



Türk Hemşireler Derneği Dergisi

Journal of Turkish Nurses Association

Cilt: 5

İÇİNDEKİLER

Sayı: 2

DERLEME

Preference Of the Ventrogluteal Region in Intramuscular Injection in Children: Systematic Review

Gözde Soyer, Derya Suluhan, Dilek Yıldız

Sayfa: 65 - 76

Cezaevinde Dezavantajlı Gruplar ve Adli Psikiyatri Hemşireliği

Berre Küçükmehtmet, Leyla Baysan Arabacı

Sayfa: 77 - 87

Geriatrı Hemşireliği ve Standartları

Begüm Kırık, Emir Avşar, Fatih Özdemir, Ozan Kabasakal, Hediye Arslan

Sayfa: 88 - 102

Sağlıklı Yaşlanma Sürecinin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Üzerinden İncelenmesi

Emir Avşar, Begüm Kırık, Ceren Yolcu, Sevgi Deniz Serbest, Hediye Arslan

Sayfa: 103 - 116

Geçmişten Günümüze Hemşire Göçü

Sevgi Hatipoğlu

Sayfa: 117 - 127

Çocuklarda İntramusküler Enjeksiyon Uygulamalarında Ventrogluteal Bölgenin Tercih Edilmesi: Sistemik Derleme

Preference Of the Ventrogluteal Region in Intramuscular Injection in Children: Systematic Review

Gözde Soyer¹, Derya Suluhan², Dilek Yıldız³

Öz

Amaç: İlaç uygulaması özellikle çocuklarda, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları takip etmesini gerektiren önemli bir uygulamadır. Hemşireler, intramusküler (IM) enjeksiyon yoluyla ilaç uygularken, çocuğun yaşı, kilosu, enjeksiyon bölgesinin ana sinirlere ve kan damarlarına uzaklığı, kas kütlesi ve enjeksiyon bölgesinin kolay tanımlanması gibi çeşitli faktörleri göz önünde bulundurmalıdır. Bu sistemik derleme, çocuklarda ventrogluteal (VG) bölgenin güvenliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu sistemik derleme, Ocak 2000 ile Temmuz 2021 tarihleri arasında İngilizce dilinde yapılan araştırmaları içermektedir. Pubmed, Google Scholar, Science Direct ve Wiley veri tabanlarında 'ventrogluteal, intramusküler' anahtar kelimeleri kullanılarak kapsamlı bir arama yapıldı ve 963 çalışma belirlendi. Dahil etme kriterlerimize göre bu sistemik inceleme için 13 çalışma seçildi.

Bulgular: Bu derlemede kriterleri karşılayan 13 çalışmanın sonuçları aşı, kas kalınlığı ve IM enjeksiyon komplikasyonları olarak üç ana başlık altında gruplandırıldı. Aşı başlığı altındaki çalışmalarda (n=4) aşının immünolojik yanıtı, VG bölgesi yoluyla uygulanan aşının ebeveyn tarafından kabul edilebilirliği ve aşılardan yan etkilerine odaklanmıştır. Kas kalınlığı başlığı altındaki çalışmalar (n=4) kas tabakasının kalınlığına odaklanmıştır. IM enjeksiyon komplikasyonları başlığı altındaki çalışmalar (n=5) siyatik sinir yaralanmaları ile lokal ve sistemik yan etkilere odaklanmıştır.

Sonuç: Ventrogluteal alan IM enjeksiyon için tüm yaş gruplarında iatrojenik sinir hasarı ve lokal ve sistemik yan etkiler açısından daha az risklidir. Ancak bu çalışmaların sonuçları doğrultusunda VG'nin IM enjeksiyonda güvenli kullanımını belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ventrogluteal, intramusküler, hemşire

Abstract

Aim: Drug administration, particularly in children, is a crucial practice of nurses that requires follow up to evidence-based practices. When administering drugs via intramuscular (IM) injection, nurses need to consider several factors, including the child's age, weight, distance of the injection site from major nerves and blood vessels, muscle mass, and ease of identification of the injection site. This systematic review aims to evaluate the safety of the ventrogluteal (VG) region in children.

Material and Methods: This systematic review includes research conducted in the English language between January 2000 and July 2021. A comprehensive search using the keywords 'ventrogluteal, intramuscular' was conducted on Pubmed, Google Scholar, Science Direct, and Wiley databases, resulting in the identification of 963 studies. Thirteen studies were selected for this systematic review based on our inclusion criteria.

¹Nurse, Gulhane Faculty of Nursing, Department of Pediatric Nursing, University of Health Sciences, Ankara, Turkey, gozde.soyer6@gmail.com, ORCID: 0000-0003-1198-9371

²Asst. Prof. Gulhane Faculty of Nursing, Department of Pediatric Nursing, University of Health Sciences, Ankara, Turkey, derya.suluhan@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-7358-7266

³Prof. Dr. Gulhane Faculty of Nursing, Department of Pediatric Nursing, University of Health Sciences, Ankara, Turkey, dilek.yildiz@sbu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8757-4493

64th Turkish National Paediatrics Congress Poster Third Prize

Received: 22 December 2023, Accepted: 9 May 2024, Published: 30 December 2024

Results: In this review, outcomes of the 13 studies that met the criteria, were grouped under three main headings as vaccine, muscle thickness and complications of IM injection. The studies (n=4) under the headings of vaccine focused on immunological response of vaccine, parental acceptability of the vaccine administered via VG region, and side effects of vaccines. The studies (n=4) under the headings of muscle thickness focused on thickness of the muscle layer. The studies (n=5) under the headings of complications of IM injection focused on sciatic nerve injuries and local and systemic side effects.

Conclusion: The ventrogluteal area for IM is less risky in terms of iatrogenic nerve injury and local and systemic side effects in all age groups. However, in line with the results of these studies, more studies are needed to determine safety use of VG for IM injection.

Keywords: Ventrogluteal, intramuscular, nurse

Introduction

Ensuring patient safety and preventing medical errors are top priorities for healthcare institutions. Nurses, who have the closest contact with patients, their relatives, and other healthcare providers, need to adhere to the ethical principle of 'do no harm' while fulfilling their roles (1). One crucial aspect of pediatric nursing is parenteral drug administration. In drug administration, the pediatric nurses need to have competence on preparation of drugs, understanding of drug interactions, choosing the appropriate route, and monitoring side effects of drugs in children (2). Due to the physiological and anatomical features of children, they are more sensitive to medication errors (3,4). Thus, the nurses should adhere to the principle of superior benefit and be aware of the physiological and pharmacokinetic differences between adults and children (2).

One of the route for injections is intramuscular (IM) injections. Intramuscular injections are a crucial and controversial area of drug administration, particularly in vaccine applications for children (5). Dorsogluteal (DG) region, deltoid muscle, Ventrogluteal (VG) region, vastus lateralis (VL), and deltoid muscles are often performed for IM injection in children. Although the IM route has several advantages, such as faster drug absorption due to the rich vascular bed and providing a safe area for drugs that may be risky to administer intensively or by other routes due to muscle density, there are also some risks associated with its proximity to main blood vessels and nerve networks depending on the region of application (5). Sciatic neuropathy is the second most common neuropathy of the lower extremity after peroneal neuropathy and has been frequently reported in children, especially after IM injection administered into the DG region (6,7).

The American Academy of Pediatrics (AAP) recommends that IM should be administered primarily through the vastus lateralis muscle in children under three years of age,

and if muscle mass is sufficient, the deltoid muscle can also be used in children aged 1-2 years. In older children, the APA recommends that IM vaccine injection should be performed in the deltoid muscle and the vastus lateralis should be used as an alternative site (8). When deciding on the injection site, the nurse should consider several factors, including the child's age and weight, the distance of the injection site from the major blood vessels and nerves, muscle mass, and the volume of the drug (9).

Ventrogluteal site rather than the DG site is recommended for IM injection as it has no nerves or large blood vessels and is the safest injection site both adults and children over the age of 7 months. According to Von Hochstetter et al. (1950) the VG region located within the triangle of the anterior superior iliac spine (from the front), major trochanter (down), and iliac crest (top) has been defined as a 'safe' area for gluteal injection (10). Recent literature also supports the safety of the VG region for IM injections in children (5,9,11,12). This systematic review aims to assess the safety of the VG region in children. In this way the data obtained as a result of this systematic review will guide nursing practices.

Material and Methods

Study Selection

We reviewed all quantitative studies that addressed the assess the safety of the VG region in children.

Inclusion Criteria: The studies which are research study including randomized controlled trials studies, prospective descriptive studies, retrospective descriptive studies, cadaveric studies, case reports., include pediatric sample, search the safety of VG region and conduct in the English language were included to the scope of the review.

Exclusion Criteria: The reviews, master's and doctoral thesis, congress proceedings, book chapters, studies were excluded.

Screening the Literature

A comprehensive search was conducted using the keywords "ventrogluteal", "intramuscular" on four electronic databases: PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, and Wiley. The search took place from January 2000 to July 2021.

Study selection

Thirteen studies were included using the PRISMA Statement (Figure 1). For study selection; the researchers first searched the database to identify and select studies. Scanned studies were created with the Mendeley Reference Management Tool. In the first stage, outlines and abstracts of articles were selected according to inclusion and exclusion criteria. Selected works examined in full text. Those who were asked to be excluded from the research; The study

extraction process was carried out independently by the primary (GS) and secondary researchers (DS). If there was a difference of opinion between the two researchers, a third researcher's (DY) opinion was consulted, an expert on the subject.

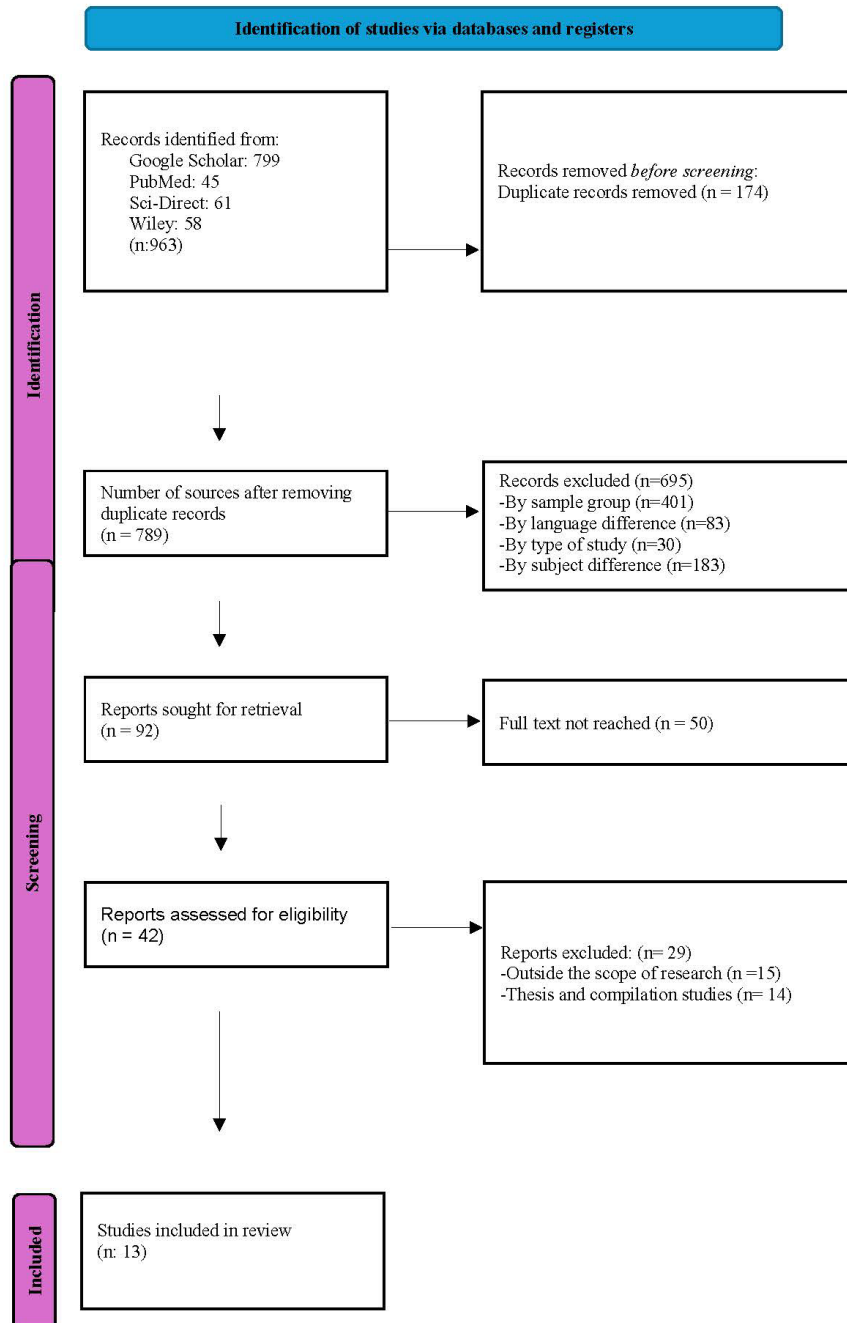


Figure 1. PRISMA statement of the study

Results

The review included a sample group of 4129 children across 13 studies. Of these studies, four were randomized controlled trials, four were prospective descriptive studies, one was a retrospective descriptive study, one was a cadaveric study, and three were case reports. The systematic review analyzed various vaccine studies. One group compared immunity and side effects of vaccines administered to the VG region and vastus lateralis. Another group included measurements of subcutaneous tissue thickness and muscle thickness, as well as comparisons of injection sites in the deltoid, vastus lateralis and VG regions. Additionally, case reports were included that described complications after IM injections from DG and vastus lateralis regions. The data from the examined articles were categorized under the headings 'Authors', 'Type of Study', 'Findings', and 'Suggestions' (Table 1).

