk sağığı hemşiresi, bu kaygıyı yok saymadan; güçlendirici ve koruyucu bir yaklaşımla annelere mahremiyet, sınır öğretimi ve güvenli davranışlar konusunda rehberlik edebilir. Bu sayede cinsellik, yalnızca tehlikelerle değil; güvenli gelişim ve hak temelli bir çerçeveye ele alınabilir (Stanhope & Lancaster, 2015)

Sonuç olarak halk sağığı hemşiresi, özel gereksinimli çocuğı olan annelerin cinselliğini görünür kılarak; annelerin ruhsal iyilik hâlinin desteklenmesi, aile işlevselliğının güçlendirilmesi ve bakım sürecinin sürdürülebilirliğinin sağılanması kritik bir rol üstlenmektedir. Hemşirelik uygulamalarında cinsel sağıığın bütüncül bakımın bir parçası olarak ele alınması, annelerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Özel gereksinimli çocuğı olan annelerin cinselliğı; yoğun bakım yükü, psikolojik stres, toplumsal beklentiler ve annelik rolünün merkezileşmesi ile şekillenen, çoğı zaman görünmez ve ihmal edilen bir yaşam alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatür, bu annelerin cinselliğe ilişkin algılarının sıklıkla suçluluk, fedakârlık

ve risk söylemleriyle örüldüğünü; kendi cinsel gereksinimlerini geri plana attıklarını ve cinselliği sessizce ertelediklerini ortaya koymaktadır. Bu durum yalnızca bireysel bir tercih ya da geçici bir uyum süreci değil; annelerin ruh sağlığını, evlilik doyumunu ve aile bütünlüğünü etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. Aynı zamanda annelerin çocuklarının cinsel gelişimine yönelik tutumları ile kendi cinsel iyilik hâllerinin birbirini karşılıklı olarak etkilediği görülmektedir.

Bu doğrultuda aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

- Özel gereksinimli çocuğu olan annelere yönelik sağlık hizmetlerinde cinsel sağlık, rutin değerlendirme ve danışmanlık süreçlerine dâhil edilmelidir.
- Halk sağlığı hemşireleri, annelerin cinselliğe ilişkin suçluluk ve utanç duygularını azaltmaya yönelik, gizlilik ilkesine dayalı danışmanlık yaklaşımlarını güçlendirmelidir.
- Annelerin hem kendi cinsel sağlıkları hem de çocuklarının cinsel gelişimi konusunda bilgi gereksinimlerini karşılamaya yönelik yapılandırılmış eğitim programları geliştirilmelidir.
- Psikososyal destek hizmetleri, annelerin bakım yükü, tükenmişlik ve rol çatışmalarıyla baş etmelerini destekleyecek şekilde bütüncül olarak planlanmalıdır.
- Gelecek araştırmalarda, özel gereksinimli çocuğu olan annelerin cinselliğine ilişkin deneyimlerin nitel ve nicel yöntemlerle daha derinlemesine incelenmesi; kültürel bağlamı dikkate alan müdahale programlarının etkililiğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Referanslar

Bek, H., Gülveren, H., & Şen, B. (2012). Otistik çocuğa sahip ebeveynlerle normal çocuğa sahip olan ebeveynlerin atılma, suçluluk ve utanç düzeyleri bakımından incelenmesi. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counseling*, 1(2), 1–7.

Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551–569.

Charitou, M., Quayle, E., & Sutherland, A. (2023). Mothers of adults with intellectual disabilities: Experiences, perceptions and influences on their sons' and daughters' romantic and sexual lives. *Sexuality and Disability*, 41(1), 117–140.

Gürol, A., Polat, S., & Oran, T. (2014). Views of mothers having children with intellectual disability regarding sexual education: A qualitative study. *Sexuality and Disability*, 32(2), 123–133.

Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 449.

Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 27(4), 229–237.

Karataş, K., & Oran, B. (2007). Engelliler: Siyasetin periferinde kalanlar. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 2, 4–19.

Khosla, R., Say, L., & Temmerman, M. (2015). Sexual health, human rights, and law. *The Lancet*, 386(9995), 725–726.

Kürtüncü, M., & Kurt, A. (2020). Sexual education and development in children with intellectual disability: Mothers' opinions. *Sexuality and Disability*, 38(3), 455–468.

Meşe, İ. (2013). ENGELLENMİŞ ANNELİK: ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİ. *Electronic Turkish Studies*, 8(12).

of Nurses, I. C. (2001). The ICN code of ethics for nurses. *Nursing Ethics*, 8(4), 375–379.

Organization, W. H. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization.

Pehlivan, K. B., & Acar, Y. B. (2009). ÇOCUKLAR VE EĞİTİMDE DIŞLANMA. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20(2), 27–38.

Pownall, J. D., Jahoda, A., Hastings, R., Kerr, L., & Magaña, S. (2011). Sexual understanding and development of young people with intellectual disabilities: Mothers' perspectives of within-family context. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(3), 205–219.

Şahin, B. (2021). *Özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerde suçluluk-utanç düzeyi, yılmazlık ve evlilik doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi*.

SARI, H. Y. (2007). Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 1–5.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. Elsevier Health Sciences.

Yıldız, G., & Cavkaytar, A. (2017). Effectiveness of a sexual education program for mothers of young adults with intellectual

disabilities on mothers' attitudes toward sexual education and the perception of social support. *Sexuality and Disability*, 35(1), 3–19.