Table 1. Summary of Selected Studies (VG: ventrogluteal, VL: vastus lateralis, AL: anterolateral, DG: dorsogluteal)

STUDY	TYPE	RESULTS	RECOMMENDATION
Cook et al., (2002)	Randomized controlled trial (n=177, <10 mo)	No difference between VG and VL in Hepatitis B immunity	VG site may be preferred for Hepatitis B vaccination
Cook et al., (2003)	Randomized trial (n=566, 2-18 mo)	Adverse effects: VL>VG	Ventrogluteal region; for DTPw, DTPa and H. influenzae type b vaccine; It has been described as safe with superiority in terms of local adverse reactions and systemic reactions and high parental acceptability.
Tapianinen et al., (2005)	Randomized controlled trial (n=1510, 2-18 mo)	VG group has lower adverse reaction but not enough immunity for Bordetella pertussis	VG not recommended because of low immunity
Junqueira et al., (2010)	Randomized controlled trial (n=580, >2500 g newborns)	No difference between VG and VL in terms of immunity, fewer adverse effects in VG group	VG site is safe and eligible for newborn vaccination
Cook et al., (2006)	Descriptive study (n=642, 2-18mo)	VG site eligible for newborn vaccination	VG site is safe and eligible for newborn vaccination
Gunes et al., (2016)	Descriptive study (n=142, 1-36mo)	VG site thickness if enough for vaccination under 3 year-old infants	VG site is safe and comfortable for im injections
Atay et al., (2017)	Prospective study (n=120, <36 mo)	Thickness: Deltoid<AL<VG	Vessel and nerve injury is lower in VG group
Min et al., (2018)	Retrospective study (n=350, 0-6 y)	Computed tomography study; 1-3 years: VG thickness>DG thickness; 4-6 years: VG thickness<DG thickness	The VG and DG sites are viable options for IM injection in infants and children when the anterolateral site is difficult to access
Wu et al., (2020)	Cadaveric study (n=20, 10 adults- 10 children)	The preferred injection site is the arc-shaped, nerve-sparse zone in the superolateral quadrant.	The arc-shaped, nerve-sparse zone in the superolateral quadrant is the preferred injection site, and the superomedial quadrant near the

		Additionally, the superomedial quadrant near the lower iliac crest is also recommended as a gluteal IM injection region, as it is free from nerve injury	lower iliac crest is also recommended as a gluteal intramuscular injection region, free from nerve injury.
Alsheikh et al., (2011)	Prospective study (n=28 <5y)	Relationship between gluteal injection and sciatic nerve injury	Children are more prone to nerve injury than adults
Mueller et al., (2012)	Case report (2y)	Nikolau syndrome after 4 th dose vaccination (DTPa-IPV-HiB-HepB) on left vastus lateralis muscle.	NiS is a rare iatrogenic problem but the incidence may actually underestimated. In preterm infants it is recommended to vaccinate them in time at the same chronological age as full term infants
Aygun et al., (2019)	Case report (7y)	Nikolau syndrome after im clindamisin injection on right thigh	Safe dosage; Deltoid: 0,5-1 ml VG: 0,5-3 ml VL: 0,5-2 ml
Zhuo et al., (2019)	Case report (2y)	Drop foot after DG injection	Need guides for VG application

Studies on vaccine

A randomized controlled trial was conducted by Cook et al. (2002), to compare the immunological response of hepatitis B vaccine given by intramuscular injection into the anterolateral thigh and ventrogluteal site in infants under 10 months of age (10). There was no significant difference between the ventrogluteal and anterolateral thigh vaccination sites with respect to hepatitis B vaccine immunogenicity (10).

The study conducted by Cook and Murtagh (2003) aimed to compare the reactogenicity and parental acceptability of the vaccine administered via intramuscular injection into the ventrogluteal and anterolateral thigh injection sites (13). In the same study it was reported that the ventrogluteal region was superior to the anterolateral region of the thigh in terms of bruising and redness/swelling (13). Whole cell pertussis vaccine (DTPw), acellular pertussis vaccine (DTPa) and the Haemophilus influenzae type b vaccine (HibTITER) and irritability, perceived fever and persistent crying and screaming but not vomiting/poor feeding and drowsiness. Moreover, level of parental acceptability for using the ventrogluteal site was high (13).

In another study, Tapiainen et al. (2005), aimed to examine the immunity and side effects of vaccines in three groups (Lederle/Takeda acellular pertussis component (DTaP) vaccine, the Lederle whole-cell component pertussis (DTwP) vaccine, diphtheria and tetanus toxoids vaccine (DT) administered to the VG and vastus lateralis regions of infants aged 2-18 months. Injection to the VG site caused fewer local and systemic reactions (14), and there were minimal differences found between the vaccines, except for the DTwP vaccine, which is not

widely used due to its inclusion of lipopolysaccharide. The study showed that the side effects of the DT vaccine administered to the VG region were remarkably high (14). In the same study, it was found that individuals exposed to pertussis in the home environment after the 4th dose of DTaB vaccine had a decrease in mean antibody value, which is important for immunity, compared to those who received the vaccine in the vastus lateralis or VG region. The researchers concluded that the vaccine was unable to provide full immunity (14).

Junqueira et al., (2010) conducted a study to compare the side effects and immune responses of HBV vaccination administered to the vastus lateralis and VG region in newborns (11). The researchers evaluated fever and local side effects two days after each vaccine dose, and immune response. No complications were reported by them after the vaccine dose in either region. However, a lower incidence of fever and local side effects was found in those administered in the VG region compared to those administered in the vastus lateralis. The researcher has indicated that the safety and efficacy of administering the HBV vaccine to infants via the VG site and this area is appropriate for IM injection (11).

Muscle thickness

Cook and Murtagh (2006), conducted a study on children to measure the dimensions of the VG area. Ultrasonography measurements revealed that the mean subcutaneous tissue layer thicknesses were similar for both the VG area and the anterolateral thigh (12). Additionally, the average thickness of the muscle layer was similar for both locations across all age groups. The study concluded that the World Health Organization (WHO) technique (25-gauge, 16 mm needle) would successfully enter the muscle at both sites in all children. Moreover, it was reported that the anxiety of child during the vaccination procedure reduced as they could be easily distracted while receiving the injection in the VG area. Consequently, the parental acceptability rate was high (12).

Yapucu Gunes et al., (2016) aimed to investigate the suitability of the VG region for IM injections in children under the three years old in their study (9). They showed that children aged between 1 and 12 months have sufficient gluteal muscles to receive IM injections. Moreover, it was reported that the muscle mass of the VG region was thicker than the anterolateral region, especially in children aged between 12 and 36 months (9). Therefore, this region was safe for IM injections in this age group due to its uncomplicated nature. Additionally, the study revealed that the thickness of both subcutaneous tissue and muscle in the deltoid region was significantly lower than in other areas. When the anterolateral site was not appropriate, the VG site has been proposed as an alternative for IM injections in children under one year of age (9). In addition, the researchers has recommended to VG site as it is a

more comfortable area to inject as it is easier to position and can be distracted more easily, reducing anxiety and fear in children and it is considered safe for administering IM injections in this age group (9).

Atay et al., (2017) in their study to evaluate the suitability of the VG region for IM injection in term babies and children under 36 months of age who are in the normal percentile and do not have pelvic, gluteal or femoral deformity; measured the subcutaneous tissue thickness of the deltoid, vastus lateralis and VG regions using ultrasound (5). As a result, it was revealed that the subcutaneous tissue in the deltoid region was thicker than the anterolateral region, and the subcutaneous tissue thickness in the anterolateral region was less than the VG region. It was concluded that injections into the VG area in children younger than 36 months are unlikely to reach the subcutaneous tissue. In addition, The researchers indicate that it is a safe area with less risk of injury since it is away from main nerves and vessels (5).

In the retrospective study conducted by Min and Kim (2018), age and body characteristics, as well as gluteal muscle thickness (MT), subcutaneous tissue thickness (SCT), and mass index (BMI) of patients aged 0-6 years, who were admitted to a tertiary hospital with various abdominal complaints and had an abdominopelvic CT scan, were analyzed (15). There was no statistically significant difference in the thickness of the muscles in the VG regions of children aged one to three years compared to those aged four to seven years. Muscles tended to be thinner at VG sites in 4 to 7-year-old, but thicker at VG sites in 1 to 3-year-old, though the differences were not significant (15).

In another study conducted by Wu et al., (2020), which suggested that the nerve-free region near the lower iliac crest in the superolateral and superomedial quadrants of the gluteus maximus and medius muscles, which constitutes approximately two-fifths of the borders of the two quadrants, has a lower risk of nerve injury when used as the site for gluteal IM injections. The VG and DG regions should be considered as alternatives for intramuscular injection in infants and children when the anterolateral region is problematic (16).

Complications of IM injection

Alsheikh (2011) reported in his study that sciatic nerve injuries were more common in children depending on their physiological age. It has been emphasized that children have a higher chance of the injection reaching the nerves than adults, due to their physiologically low gluteal subcutaneous tissue thickness and muscle mass thickness, which vary according to age groups, and their proximity to blood vessels and nerve networks, and therefore children are at greater risk in intramuscular injections. (7).

Nikolau Syndrome was diagnosed in a case reported by Mueller et al., (2012) after the fourth dose of DTPa-IPV-HiB-HepB vaccine was administered to the left vastus lateralis muscle (17). The vaccinated area exhibited a change in color and temperature on the same day, despite tolerating other vaccines well (17).

Discussion

In this systematic reviews, we identified 963 relevant citations and 13 articles met the inclusion criteria. This systematic review of quantitative studies showed that using the VG area for injections is less risky in terms of iatrogenic nerve injury and local and systemic side effects in all age groups.

Studies on vaccines

Neonatal immunization is a key global strategy to overcome morbidity and mortality due to infection early in life (18). The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), there are only two recommended sites which are vastus lateralis muscle in the anterolateral thigh and deltoid muscle in the upper arm for administering vaccines by IM injection (19). The preferred site depends on the patient's age, weight, gender, and the degree of muscle development(20). For most infants and toddlers, the vastus lateralis muscle in the anterolateral thigh is the recommended site for injection because it provides a large muscle mass. For children/adolescents who are three years through 18 years the deltoid muscle is recommended. In addition, the vastus lateralis muscle in the anterolateral thigh is an alternative site if the deltoid sites cannot be used for children age 3 through 18 years (19,21). Besides this recommendation, in this review, it has shown that there are the studies in which VG site is safe for intramuscular vaccination in term of the immune response and side effects of vaccines (11,13,14). In line with the results of these studies, more studies are needed to determine the immune response to IM vaccine injection applied to the VG area and the side effects of the vaccine.

Yapucu Gunes et al. (2016) demonstrated that using the WHO injection technique, there was no difference in immune response between the vaccines administered to the vastus lateralis and VG region for hepatitis B vaccine among infants less than 10 months old when a 25-gauge, 16 mm long needle was used (with the skin taut and at a 90-degree angle) (9,12). However, while systemic and local side effects were less common with DTaB (acellular pertussis) and DTPW (whole cell pertussis) vaccinations (14).

Muscle thickness

In our study found that in children 36 months and younger, subcutaneous muscle thickness measurements showed that the deltoid site was thinner than the anterolateral site, and the

anterolateral site was thinner than the VG site (5). The mean thickness of the subcutaneous tissue layer is similar for both the VG area and the anterolateral thigh grafting site at all ages (12). Additionally, the muscle in the VG region is sufficiently developed even in infants aged 1-12 months, and the VG region is thicker than the anterolateral, especially in children aged 12-36 months (12).

Complications of IM injection

The results of this review indicate that using the VG region for IM injections in children is less risky in terms of iatrogenic nerve injury and local and systemic side effects (13). Additionally, it has higher scores in terms of parental acceptability (13). However, its use in nursing practice is not common due to the limited number of evidence-based applications and studies in children, particularly in the use of the VG region. In a study conducted by Yapucu Gunes et al., it was found that the muscle in the VG region is sufficiently developed even in children aged 1-12 months(9). The muscle mass of the region is safer between one and three years of age, with a tendency to be thicker than the vastus lateralis (15). After identifying the VG area using a simple template, it has been observed that it is a more comfortable site for injections (12). This is because the injection process is quick and easy, and children are not able to see the preparation stage. Additionally, it causes less local pain, particularly in children (9).

When comparing the side effects of administering the DBT and Hib vaccines, it was found that injections into the vastus lateralis resulted in significantly higher rates of local reactions such as bruising and redness/swelling, as well as systemic reactions such as irritability, fever, and constant crying/screaming, compared to injections into the VG site. Parental acceptability was demonstrated in all age groups and vaccine groups, with higher acceptability reported for VG injection than for anterolateral thigh injection (13). the VG region is a safe area for Hepatitis B vaccination, with fewer side effects and a positive immune response (11).

Mueller et al. (2012) diagnosed Nikolau Syndrome after applying the fourth dose of DTPa-IPV-HiB-HepB vaccine to the left Vastus Lateralis muscle (18). In addition, our article describes two case reports of injection-related nerve injuries that developed after Vastus Lateralis injection, similar to this study (19,20). It is important to remember that iatrogenic damage to peripheral nerves in children is a common occurrence and can cause serious long-term morbidity. Although there is no guideline regarding the safe location of the IM route, the consensus in the literature is that the VG area is a safe option for the IM route in children (5,9,12,13).

Conclusion

The literature describes that the ventrogluteal area is determined with a simple template, it is a more comfortable application because the injection is easy and fast, children do not see the injection preparation phase, and it causes less local pain, especially in children who can walk. However, it is thought that its use in practice is not widespread due to the limited evidence-based practices in pediatric nursing practice and the limited number of studies in children, especially on the use of the VG region. In line with the results of these studies, more studies are needed to determine safety use of VG for IM injection.

What Study Contributes to Literature

- Contrary to common practice in children, using the VG area for injections is less risky in terms of iatrogenic nerve injury and local and systemic side effects in all age groups.
- The parental acceptability rate for VG region is high.
- Injections administered from the VG region are less anxiety-inducing and frightening for children. This is because the positioning is easier and it is easier to distract their attention.
- In children aged 1 to 3 years, the thickness of the muscle mass in the ventrogluteal region tends to be thicker than that in the vastus lateralis.

ACKNOWLEDGEMENTS

No conflicts of interest.

References

1. Donaldson Lj, Kelley Et, Dhingra-Kumar N, Kieny Mp, Sheikh A. Medication Without Harm: Who's Third Global Patient Safety Challenge. *Lancet* [Internet]. 2017;389(10080):1680–1. Available From: [Http://Dx.Doi.Org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4](http://Dx.Doi.Org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)
2. Ball J (Jane W., Bindler Rm, Cowen Kj, Shaw Mr. *Child Health Nursing : Partnering With Children & Families*. Updated Ed. Pearson, Editor. 2019.
3. Wright K. Barriers To Accurate Drug Calculations. *Nurs Stand*. 2006;20(28):41–5.
4. N H. ; *Pharmacology And The Nursing Process*. New Orleans, La: White Press, Academics. New Orlean. 2018.
5. Atay S, Yilmaz Kurt F, Akkaya G, Karatağ G, Ilhan Demir Ş, Çalıdağ U. Investigation Of Suitability Of Ventrogluteal Site For Intramuscular İnjections İn Children Aged 36 Months And Under. *J Spec Pediatr Nurs*. 2017;22(4).
6. Jung Kim H, Hyun Park S. Sciatic Nerve İnjection İnjury. *J Int Med Res*. 2014;42(4):887–97.
7. M. Fathi Alsheikh M. Sciatic Nerve İnjury Following Gluteal İntramuscular İnjection. *Ann Coll Med Mosul*. 2011;37(1):87–92.
8. American Academy Of Pediatrics. Vaccine Administration. In: Cattaneo R, Engert Sf, Gray D, Vineyard C, Eds. *Immunization Training Guide & Practice Procedure Manual For Pediatricians, Physicians, Nurse*

Practitioners, Physician Assistants, Nurses, Medical A.

9. Yapucu Güneş Ü, Ceylan B, Bayindir P. Is The Ventrogluteal Site Suitable For Intramuscular Injections In Children Under The Age Of Three? *J Adv Nurs.* 2016;72(1):127–34.
10. Cook If, Murtagh J. Comparative Immunogenicity Of Hepatitis B Vaccine Administered Into The Ventrogluteal Area And Anterolateral Thigh In Infants. *J Paediatr Child Health.* 2002;38(4):393–6.
11. Junqueira Aln, Tavares Vr, Martins Rmb, Frauzino Kv, Da Costa E Silva Am, Minamisava R, Et Al. Safety And Immunogenicity Of Hepatitis B Vaccine Administered Into Ventrogluteal Vs. Anterolateral Thigh Sites In Infants: A Randomised Controlled Trial. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(9):1074–9.
12. Cook If, Murtagh J. Ventrogluteal Area - A Suitable Site For Intramuscular Vaccination Of Infants And Toddlers. *Vaccine.* 2006;24(13):2403–8.
13. Cook If, Murtagh J. Comparative Reactogenicity And Parental Acceptability Of Pertussis Vaccines Administered Into The Ventrogluteal Area And Anterolateral Thigh In Children Aged 2, 4, 6 And 18 Months. *Vaccine.* 2003;21(23):3330–4.
14. Tapiainen T, Cherry Jd, Heininger U. Effect Of Injection Site On Reactogenicity And Immunogenicity Of Acellular And Whole-Cell Pertussis Component Diphtheria-Tetanus-Pertussis Vaccines In Infants. *Vaccine.* 2005;23(43):5106–12.
15. Min Hj, Kim Yj. Analysis Of Gluteal Subcutaneous And Muscle Thickness In Infants And Children For Application To Intramuscular Injection, Autologous Fat Grafting, And Gluteal Artery Perforator Flaps. *Arch Plast Surg.* 2018;45(6):550–6.
16. Wu J, Cai Y, Cao A, Bi Y, Hu X, Yang S. Recommendation Of The Best Site Based On The Distribution Pattern Of Extramuscular And Intramuscular Nerves For Gluteal Muscle Injection. *Int J Morphol.* 2020;38(4):975–82.
17. Mueller P, Forner C, Kurze G. Embolia Cutis Medicamentosa (Nicolau Syndrome) Due To Vaccination In A 2-Year-Old Boy. *Klin Padiatr.* 2012;224(2):88–9.
18. Saso A, Kampmann B. Vaccine Responses In Newborns. *Semin Immunopathol.* 2017;39(6):627–42.
19. Centers For Disease Control And Prevention. *Epidemiology And Prevention Of Vaccine-Preventable Diseases.* Hall E., Wodi A.P., Hamborsky J., Et Al., Eds. 14th Ed. Washington, D.C. Public Health Foundation, 2021.
20. American Academy Of Pediatrics, 2021, Administering Vaccines: Dose, Route, Site, And Needle Size, Cited Date: 03.15.2024, <https://www.aap.org/en/patient-care/immunizations/Implementing-Immunization-Administration-In-Your-Practice/Vaccine-Administration/>.
21. Wodi A.P., Hamborsky J., Et Al., Eds. 14th Ed. Washington, D.C. Public Health Foundation, 2021.
22. Zhuo P, Gao D, Xia Q, Ran D, Xia W. Sciatic Nerve Injury In Children After Gluteal Intramuscular Injection: Case Reports On Medical Malpractice. *Med Sci Law.* 2019;59(3):139–42.
23. Aygün E, Yeşil Y, Keleşoğlu Mf. Nicolau Syndrome After Intramuscular Clindamycin Injection-Case Report. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2019 ;33(3):257-260.

Cezaevinde Dezavantajlı Gruplar ve Adli Psikiyatri Hemşireliği

Disadvantaged Groups and Forensic Psychiatric Nursing in Prison

Berre Küçükmehtmet¹, Leyla Baysan Arabacı²

Öz

Cezaevleri suç işleyen bireylerin haklarının ve özgürlüklerinin kısıtlandığı bir ortamdır. Bu durum bireylerin dış dünya ile ilişkilerinin kesilmesine, günlük yaşamlarından uzaklaşmalarına ve kendi gereksinimlerine istedikleri gibi ulaşamamalarına neden olmaktadır. Dezavantajlılık doğuştan gelen özelliklerle ilgili olabileceği gibi, yaşanan topluma göre sonradan da ortaya çıkabilmektedir. Dezavantajlı bireyler sosyal ve ekonomik olarak daha az bütünleşme imkanına sahiptir ve temel gereksinimlere ulaşmada zorluk yaşarlar. Cezaevlerinde bulunan dezavantajlı bireyler kadınlar, çocuklar, yaşlılar, özel gereksinimleri olan bireyler ve Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender, Interseksüel (LGBTİ) bireyler olarak tanımlanmıştır. Bu bireyler toplumun genelinde olduğu gibi cezaevlerinde de farklı ihtiyaçlara sahiptir. Cezaevinde adli psikiyatri hemşireleri, cezaevinde bulunan dezavantajlı bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bireylere uygun müdahale yöntemlerinin seçilmesinde önemli bir role sahiptir. Bu nedenle empati, iletişim ve problem çözme yeteneklerini geliştirmesi gerekir. Ayrıca cezaevlerinde adli psikiyatri hemşirelerinin, dezavantajlı gruplara özgü ihtiyaçları anlamaları ve uygun bakım müdahalelerini uygulamaları büyük önem taşır. Dezavantajlı gruplara yönelik uygun bakım müdahalelerinin uygulanması, hem bu bireylerin yaşam kalitesini artırabilir hem de bireylerin sağlık ve iyilik hallerini iyileştirmeye ve cezaevi ortamında daha güvenli bir ortam oluşturmaya yardımcı olabilir. Bu alan yazında cezaevlerinde bulunan dezavantajlı gruplara yönelik hemşirelik bakım hizmetlerinin önemini ve bu hizmetlerin nasıl iyileştirilebileceği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adli hemşirelik, cezaevleri, hapisaneler, psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığı

Abstract

Prisons restrict the rights and freedoms of individuals who commit crimes, isolating them from the outside world and their daily lives, limiting their ability to meet their needs. Disadvantage can be inherent or it may emerge later depending on the society in which one lives. Disadvantage can be inherent or emerge due to societal conditions, hindering social and economic integration and access to basic needs. In prisons, disadvantaged individuals include women, children, the elderly, those with special needs, and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual (LGBTİ) individuals. These groups have unique needs in prison, just as they do in society. Forensic psychiatric nurses play a crucial role in identifying and addressing these needs, requiring skills in empathy, communication, and problem-solving. Understanding and applying appropriate care interventions for these groups is vital for improving their quality of life and overall well-being, creating a safer prison environment. This literature highlights the importance of nursing care services for disadvantaged groups in prisons and how these services can be improved.

Key Words: Forensic nursing, mental health, prisons, psychiatric nursing

¹**Sorumlu Yazar,** Hemşire, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, İzmir, Türkiye, berrekucukmehmet@gmail.com, ORCID: 0009-0005-9377-9045

²Prof. Dr. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, leyla.baysan.arabaci@ikcu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0314-6350
Geliş Tarihi: 22 Nisan 2024, Kabul Tarihi: 8 Ağustos 2024, Yayınlanma Tarihi: 30 Aralık 2024

Özet açıklama (Summary Statement)**1. Bu konu hakkında bilinenler nelerdir?**

- Cezaevi koşullarında ihtiyaçları karşılanmayan ve yeterli bir bakım alamayan bireyler, cezaevinden çıktıklarında da toplum hayatına uyum sağlayamazlar.
- Bireylerin cezaevlerinde yargılanmadan, bütüncül bir bakım alması, bireylerin sağlık düzeylerinin yükselmesinde önemlidir ve bu da ancak bu alanda alınan iyi bir eğitimle olabilmektedir.

2. Bu makalenin sonuçları

- Etnik köken, ırk, cinsiyet, yönelim gibi nedenlerle damgalanan ve damgalanmaya devam eden bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve giderilmesinde, şiddet davranışlarının önlenmesi, damgalamayla mücadele gibi durumlarda bu alanda daha yetkin olan adli psikiyatri hemşiresinin çalışması daha uygundur.

3. Bu makalenin katkıları

- Cezaevinde bulunan dezavantajlı grupların karşılaşılabileceği tutum ve davranışlar, bireylere verilen bakımda bireyi tanımının ve birey temelli bakım hizmeti vermenin önemi ve bu alanda çalışan psikiyatri hemşirelerinin lisansüstü eğitim sonucunda etkili bir bakım verebileceği vurgulanmıştır.

Giriş

Bütün toplumlarda bireyler kişisel ya da toplumsal nedenlere bağlı olarak tutukluluk deneyimi yaşayabilir. Cezaevi, toplumun genel kurallarına karşı gelen, suç işleyen bireylerin haklarının ve özgürlüklerinin kısıtlanarak, kapatıldıkları bir ortamdır.¹⁻³ Cezaevine giren bireyin, dış dünya ile ilişkisi kesilir günlük yaşantısından, ailesinden ve çevresinden, evinden uzak kalır ve gereksinimlerine kendi istediği zamanda ulaşamaz. Bu nedenle cezaevine girerek toplumdan koparılan bireyler topluma yabancılaşır. Ayrıca, kişinin kendisi ile benzer sorunlara sahip kişilerle aynı ortamda bulunması bireylerde fiziksel ve psikososyal sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilir.^{2,4}

Yoksulluk, etnisite, ırk, cinsiyet gibi nedenlerle toplumsal olanaklara erişemeyen veya erişimleri engellenen gruplar dezavantajlı gruplar olarak tanımlanır.⁵ UNESCO ise, “*ekonomik durumları, cinsiyetleri etnik ve dilsel kökenleri, dil ya da politik statüleri nedeniyle sosyal ve ekonomik olarak daha az bütünleşme imkanı olan insanları*” dezavantajlı grup olarak tanımlamıştır. Ancak dezavantajlılık sadece din, dil, ırk ya da cinsiyet gibi kavramlarla sınırlı değildir. Bu gruplar, toplumun genelinin kolaylıkla ulaşabildiği sağlık, barınma ve eğitim gibi temel gereksinimlere ulaşmada zorluk yaşar ve bu alanlarda kendilerine yetecek imkanları elde edemezler.^{6,7} Ortalama ekonomik düzey, eğitim seviyesi ve etnik köken gibi değişkenler ülkeler arasında farklılık gösterebildiği için dezavantajlı grupların özellikleri de farklılaşabilmektedir.⁷ Her ne kadar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de genellikle cezaevinde dezavantajlı grupları kadınlar, çocuklar, yaşlılar, özel gereksinime sahip olan bireyler ve Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender, Interseksüel (LGBTİ) bireyler oluşturmaktadır.⁴ Bu alan yazında cezaevinde

bulunan dezavantajlı bu grupların epidemiyolojisinden, psikolojik özelliklerinden ve sunulacak hemşirelik bakım hizmetlerinden söz edilecektir.

Kadın Tutuklular

Erkek tutuklularla karşılaştırıldığında, daha hafif suç öykülerine ve daha kısa bir suç geçmişine sahip olsalar da, suç işleme konusunda kadınlar da yüksek risk altındadır. Cezaevindeki kadın tutuklu popülasyonu, erkek popülasyonuna oranla daha az olsa da, 2000 yılından itibaren bu popülasyonun %50 oranında artış gösterdiği bilinmektedir.^{8,9} Tutuklu kadın popülasyonunun az olması, kadının toplum içerisindeki rolünden, daha çok ev içi sorumlulukları üstlenmesinden ve sosyo-ekonomik olarak erkekler kadar fazla imkana sahip olamamaları ile açıklanabilir. Ayrıca, kadınlar sadece işledikleri suçlar nedeniyle değil, kendilerinden beklenen toplumsal rollerin dışına çıktıkları için de cezalandırılırlar.¹⁰

Yapılan araştırmalar, kadın tutukluların travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, kendine zarar verme davranışı ve kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozukluklara sahip olma oranının, toplumdaki diğer kadınlardan %90 daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır.⁹ Ayrıca, kadın tutuklular, düşük öz bakım, yüksek riskli gebelik, aile rollerini yerine getirmede yetersizlik gibi sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedir. Öte yandan, aile ve çocuklarından ayrı kalmanın, kadın tutuklular için önemli bir stres faktörü olduğu vurgulanmaktadır.¹¹ Türkiye Barolar Birliği'nin Cezaevi Raporu'nda kadına yönelik şiddet ve kadın tutukluluğu arasındaki ilişkiye dikkat çekilerek, kadın cezaevlerinin birçok açıdan yetersiz olduğu belirtilmektedir.¹⁰ Raporda;

- Kadın cezaevlerinin mevcut fiziki yapısının, kadın ve çocukların ihtiyaçlarına yönelik yapılandırılmadığı,
- Ceza infaz yasalarında cinsiyete göre ayırım olmaması sebebiyle, kadınların hem anne hem de kadın olarak, farklı yaşam alanına ihtiyaçları olabileceğinin değerlendirilemediği,
- Ebeveyn olan kadın tutukluların, tutukluluk sürecinde çocuklarının iyilik hallerinin dikkate alınmasının gerekliliğine,
- Cezaevi personelinin, tutuklu kadınların ihtiyacı doğrultusunda bilgilendirilmesinin gerekli olduğuna,
- Kadın cezaevlerinin sayılarının yeterli olmadığına,
- Annesi ile cezaevinde kalan çocukların durumunun bağımsız olarak değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır.¹⁰

Cezaevinde yer alan bir adli psikiyatri hemşiresi, kadın tutukluların ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir yere sahip olabilir: Anne ruh sağlığı, sağlıklı ebeveyn-çocuk bağı

geliştirilmesi, anne ve çocuk için güvenli çevre oluşturulmasına odaklanarak, kadın tutukluların mahremiyetini koruyarak ve periyodik değerlendirmeler yaparak duygudurum bozukluğu, alkol, sigara, madde kullanım bozukluğu, kronik ruhsal bozuklukları erken evrede tespit edebilir. Ayrıca kadın tutukluların karşılaşılabileceği diğer sağlık sorunlarını belirleyerek, bu sorunlara uygun çözüm önerileri geliştirebilir.⁴

Çocuk Tutuklular

Çocuk cezaevleri (ıslahevleri), suça sürüklenen çocuk-ergenlerin birlikte yaşayacakları insanları ve bulunacakları koşulları kendilerinin seçemediği ve genel topluma oranla önemli sağlık sorunlarıyla daha sık karşı karşıya kalabildikleri toplu yaşam yerleridir.¹²

Çocuk tutukluluğu, yasalara göre çocuk olarak kabul edilen yaş aralığındaki (*Türk Hukuk Sistemi'ne göre 0-18 yaş arasındaki*) bireylerin işlediği suça istinaden gerçekleşen tutukluluğu tanımlamaktadır.¹³ Çocuk tutukluluğu Türkiye'de ciddi bir sorun olup, her geçen yıl cezaevlerinde/ıslahevlerinde bulunan çocuk tutukluların sayısı artış göstermektedir.^{12,13}

Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri'ne göre, 2021 yılında cezaevine giren 12-17 yaş grubu çocuk sayısı 999 iken; 2022 yılı istatistiklerinde bu sayı %37.43'lük bir artış göstererek 1373 olarak rapor edilmiştir.^{14,15}

Çocuk tutukluluğu, çocuğun toplumsal, ahlaki ve hukuki değerlere aykırı davranışları sonucu meydana gelmektedir. Suç kavramını ve işlediği suçun sonuçlarını bilmeyen bir çocuğun suç işlemesi, çocuğun değil neyin suç olduğunu çocuğa öğretmesi gereken yetişkinlerin suçudur ve bu nedenle çocuk tutukluluğunda öncelikli amaç, bu çocukların yeniden topluma kazandırılması olmaktadır.⁴ Çocuk tutukluluğunu önlemek için tutukluluğun nedenleri ve psikolojik özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir.¹⁶

Cezaevi ortamı ve koşulları, çocuğun gelişimini destekleyecek fiziksel ve psikososyal ihtiyaçların karşılanması ve çocuğa uygun yaşam alanı oluşturulması açısından yetersizdir.⁴ Bu nedenle, bu bireylere cezaevinde uygulanan sağlık bakımında, çocuğun yaş grubuna ve gelişim sorunlarına uygun bir bakım planlanması, çocuğun cezaevi ortamında sağlığını sürdürebilmesine yardımcı olacaktır.¹¹ Underwood ve Washington (2016), ıslahevinde bulunan çocuk-ergenlerin %40 ile %80'inin en az bir tanımlanmış mental bozukluğa sahip olduğunu belirtmiştir.¹⁷ Gökbel Sönmez ve Subaşı Baybuğa'nın (2021) 268 çocuk tutuklu ile yaptıkları çalışmada, suça karışan çocukların karşılaştıkları en önemli stres faktörlerinin arkadaşlarıyla sorun yaşama, tutukluluk durumu ve aile ile görüşme imkanının olmaması olduğunu; suça karışan çocukların genellikle bir sorunla karşılaştığında sabırla beklediğini ya da sorunu düşünmemeyi seçtiğini; %34.2'sinin kendine zarar verme düşüncesi olduğunu ve %70.1'inin alkol, %60.8'inin marijuana ya da kokain kullandığını bildirmiştir.¹²

Çocuk tutuklulara yönelik cezaevinde sunulacak etkili bir sağlık hizmeti ve eğitim müdahaleleri, bireylerin tahliye edildikten sonraki yaşamlarında aile ve arkadaş ilişkilerinin, eğitim ve iş becerilerinin gelişmesinde, madde kullanım düzeylerinin, mental bozuklukların ve tekrar suç işleme düzeylerinin azalmasında olumlu biçimde etki yaratacaktır.¹¹

Cezaevinde yer alacak bir adli psikiyatri hemşiresi, çocukların sağlık kontrollerini yaparak, büyüme ve gelişmelerini takip ederek; dinlenme, boş zamanı değerlendirme, çocuğun yaş grubu ve gelişimsel düzeyine uygun olan aktiviteler düzenleme konusunda girişimlerde bulunarak ve çocuğu psikososyal açıdan destekleyerek rehabilitasyon başka bir anlatımla yeniden topluma kazandırma sürecine katkıda bulunabilir.⁴

Yaşlı Tutuklular

Yaşlılık, insan yaşamının son evresini tanımlamak için kullanılmaktadır. Günümüzde birçok ülkede bu evrenin başlangıç yaşı 65 olarak kabul edilmekle birlikte, farklı kültür ve toplumlarda yaşlılığa ilişkin algılar değişkenlik göstermektedir.⁷ Yaşlı tutuklu bireyler, sahip oldukları ihtiyaçlar ve karşılaştıkları riskler açısından diğer yaş gruplarından farklı olduğu için cezaevi koşullarında dezavantajlı grup olarak değerlendirilmektedir.¹⁸ Cezaevinde bulunan yaşlı bireylerde, iş ve statü kaybı, akran kaybı, yalnızlık, uyum sorunları, değersizlik vb. sonucu oluşan duygusal sorunlar; duygudurum bozuklukları, deliryum, demans, şizofreni, stres, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar daha sık görülmektedir.^{19,20}

Loritto, Völlm ve Dening'in (2018) yaptıkları sistematik derlemede, yaşlı tutukluların %38.4'ünün en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı ve %3.3'ünün demans tanısı aldığı bildirilmiştir.²¹ Opitz-Walke ve ark. (2019) cezaevindeki yaşlı bireylerin intiharlarını araştırdıkları çalışmalarında, 50 yaş ve üzeri tutukluların intihar oranlarının diğer bireylere oranla daha yüksek olduğunu, kadın cinsiyet, farklı bir ülke vatandaşı olma, müebbet ceza, alkol çekilme sendromu ve yakın bir akraba ile ilişkili suça bulaşma faktörlerinin, yaşlı intiharında anlamlı ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur.²² Yapılan bir sistematik derlemede, yaşlı tutuklularda alkol ve madde kullanımının genel topluma oranla daha yüksek olduğu, ruhsal bozukluk varlığının alkol ve madde kullanımında önemli bir faktör olduğu ve yaşlı kadın tutukluların ruhsal bozukluk ve madde kullanım bozukluğu açısından yaşlı erkek tutuklulardan farklılık gösterdiği bildirilmiştir.¹⁹ Hayes ve ark. (2012), 262 yaşlı erkek tutukluyla yaptığı çalışmada, 65-69 yaş aralığındaki 56 bireyin %39'unun; 70 yaş ve üzeri 35 bireyin ise %67'sinin herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada 65-69 yaş aralığındaki bireylerin %15'inin anksiyete bozukluğuna sahip olduğu, %13'ünün alkol kullanım bozukluğuna ve %13'ünün ise madde kullanım bozukluğu olduğu; 70 yaş ve üzerindeki bireylerin ise %30'unun madde kullanım bozukluğuna, %27'sinin alkol kullanım

bozukluğuna ve %20'sinin ise kişilik bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur.²³ Stoliker ve Galli (2019) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde bin 907 yaşlı tutuklu ile yapılan çalışmada, kişilerin %23'ünün herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı, %61,6'sının ise ruhsal bozukluk belirtileri gösterdiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada tutuklu yaşlı bireylerin %26,1'inin madde kullanım bozukluğuna ve %19,9'unun ise alkol kullanım bozukluğuna sahip olduğu bildirilmiştir.²⁴

Cezaevinde bulunan bir adli psikiyatri hemşiresi, cezaevindeki yaşlı tutuklularla çalışırken ilk olarak yaşlı bireye uygun bir ortam sağlamak için gözlem yapar ve olası riskleri değerlendirir. Yaşlı tutukların özellikleri, sağlık geçmişleri ve mevcut sağlık düzeylerini belirler ve kayıt altına alır. Belirli aralıklarla tutukluların periyodik değerlendirmelerini yapar. Emosyonel sorunları, alkol veya madde kullanım bozukluğu, kronik hastalık ya da beslenme bozukluğu olan yaşlı tutukluların tespit ve takibini yapar. Özellikle alkol ya da madde kullanım öyküsü bulunan yaşlı bireyleri yoksunluk belirtileri yönünden takip eder ve bireyin bilinç düzeyini değerlendirir. Cezaevinde bulunan adli psikiyatri hemşiresi, yaşlı tutuklularda yoksunluk belirtisi, hastalık semptomları, bilinç bozukluğu fark ettiğinde bireyi daha ileri tetkik ve tedavi için sevk ederek iyileşmesine katkı sağlar. Ayrıca yaşlı tutukluların hak ihlallerinin önlenmesi ve topluma uyumlarının kazandırılmasında da cezaevi adli psikiyatri hemşiresi önemli bir rol oynar.²⁵

Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender, Interseksüel (LGBTİ+) Bireyler

LGBT terimi, lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüel bireyleri tanımlamak için kullanılan ve bireylerin cinsel yönelimlerini, cinsiyet ve toplumsal cinsiyetlerini belirten bir kavramdır.²⁶ “Lezbiyen” kavramı sadece diğer kadınlara karşı cinsel yönelimi olan kadınları; “gey” ise diğer erkeklerden cinsel olarak etkilenen erkekleri; “biseksüel” kavramı ise kendileriyle aynı ya da farklı cinsiyete sahip olan bireylerden cinsel olarak etkilenen bireyleri tanımlamak için kullanılır. “Transseksüel bireyler” ise mevcut cinsiyet kimlikleri, kendilerine doğumla verilen cinsiyetten farklı olan bireyleri tanımlamak için kullanılmaktadır.²⁷

Toplumun genelinden farklı ihtiyaçlara sahip olmasalar da, LGBTİ bireyler, toplumun “normal” olarak kabul ettiği sınırların dışında kaldıkları için, temel haklarına ulaşmakta güçlük yaşayabilirler. Bu güçlükler genellikle nefret suçları, güvenli yaşam haklarının ellerinden alındığı şiddet olayları, sosyal ve ekonomik engellemeler ve haklarını yasal olarak aramalarının önündeki sistem eksiklikleri olarak karşımıza çıkar.^{28,29}

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), “hastalık” olarak tanımlanan eşcinselliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabından (DSM-5); Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ise Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Listesinden (ICD-10) çıkarması, toplumun eşcinsellik

algısının yeniden şekillenmesine yardımcı olsa da, toplumların mevcut kültürel ve dini inançları, sahip oldukları ahlaki değer yargıları, heteroseksist anlayışın kabul görmesi, damgalama, LGBTİ bireylere karşı varolan önyargı, yanlış ve eksik bilgiler sebebiyle LGBTİ bireylere karşı olumsuz davranışlar devam etmektedir.²⁶

Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender, Interseksüel (LGBTİ) bireylerin hakları her ne kadar son yıllarda daha fazla önem kazansa da, özellikle cezaevi kültüründe bu bireyler oldukça savunmasızdır.^{30,31} LGBTİ bireylerin toplumda karşılaştığı ayrımcılık, yabancılaşma ve mağduriyet cezaevi kültürüne de yansımaktadır. LGBTİ topluluğu hakkındaki yaygın ve yanlış mitler ve toplumun bu bireyleri damgalaması, bireylerin cezaevinde deneyimlediği savunmasızlığın en temel nedenlerindedir.³²

Srivastava, Prost ve Williams'ın (2023) Amerika'daki cezaevlerinde bulunan LGBTİ bireylerin ruhsal sağlıklarını araştırdıkları çalışmalarında, LGBTİ tutukluların, heteroseksüel tutuklulara oranla depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu ve manik depresyon gibi hastalıklara daha fazla sahip olduğu; heteroseksüel tutuklular ile karşılaştırıldığında, lezbiyen ve gey tutukluların ruhsal bozukluğa sahip olma oranlarının %27-59; biseksüel tutukluların ise ruhsal bozukluğa sahip olma oranlarının %33-49 oranında daha yüksek olduğu bulunmuştur.³³ Van Haut, Kewey ve Hillis (2020) transseksüel bireylerin cezaevlerinde diğer bireylere oranla 13 kat daha fazla cinsel saldırıya maruz kaldığını ve bireylerin %59'unun cezaevinde cinsel saldırı mağduru olduğunu belirtmiştir.³¹ Grant ve ark. (2011) da, transseksüel bireyler ile yaptığı araştırmada, katılımcıların %37'sinin cezaevi personeli tarafından tacize maruz kaldığını, %16'sının fiziksel %15'inin ise cinsel saldırıya maruz kaldığını tespit etmiştir.³⁴ Erkek tutuklular arasındaki cinsel saldırının %28 olduğu bildirilmiştir.¹¹

LGBTİ bireyler, şiddet sonrasında da sıklıkla tacize maruz kaldıkları için cinsel yönelimlerini ve cinsiyet kimliklerini saklama gereksinimi hissederler. Cezaevi personeli ve cezaevinde bulunan diğer bireyler tarafından bu bireylere yönelik yaygın olarak taciz ve şiddet görülür. Birleşmiş Milletler, LGBTİ bireylere karşı gerçekleştirilen şiddet davranışlarının homofobik ve transfobik tutumlar ve toplumsal cinsiyet normlarına meydan okuyan bireylerden üstün olduğunu belli etme düşüncesi sonucunda gerçekleştirildiğini söyleyerek, bu durumu "*Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet*" olarak kabul etmiştir.³⁵

Cinsel şiddetin ruh sağlığına olan etkileri ciddi ve uzun süreli olabilir. Cinsel saldırılar sonucunda düşük benlik saygısı, diğer bireylerle ilişki kurmada zorluk, öfke patlamaları, şiddetli öfke, duygusal geri çekilme, kopukluk, yoksunluk, kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, uyku bozuklukları, kabuslar, çaresiz hissetme ve bilişsel bozulmalar, LGBTİ bireylerde görülebilir. Alkol ve madde kullanımının bu bireylerde daha fazla görüldüğü, ayrıca

cinsel saldırıya maruz kalan erkek bireylerin; “*erkeklik algıları*”nda değişim, cinsel yönelimlerinden şüphe duyma, reddedilme korkusu ve yeniden istismara uğrama anksiyetesi yaşadıkları bildirilmiştir.³⁵

Cezaevinde ve savunmasız olan LGBTİ bireyler, sıklıkla ilk olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda ön saflarda yer alan hemşireler ile etkileşime girer. Bu noktada cezaevinde yer alan bir adli psikiyatri hemşiresi cezaevinde bulunan LGBTİ bireylere Madeleine Leininger tarafından geliştirilen “*Kültürlerarası Hemşirelik*” teorisi doğrultusunda bütüncül bakım verebilir. Kültürlerarası hemşirelikte amaç, bireylerin yaşam tarzlarına, sahip oldukları değer, inanç ve anlam sistemlerine uyan, kültürel olarak holistik bir bakım verebilmektir. Bireylerin sahip oldukları cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimleri bu bağlamda kültürel bileşenleri olarak değerlendirilebilir.²⁷ Cezaevi adli psikiyatri hemşiresinin LGBTİ tutuklulara yönelik tepkileri, utanç, endişe, düşmanlık, acıma, fiziksel temastan kaçınma hatta bireye tedavi vermeyi reddetme şeklinde olabilir.³⁶ Hemşireler de toplumla benzer önyargılara sahip oldukları için bu şekilde davranabilir.³⁷ Cezaevinde çalışan adli psikiyatri hemşiresinin sahip olması gereken en temel özellik, yargılayıcı olmadan ve kendi değer yargılarını bir kenara bırakarak hem LGBTİ hem de tutuklu olan bireylere tarafsız olarak yaklaşabilmek ve bakım sunabilmek olmalıdır.^{38,39} Cezaevinde bulunan adli psikiyatri hemşiresi, LGBTİ tutukluların cezaevine uyum sürecinde bireyin yanında olur ve tutuklu bireyde meydana gelebilecek stres, anksiyete, depresyon ya da diğer ruhsal bozukluklar yönünden bireyi gözlemler, gerektiğinde bireye müdahale eder. Bireylerin cezaevi koşullarında karşılaşılabilecekleri şiddet davranışlarını ve tehlikeleri önceden belirleyebilir. Bunun için cezaevi adli psikiyatri hemşiresinin iyi bir gözlem yapma becerisine sahip olması gerekir. Ayrıca, şiddet davranışlarına ve cinsel istismara maruz kalabilme riski olan LGBTİ bireyler için cezaevinde güvenli bir ortam oluşturmada önemli rol ve sorumlulukları vardır.^{40,41}

Sonuç ve Öneriler

Bireylerin sahip oldukları ırk, cinsiyet, yoksulluk, etnik köken, din gibi özellikler geçmiş zamanlardan beri bireylerin toplumdan dışlanmalarına, damgalanmalarına, barınma, eğitim, sağlık gibi temel gereksinimlere ulaşımında zorluk yaşamalarına neden olmuştur. Bu durum cezaevi için de benzerdir. Çünkü cezaevi aslında dış dünyadaki ortamın bir yansımasıdır.

Cezaevindeki bir adli psikiyatri hemşiresi, çalıştığı grubun ihtiyaçlarının neler olduğunu iyi tespit edebilmelidir. Ayrıca cinsiyet, yaş grubu ya da diğer faktörler açısından tutuklu bireylerin karşı karşıya olduğu risk faktörlerini iyi belirlemeli ve uygun bakım müdahale yöntemlerini seçerek uygulayabilmelidir.

Psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozuklukları nedeniyle toplum tarafından damgalanan bireylerle çalışmaktadır. Cezaevindeki adli psikiyatri hemşireleri ise hem psikiyatri hastası olmaları hem de suç işlemiş olmaları sebebiyle toplum tarafından iki kez damgalanan ve toplumun değer yargılarına aykırı hareket eden bireylere bakım vermektedir. Bu nedenle cezaevinde çalışan aynı zamanda toplumun bir üyesi olan adli psikiyatri hemşirelerinin kendi duygularını ve önyargılarını kontrol edebilen bireyler olması oldukça önemlidir. Bundan dolayıdır ki, cezaevinde çalışan adli psikiyatri hemşirelerinin bakım verdiği grubun özelliklerini bilmesi, tarafsız olabilmesi, cezaevinde karşılaşılabilecekleri sorun ve eksiklikleri belirleyebilmesi, şiddet davranışlarını önceden tespit ederek müdahale edebilmesi ve tutuklu bireylerin cezaevindeki yaşam koşullarını iyileştirerek onlara bu doğrultuda sağlık bakım hizmeti sunabilme becerisine sahip olması gerekir. Bu da ancak, lisansüstü, kapsamlı, özel bir eğitim ile mümkün olabilir.

Yazarın Katkısı

Konu seçimi: LBA, BK; Tasarım: BK; Planlama: LBA, BK; Makalenin yazımı: BK; Eleştirel gözden geçirme: LBA.

Araştırmanın tasarımı: LBA, BK; Veri toplama: BK; Makalenin hazırlanması: BK, Makalenin Nihai Onayı: LBA. Tüm yazarlar makalenin hazırlanmasını onaylamıştır.

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı

Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Çaynak S, Kutlu Y. Bir grup tutuklu ve hükümlünün ruhsal belirtileri, intihar olasılığı ve başa çıkma yolları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016; 17(2):93-98. doi: 10.5455/apd.198596.
2. Karakartal D. Cezaevinde yatan mahkumların ruh sağlıklarının incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Dergisi*. 2019; 1(1): 25-41.
3. Temel AB, Arabacı Z. Hemşireler için geliştirilmesi gereken bir çalışma alanı: Cezaevi ve tutukevi hemşireliği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2020; 20 (19). doi: 10.21560/spcd.vi.539208.
4. Budak M, Türkmenoğlu B, Güler N. Ceza ve tutukevi sağlık hizmetleri; cezaevi hemşireliği. *Socrates Journal Of Interdisciplinary Social Studies*. 2022; 8 (20): 108-122. doi: 10.51293/socrates.287.
5. Birinci M, Bulut T. Covid-19'un sosyo-ekonomik yönden dezavantajlı gruplar üzerindeki etkileri: Sosyal hizmet bakış açısından bir değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2020; 4(1): 62-68.
6. Özer YE, Çolak M. Yoksulluk, dezavantajlı grup ve suç ilişkisine yönelik bir alan araştırması: İzmir kadın sığınma evleri örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2015; 29(3): 479-491. doi: 10.16951/iibd.69943.

7. Yıldırım Aykurt A. 21. Yüzyıl'da sosyal sorunlar ve dezavantajlı gruplar. *Journal of Awareness*. 2020; 5(3): 427-448. doi: 10.26809/joa.5.031.
8. Franke I, Vogel T, Eher R, Dudeck M. Prison mental healthcare: recent developments and future challenges. *Prison Mental Healthcare*. 2019; 32 (4): 342-347. doi: 10.1097/YCO.0000000000000504.
9. Yaşar BN. Reproductive health problems in prisoner women. *Artuklu International Journal of Health Sciences*. 2021; 12-15. doi: 10.29228/aijhs.3.
10. Koçak S. Adli alanda kadın suçluluğunun görünürlüğü üzerine eleştirel bir bakış. *Journal of Society & Social Work*. 2021; 32 (2): 607-621. Doi: 10.33417/tsh.785063.
11. Hammer RM, Moynihan B, Pagliaro EM. *Forensic nursing a handbook for practice*. Baskı 2. Burlington, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2013
12. Gökbel Sönmez S, Subaşı Baybuğa M. Health care needs of juvenile offenders in Turkey. *IAIM*. 2021; 8 (5): 1-22.
13. Şimşek H. Suç yönetimi bağlamında çocuk suçluluğu, cezalandırma sistemi ve eğitim. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*. 2021; 2(1): 93-120.
14. Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü, Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri. 2022 [Erişim tarihi: 12 Aralık 2023]. Erişim adresi: [3102022113329Haber Bülteni - CTE 03.10.2022.pdf \(adalet.gov.tr\)](https://adalet.gov.tr/3102022113329Haber-Bülteni-CTE-03.10.2022.pdf)
15. Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü, Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri. 2023 [Erişim tarihi: 12 Aralık 2023]. Erişim adresi: [22052023101534Haber Bülteni - CTE 22.05.2023.pdf \(adalet.gov.tr\)](https://adalet.gov.tr/22052023101534Haber-Bülteni-CTE-22.05.2023.pdf)
16. Song F, Li R, Wang W, Zhang S. Psychological characteristics and health behavior for juvenile delinquency groups. *Occupational Therapy International*. 2022. doi: 10.1155/2022/3684691
17. Underwood LA, Washington A. Mental illness and juvenile offenders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016. doi: 10.3390/ijerph13020228.
18. Acar B, Yaman ÖM. 21. Yüzyılda yeni bir dezavantajlı grup: Yaşlı hükümlüler. *Turkish Studies Social Sciences*. 2019; 14 (4): 1179-1199. doi: 10.29228/TurkishStudies.23410
19. Haesen S, Merkt H, Imber A, Elger B, Wangmo T. Substance use and other mental health disorders among older prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2019; 20-31. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.10.004
20. Acar B, Çakır G, Bilgetakin Ö, Gülsoy D, Aykı K, Yaman ÖM. İleri yaş hükümlülerin cezaevi deneyimleri ve tahliye sonrası uyum sorunları. *Pamukkale Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2023 (56): 61-78.
21. Loritto C, Völlm B, Denning T. Psychiatric disorders among older prisoners: a systematic review and comparison study against older people in the community. *Aging&Mental Health*. 2018; 22 (1): 1-10. doi: 10.1080/13607863.2017.1286453.
22. Opitz-Walke A, Konrad N, Welke J, Bennefeld-Kersten K, Gauger U, Voulgaris A. Suicide in older prisoners in Germany. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10:154. doi: 10.3389/fpsy.2019.00154.
23. Hayes AJ, Burns A, Turnbull P, Shaw JJ. The health and social needs of older male prisoners. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021; 27(11): 1155-62. doi: 10.1002/gps.3761.
24. Stoliker BE, Galli PM. An examination of mental health and psychiatric care among older prisoners in the United States. *Victims&Offenders*. 2019; 14(4): 480-509. doi: 10.1080/15564886.2019.1608883
25. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 2011. Erişim tarihi: [29.05.2023] Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.html>

26. Çiçekoğlu Öztürk P, Duran S. Hemşirelik öğrencilerinin homofobik tutumu, empatik becerileri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *HUHEMFAD*. 2022;9(2):207-15. doi: 10.31125/hunhemsire.1167331.
27. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM, Sosa-Palanca EM, García-Martínez P, Marmol-López MI. Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22):11801. doi: 10.3390/ijerph182211801.
28. Korkmaz M, Aydın Avcı İ. Halk sağlığı hemşirelerinin LGBT bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmelerindeki rolü. 2nd International Symposium on Innovative Approaches in Scientific Studies. 2018; Samsun, Türkiye. SETSCI Conference Indexing System; 2018. s. 460-466.
29. Beycan Ekitli G, Öztürk Turgut E, Dönmez A. LGBTİQ+ Mültecilerde sağlık gereksinimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2021; 14(1): 77-83. doi: 10.46483/deuhfed.765100.
30. Brömdal A, Mullens AB, Phillips TM, Gow J. Experiences of transgender prisoners and their knowledge, attitudes, and practices regarding sexual behaviors and HIV/STIs: A systematic review. *International Journal of Transgenderism*. 2019; 20 (1): 4-20. doi: 10.1080/15532739.2018.1538838.
31. Van Hout MC, Kewley A, Hillis A. Contemporary transgender health experience and health situation in prisons: A scoping review of extant published literature (2000–2019). *International Journal Of Transgenderism*. 2020; 21 (3): 258-306. doi: 10.1080/26895269.2020.1772937.
32. Donohue G, McCann E, Brown M. Views and experiences of LGBTQ+ people in prison regarding their psychosocial needs: A systematic review of the qualitative research evidence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021. doi: 10.3390/ijerph18179335.
33. Srivastava A, Prost SG, Williams SM. Mental health among lesbian, gay, bisexual and other non-heterosexual adults in United States prisons. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. 2023; 42(31): 27709-27718. doi: 10.1007/s12144-022-03777-6.
34. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington: National center for transgender equality and national gay and lesbian task force. 2011.
35. Kiss L, Quinlan-Davidson M, Pasquero L, Tejero PO, Hogg C, Theis J, Park A, Zimmerman C, Hossain M. Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle income countries. *Conflict and Health*. 2020; 14:11. doi: 10.1186/s13031-020-0254-5.
36. Karakaya S, Kutlu FY. LGBT individuals' opinions about their health care experiences: A qualitative research study. *J Nurs Manag*. 2021; 29(1): 24-31. doi: 10.1111/jonm.13199.
37. Beycan Ekitli G, Çam MO. Bakım sürecinde zorlandığımız alan LGBTİ'ye yönelik bir gözden geçirme. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 8(3): 179-187. doi:10.14744/phd.2017.97659.
38. Dhaliwal K, Hirst S. Caring in Correctional Nursing: A systematic search and narrative synthesis. *Journal of Forensic Nursing*. 2016; 12 (1). doi: 10.1097/JFN.0000000000000097.
39. Polat H, Asi Karakaş S. Adli psikiyatri hemşireliği. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 3 (3): 225-232.
40. Woods P, Peternej-Taylor C. Correctional nursing in Canada's Prairie provinces: Roles, responsibilities, and learning needs. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2022; 54(1): 59–71. doi: 10.1177/0844562121999282.
41. Sánchez-Roig M, Coll-Cámara A. Prison Nursing and its training. *Rev Esp Sanid Penit*. 2016; 18: 110-118. doi: 10.4321/S1575-06202016000300005.

Geriatric Nursing and Standards

Begüm Kırık¹, Emir Avşar², Fatih Özdemir³, Ozan Kabasakal⁴, Hediye Arslan Özkan⁵

Öz

Geriatric nursing is a branch of nursing that continues to improve, protect and improve the health of elderly patients. It is important to meet the care needs of older adults to meet their often challenging, complex physical and mental health needs. Geriatric nursing has important duties and responsibilities to provide evidence-based, effective, qualified, high-quality and professional nursing care. In some countries, the competencies required for duties and responsibilities in the field of elderly care nursing have been determined by relevant organizations and all of them are presented in guides in the form of standards. In Turkey, the authorities, duties and responsibilities of geriatric nursing are defined by associations or institutions related to the field. This compilation; It was discussed in order to emphasize the importance of geriatric nursing, to compare its standards and competencies internationally and to contribute to the literature in this context.

Anahtar Kelimeler: Geriatric, hemşirelik, roller, standartlar

Abstract

Geriatric nursing is a branch of nursing that continues to improve, protect and improve the health of elderly patients. It is important to meet the care needs of older adults to meet their often challenging, complex physical and mental health needs. Geriatric nursing has important duties and responsibilities to provide evidence-based, effective, qualified, high-quality and professional nursing care. In some countries, the competencies required for duties and responsibilities in the field of elderly care nursing have been determined by relevant organizations and all of them are presented in guides in the form of standards. In Turkey, the authorities, duties and responsibilities of geriatric nursing are defined by associations or institutions related to the field. This compilation; It was discussed in order to emphasize the importance of geriatric nursing, to compare its standards and competencies internationally and to contribute to the literature in this context.

Key Words: Geriatrics, nursing, roles, standards

¹**Sorumlu Yazar,** Öğr. Gör. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, begum.kirik@yeditepe.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0092-6538

Arş. Gör. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, emir.avsar@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-0796-6409

Lisans Öğrencisi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, fo780425@gmail.com, ORCID: 0009-0003-5764-1589

Lisans Öğrencisi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ozankabasakal.ok@gmail.com, ORCID: 0009-0006-2435-2467

Prof. Dr. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, hedarslan@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9328-8263

Geliş Tarihi: 3 Mayıs 2024, Kabul Tarihi: 31 Temmuz 2024, Yayınlanma Tarihi: 30 Aralık 2024

Özet açıklama (Summary Statement)**1. Bu konu hakkında bilinenler nelerdir?**

- Geriatri hemşireliği; yaşlı hastaların sağlığını iyileştirmeye, korumaya ve geliştirmeye devam eden yaşlılık boyunca sürececek sağlık süreçlerinde fiziksel ve psikososyal uyum sağlamalarını destekleyen, risk durumlarının önlenmesine ve yönetilmesine yardımcı olan, profesyonel bakım ve eğitim gereksinimlerini karşılayan, rehberlik eden ve liderlik eden bir alt uzmanlık alanıdır.
- Geriatri hemşireliği, uluslararası standartlarda geriatri hemşirelerin rol ve sorumlulukları açıklanmış olup alınabilecek sertifika programları ile ileri uzmanlık alanı sayılmaktadır. Ancak Türkiye’de henüz geriatri hemşireliği ile alakalı Sağlık Bakanlığı onaylı sertifikalı bir program mevcut değildir. Sadece üniversitelerde veya derneklerde mesleki gelişim adına temel geriatri hemşireliği kursları verilmektedir.

2. Bu makalenin sonuçları

- Bu makale ile uluslararası standartlar incelenmiş olup geriatri hemşireliğine dair hemşirelerin sahip olması gereken özellikler ve 12 adet standart belirlenmiştir.

3. Bu makalenin katkıları

- Bu derleme; geriatri hemşireliğinin önemini, rollerini, sorumluluklarını ve yeterliliklerini belirli standartlarla açıklayarak, yasal olarak düzenleme sürecine katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Giriş

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişiden oluşmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2’ye yükseldiği görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2023 yılında yayınladığı “İstatistiklerle Yaşlılar” bölümünde, nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağını öngörmektedir.¹ Türkiye’de yaşlı nüfus oranındaki bu hızlı artış, yaşlı bakımıyla ilgili çeşitli problemleri de beraberinde getirmektedir.² Yaşlı bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarının artması, bu hizmeti sunacak sağlık profesyonellerine olan talebi de artırmaktadır. Yaşlı bakımı, farklı disiplinlerden uzmanların bir araya gelerek oluşturduğu interdisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir.³ Bu ekipte hemşireler, kritik bir rol üstlenmektedir. Hemşireler, yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için kapsamlı bakım planları geliştirmek ve uygulamakla sorumludur.⁴⁻⁶

Geriatri, yaşlılarda hastalıkların tedavisi ve sağlık durumlarının yönetimi ile ilgilenen tıp biliminin bir alanıdır. Yaşlılık bilimi olarak da adlandırılır ve yaşlı bireylerin iyi olma halini, refahlarını arttırmak için bütüncül öğretiler sunmayı amaçlar.⁷ Geriatri hemşireliği ise, yaşlı bireylere bütüncül bir yaklaşım sergileyerek bakım veren ileri düzey hemşirelik alanı olarak kabul edilmektedir.⁸ Yaşlı hastaların sağlık durumunu iyi hale getirmek, mevcut iyilik halini korumak ve refah düzeylerini arttırmak adına birçok rol ve sorumlulukları vardır.⁹ Geriatri hemşireleri, hastalıkların engellenmesi, sağlığın sürdürülmesi ve iyileştirilmesinde eğitim,

rehberlik/danışmanlık, kanıta dayalı profesyonel bakım, araştırma ve bilimsel bilgi üretimi, bakım maliyetlerinin azaltılması ve toplum sağlığının ve memnuniyetinin artırılması görevlerini üstlenerek kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasına katkı sağlar.⁸⁻¹⁰

Geriatric hemşireliği; yaşlı hastaların sağlığını iyileştirmeye, korumaya ve geliştirmeye devam eden yaşlılık boyunca sürecek sağlık süreçlerinde fiziksel ve psikososyal uyum sağlamalarını destekleyen, risk durumlarının önlenmesine ve yönetilmesine yardımcı olan, profesyonel bakım ve eğitim gereksinimlerini karşılayan, rehberlik eden ve liderlik eden bir alt uzmanlık alanıdır. Amerika, Kanada, Fransa, Almanya, Japonya ve Çin gibi ülkelerde geriatric hemşireliği alanında uzmanlaşmak için yüksek lisans programları bulunmaktadır. Ek olarak Amerika, Kanada, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde, geriatric hemşirelik sertifika programları aracılığıyla bu alanda uzmanlık kazanmak da mümkündür. Diğer ülkelerden farklı olarak henüz geriatric hemşireliği ile alakalı Sağlık Bakanlığı onaylı sertifikalı bir program mevcut değildir. Sadece üniversitelerde veya derneklerde mesleki gelişim adına temel geriatric hemşireliği kursları verilmektedir.

Bu derleme; geriatric hemşireliğinin önemini, rollerini, sorumluluklarını ve yeterliliklerini belirli standartlarla açıklayarak, yasal olarak düzenleme sürecine katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

GELİŞME

Geriatric Hemşireliği'nde Uluslararası Çerçevde Yeterlilik ve Çalışma Koşulları

Amerika Birleşik Devletleri

Amerika'da geriatric hemşiresi olmak isteyen kişilerin ilk olarak dört yıllık Hemşirelik Lisans Programını (Bachelor of Science in Nursing/BSN) başarıyla tamamlamış olması gerekmektedir. Daha sonra aday hemşire İngilizce 'de B2-C1 seviyesine ulaşmalıdır. Amerika'da birçok eyalet, aday hemşirenin dil yeterliliğini kanıtlamak için IELTS, TOEFL, OET gibi sınavlardan gerekli puanın belgelenmesini istemektedir. Bunların yanı sıra aday hemşirenin bulunduğu eyaletin yeterlilik (National Council Licensure Examination-Registered Nurse/NCLEX-RN) sınavından da yeterli puanı alması gerekmektedir. Bu aşamaları tamamlayan aday hemşire, lisanslı hemşire (Registered Nurse) ünvanı alır.

Daha sonrasında Hemşirelikte Yüksek Lisans (Master of Science Nursing-MSN) ya da Hemşirelik Uygulamaları Doktoru (Doctor of Nursing Practice-DNP) veya İleri Düzey Uygulama Hemşiresi (Advanced Practice Registered Nurse-APRN) olarak Geriatric Hemşireliğinde kariyer basamaklarını çıkabilir. Geriatric İleri Düzey Uygulama Hemşiresi olarak iki ana yol vardır.

- 1) Geriatric Nurse Practitioner (Pratisyen Geriatri Hemşiresi): Pratisyen geriatri hemşireleri yaşlı yetişkinler için öncelikli bakım sağlayıcılarıdır. Hastaları değerlendirir, teşhis koyar ve reçete yazabilir. Ayrıca bakım verebilmek için bakım tesislerindeki hastaları ziyaret ederler.
- 2) Geriatric Clinical Nurse Specialists (Geriatrik Klinik Hemşire Uzmanları): Geriatrik Klinik Hemşire Uzmanları, geriatrik hastalara ileri düzey bakım verirler. Hasta güvenliğini ve hemşirelik bakımını geliştirmek için lider olarak çalışırlar.

Geriatri hemşiresi olarak çalışabilmek için herhangi bir sertifikaya ihtiyaç olmasa da bu alanda eğitim almak iyi olacaktır. Bu eğitim, hemşirenin o alana karşı duyduğu ilgiyi, emeği gösterir ve işverenlerin perspektifinde öne çıkmayı sağlayarak iş olanaklarını arttırabilir.

Amerikan Hemşireler Yeterlilik Merkezi (The American Nurses Credentialing Center-ANCC) Gerontolojik Hemşirelik Sertifikası sunmaktadır. Bu sertifikayı almak için Lisanslı Hemşire (Registered Nurse-RN) olmak gereklidir. Diğer kriterler şu şekildedir;

- 1) En az iki yıl tam zamanlı Lisanslı Hemşire (Registered Nurse-RN) olarak çalışmak,
- 2) Son üç yılda gerontoloji hemşireliği alanında en az 2000 saat klinik deneyime sahip olmak,
- 3) Son üç yıl içerisinde gerontoloji hemşireliği alanında en az 30 saat eğitim almış olmak.

Aynı zamanda sertifika için sınavı başarıyla geçmek gerekmektedir. Sertifikanın geçerlilik süresi beş yıldır. Yenilemek içinde 75 saatlik sürekli eğitim kredisine ihtiyaç duyulmaktadır.¹¹

Almanya ve Fransa

Almanya ve Fransa'da geriatri hemşiresi olma süreci daha farklı ilerlemektedir. Almanya ve Fransa'da geriatri hemşiresi olabilmek için kursa katılmak gerekmektedir. Bu kurs, teorik ve uygulamalı derslerden oluşmaktadır. Kursu katılabilmek için gerekli şartlar:

- 1) Orta düzey eğitim yeterliliği (örneğin ortaokul diploması veya 10 yıllık okul eğitimi),
- 2) Geriatri veya hemşirelik asistanlığı eğitimini tamamlamak.

Eğer bu gereklilikler yerine getirilebiliyorsa, geriatri hemşireliği kursuna katılmaya hak kazanılmaktadır. Bu eğitim üç yıl sürmektedir ve bu süreçte her ay stajyer maaşı alınmaktadır.

Üç yıllık süre içerisinde kursa başlayan öğrenciler huzurevlerinde veya uzun süreli bakım ortamlarında staj yapmaya başlamaktadır. Kurs sırasında öğrenciler geriatrik bakım, ilaç yönetimi, hasta güvenliği ve yaşlı hastaların bakımları ile alakalı önemli konularda eğitim alırlar. Ayrıca öğrenciler ilaç uygulama, kişisel bakım sağlama, hastanın yaşam bulgularını izleme gibi çeşitli görevlerde deneyim kazanabilirler. Kursu başarı ile tamamlayabilmek için yazılı, sözlü ve uygulamalı olmak üzere üç ayrı sınavı başarı ile tamamlamak gerekmektedir.

Yazılı ve sözlü sınavı geçtikten sonra uygulamalı sınavda iki uzmanın gözetimi altında bakıma muhtaç yaşlı hastaya bakım vermesi istenir. Kursiyer, bu uygulama sınavını da başarı ile tamandıktan sonra ulusal alanda tanınmış eğitim sertifikasını almaya hak kazanarak mezun olur. Geriatri alanında uzmanlaşan hemşirelere, ‘Özel Mesleki Ünvan’ (Special Profession Title) verilir. Bu ünvan sadece lisans derecesinde hemşireliği olan ve geriatri alanında uzmanlaşan hemşirelere verilir. Ayrıca geriatride özel uzmanlığa sahip hemşireler ‘Özel Mesleki Yeterlilik’ (Special Profession Title) dediğimiz sertifikaya da sahip olabileme şansları da vardır. Bu yeterlilik geriatride ek eğitimleri başarı ile tamamlamış lisans mezunu ve sertifikalı hemşireler için geçerlidir. ‘Özel Mesleki Ünvan’ ve ‘Özel Mesleki Yeterlilik’ sertifikalarına sahip hemşireler bir yıllık ek uzmanlık alma hakkına sahip olurlar.

Buradaki sertifikaların belirli bir geçerlilik süresi yoktur. Geçerliliğin sürdürülebilmesi için her dört yılda en az 60 saatlik sürekli eğitimin bulundurulması gereklidir. Buna ek olarak hemşireler, son dört yıl içerisinde bir geriatri servisinde en az 1.500 saat çalıştığını kanıtlayabilmelidir.¹²

Çin

Çin üniversitelerinde ne kadar İngilizce eğitimler olsa da üniversitelerin büyük bir bölümü Çince eğitim vermektedir. Çince dil yeterliliğini belgelemek için HSK (Hanyu Shuiping Kaoshi) dil yeterlilik sınavından dört puanın üstünde alınması gerekmektedir. Nitelikli bir hemşire olmak için Ulusal Hemşirelik Lisans Sınavlarından (NNLE) yeterli puanın alınması gerekmektedir. Geriatri hemşiresi olmak için ise ilgili eğitim kurumlardan GNS (Gerontoloji Hemşiresi Uzmanlığı) eğitimi alınmalıdır.¹³

Japonya

Günümüzde Japonya’daki hemşirelik personeli halk sağlığı hemşireleri, ebeler, hemşireler ve hemşire yardımcıları olmak üzere kategorize edilir. Japonya’da halk sağlığı hemşiresi, ebe veya hemşire olabilmek için müfredata uygun bir eğitim kurumunda gerekli müfredatı tamamlaması, yılda bir kez girilebilen ulusal sınavın geçilmesi ve Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı tarafından verilen lisansın alınması şarttır.

Hemşire olabilmek için üç yıllık temel hemşirelik eğitimi alınması gerekmektedir. Japon vatandaşı olmayan hemşire personelinin de Japonya’da hemşirelik yapabilmesi için Japonya’nın ulusal hemşirelik sınavına girmesi gerekmektedir. Japonya’da halk sağlığı hemşirelerinin, ebelerin, hemşirelerin ve hemşire yardımcılarının nitelikleri kanunla belirlenirken uzman hemşirelerin sertifikasyonları kanunla belirtilmemiştir. Bir hemşirenin sertifikalı uzman hemşire olabilmesi için ulusal bir lisans aldıktan sonra yüksek lisans programını tamamlar ve belirli bir süre klinik deneyim kazanır, ardından JNA’nın (Japanese

Nursing Association) yeterlilik sınavını geçerek CNS (Clinical Nurse Specialist) olarak sertifikalandırılır. Japonya’da gerontoloji hemşiresi olmak isteyen bir kişinin beş yıllık klinik bir deneyimin ardından yüksek lisansını da gerontoloji hemşireliği dalında tamamlaması gerekmektedir. Hemşirelik lisansı tek seferlik ve ömür boyu geçerli iken sertifikalı uzman hemşirelerinin beş yılda bir sertifikalarını güncellemeleri gerekmektedir. Bu yüzden sertifikalı uzman gerontoloji hemşirelerinin beş yılda bir temel yeterlilikleri bazı hemşirelik dernekleri tarafından ölçülmektedir.¹⁴

Türkiye

Türkiye’de geriatri hemşiresi olmak için dört yıllık Hemşirelik Lisans Programı’nın başarıyla tamamlanması gerekir. Kamuda çalışmak isteyen hemşirelerin Kamu Personel Seçme Sınavı (KPSS) sınavından yeterli puanı alarak atanması gerekmektedir. Özel sektörde çalışmak isteyen kişilerin ise belirli mülakatlar eşliğinde işe alınarak iş deneyimi elde etmesi faydalı olacaktır. Bu alanda uzmanlaşmak isteyen hemşireler, müfredata uygun bir üniversiteden Geriatri Hemşireliği alanında yüksek lisans yapabilir. Tüm bu aşamaları tamamlayan hemşire Uzman Geriatri Hemşiresi ünvanını alır.¹⁵ Türkiye’de Geriatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı, Ege Üniversitesi’nde başlamıştır.¹⁶ Fakat diğer ülkelerden farklı olarak henüz geriatri hemşireliği ile alakalı Sağlık Bakanlığı onaylı sertifikalı bir program mevcut değildir. Sadece üniversitelerde veya derneklerde mesleki gelişim adına temel geriatri hemşireliği kursları verilmektedir. Bu sertifika programlarına örnek olarak Koç Üniversitesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından “Gerontoloji Hemşireliği Kursu”, koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici girişimlerle yaşlı bireyin fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal olarak güçlenmesini sağlayan; kuramsal ve kanıta dayalı bilgileri kullanarak, yaşlı ve ailesine sağlık hizmeti veren; koruyucu sağlık hizmetleri konusunda toplum sağlığına duyarlı olan; insan hakları ve onuruna saygı gösterip mevzuat, mesleki değerler ve etik ilkelere uygun davranma becerilerine sahip olan gerontoloji hemşireleri yetiştirmek amacıyla 16 saat teorik eğitimden oluşan bir kurs açılmaktadır. Bu kursun sonunda, beş yıl geçerli olan başarı belgesi verilmektedir.¹⁷ Benzer şekilde Geriatri Hemşireliği Derneği tarafından 2022 yılında “Temel Geriatri Hemşireliği Kursu” açılmıştır.¹⁸

Geriatric Hemşireliğine İlişkin Kuruluşlar:

Geriatri hemşireliğine ilişkin ulusal ve uluslararası birçok kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Ulusal kapsamda Geriatri Hemşireliği Derneği mevcuttur. Uluslararası kapsamda ise; Ulusal Gerontoloji Hemşireliği Derneği (National Gerontological Nursing Association-NGNA), Kanada Gerontoloji Hemşireliği Derneği (Canadian Gerontological Nursing Association),

Uluslararası Geriatri ve Gerontoloji Derneği (International Association of Gerontology and Geriatrics) mevcuttur.

Bu organizasyonların ortak hedefi, geriatri hemşireliğinin ilerlemesini teşvik etmek ve yaşlı bireylerle çalışan hemşireler arasındaki mesleki iletişimi ve sosyal dayanışmayı desteklemektir. Geriatri hemşirelerinin rolleri, yetkileri ve yükümlülüklerinin tanımlanmasına katkıda bulunarak özel bir hemşirelik alanı olan geriatri hemşireliğinin gerekliliklerini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık durumunu korumak, iyileştirmek ve yaşam kalitelerini artırmak için hemşirelerin rol ve görevlerini güçlendirmek amaçlanmaktadır.¹⁹

Geriatric Hemşirelerinin Çalışma Alanları

Geriatric hemşireleri; hastaneler, huzurevleri, rehabilitasyon merkezleri, yaşlı bakım merkezleri, emekli toplulukları ve hasta evleri gibi birçok çeşitli alanlarda ve merkezlerde çalışabilirler.²⁰ Geriatric hemşireleri çoğunlukla doktorlar, sosyal hizmet uzmanları, hemşire yardımcıları, fiziksel ve mesleki terapistler ve diğer bakım profesyonelleri ile kollobratif çalışan, yaşlı bireylere bakım ve tedavi hizmeti veren bir takımın parçasıdır.²¹

Geriatric hemşireleri rehabilitasyon ve uzun dönem bakım merkezlerinde, birincil değerlendirmeden bakım planının gelişimi, uygulanması ve değerlendirilmesi konularını yönetir. Ayrıca yönetim, eğitim ve liderlik rollerini de üstlenirler. Ek olarak, uygulama ortamlarına göre bazı geriatric hemşireleri palyatif bakım, ruhsal sağlık, ağrı yönetimi veya ortopedi gibi alanlarda daha fazla uzmanlaşma şansına sahiptirler.²² Alanların sayıca çeşitliliğinin fazla olması sebebi ile her bir geriatric hemşiresi, kendine uygun alanı ve ortamı seçebilmektedir. Bu durum hemşireye daha fazla esneklik sunmaktadır.

Geriatric Hemşirelerinin Sahip Olması Gereken Özellikleri

Geriatric hemşirelerinin sahip olması gereken özellikler literatür taraması yapılarak sıralanmıştır,²³⁻²⁷

İletişim Becerileri: Herhangi bir alanda uzmanlık yapmak isteyen bir hemşire için iletişim en temel becerilerden biridir; ancak yaşlı nüfusun bakımı sırasında iletişim daha fazla önem kazanmaktadır. Çoğu yaşlı hastalar yaşlanma sürecine bağlı olarak ya da kronik hastalıkların bir sonucu olarak görme, duyma ve hafıza kayıpları ile mücadele ederler. Bu zorluklar yaşlılar ile iletişim kurmayı daha da güçleştirir. Geriatric Hemşiresi onlar ile konuşurken daha yüksek ses tonu ile konuşmalı, konuşurken aynı zamanda el-kol hareketleri ile konuşmasını desteklemelidir. Örneğin; görme ile alakalı bir sorun yaşayan hasta ise büyük yazılı materyaller kullanarak yaşlı hasta ile hemşire arasında sağlıklı bir iletişim kurulabilir. Bir geriatric hemşiresi olarak yaşlı hastaların anlayabilecekleri bir açıklama yapmak oldukça önem arz etmektedir.

Onlarda var olan endişeyi dinlemek de eşit şekilde önemlidir. İletişimdeki kısıtlamalar, hasta bakım ihtiyaçlarının yerine getirilmesine engel olabilir ve genel sağlık durumunda bozulmalara yol açabilir. İletişime öncelik vermek hasta için olumlu hedeflere ulaşmada geriatri hemşiresine iyi hizmet edecektir.

Empati ve Şefkat: Bu iki duygu geriatri hemşirelerinde mutlaka olması gereken hassas duygulardır. Empati ve şefkat; yaşlı hastalar ile çalışırken, onların hem sağlığı hem de mutluluğu için hayati derecede öneme sahiptir. Yaşlı insanlara bakım vermek fiziksel ve mental anlamda yorucu olabilir. Bir geriatri hemşiresinin, yaşlı hastaların karşılaştığı zorluklar karşısında empati yapması ve onlara şefkatle yaklaşması çok önemlidir. Empati; sempati olmadığı gibi, yaşlıların yaptıklarını görmek, duymak, hissetmek için hemşirenin onların yerine kendini koymasına dayanır. Şefkatli bakım, yaşlı hastaların kendilerini hasta hissettikleri, zihinsel ve duygusal anlamda mücadele ettikleri ve ağrısı olduğu zamanlarda daha rahat hissetmelerine yardımcı olur. Bir geriatri hemşiresi, empati ve şefkat gösterdiği zaman, hastalara yaşlanma ile gelen zorluklarla mücadele edebilmeleri için ihtiyaç duyduğu desteği sağlayabilir.

Bağlanma ve Etkileşim Kurma Becerisi: Geriatri alanında çalışan hemşirelerin yaşlı hastalar ile bağlantı kurması, sürekli bir etkileşim halinde olması gereklidir. Çünkü orada yatan yaşlı hastaların farklı hayat hikayeleri ve hayattan kazandıkları tecrübeleri vardır. Etkileşim halinde kalmak onların hayat kalitesini artırdığı gibi, yaşlıların anlattıkları hayat hikayeleri de hemşirelere yol gösterebilir. Sadece bulunduğu ortamda ilaç tedavisinin yapılması yeterli değildir. Sağlıklı olan yaşlı bireylere kaldıkları huzurevi gibi kurumlarda hasta gözü ile bakılmamalıdır. Onlarla sohbet ederek, derinlemesine hayat öykülerini dinleyerek, etkileşim kurarak ve uygun iletişim teknikleri kullanılarak hareket edilmelidir.

Demans Belirtilerini Tanıyabilmek: Demans, eşyaların yerlerini hatırlayamamadan, verilen talimatları yerine getirmeyi unutmaya ve hatta aile bireylerini hatırlayamamaya kadar geniş yelpazede belirtiler göstermektedir. Ancak demansın belirtileri yaşla ilişkili olarak kendini gizleyebilir ve gözden kaçabilir. Yaşlı bireylerde demansın belirtilerini erkenden belirleyebilmek, sürecin yavaşlamasına ve sonuçların iyileşmesine yardımcı olabilir. Demanslı bir hastanın bakımında gerekli bilgi ve becerileri iyi bir şekilde bilmek ve bilgileri her zaman güncel tutmak yaşlı hastaların bağımsızlıklarını daha uzun süreler boyunca sürdürmesine olanak sağlar.

Sabır: Yaşlıların hareketleri, iletişim kurması, yemek yemesi, kendi kendine giyinmesi gibi özbakım ve günlük yaşam aktiviteleri, hemşireye nazaran daha yavaştır. Bu nedenle tedavi ve bakım sırasında hemşirenin sabırlı olması çok önemlidir. Yaşlı bireylerin bu konularda yavaş

kalması durumunda, hemşirenin onu acele etmeye itecek ifadeler kullanması, kişiyi hayal kırıklığına uğratabilir. Hastaya ek süreler vermek ya da onun hızına göre hareket etmek, hasta sonuçları açısından daha olumlu olacaktır. Böylelikle yaşlı bireyler var olan yeteneklerini daha uzun süre koruyabilirler.

Uyum ve Esneklik: Yaşlanma sürecindeki değişimlerle başa çıkabilmek için hemşireler, uyum sağlama ve esneklik yeteneklerini geliştirmelidir. Yaşlı hastaların ihtiyaçları sürekli olarak değişebilir. Geriatri hemşiresinin sahip olduğu bu beceriler yaşlıların değişikliklerine ayak uydurulmasına ve uygun bakımın sağlanmasına yardımcı olur. Yaşlıların ruh hâli bazı durumlarda anlık değişimler gösterebilir ve bu durumda hemşire uyum sağlamakta güçlük çekebilir. Onların talep ve gereksinimlerini karşılama konusunda adaptasyon yeteneği, onlarla etkili bir iletişim kurmak için son derece kritik bir beceridir.

Geriatric Hemşireliği Standartları

Gerontoloji, yaşlanmayı ve yaşlı bireyleri kapsamlı ve multidisipliner bir şekilde bakım sunmak için fiziksel, zihinsel ve sosyal perspektifleri bütünleştirmektedir. Geriatri hemşiresinin bu ekipte yer alarak holistik bir bakım sağlaması için standartlar ise;²³⁻²⁷

Standart 1- Yaşa bağlı değişiklikleri bilir ve yönetir:

- Yaşa bağlı olarak fiziksel, sosyal, ekonomik ve ruhsal sağlıkla alakalı değişiklikleri fark edebilir.
- Yaşlı bireylerde gelişebilecek akut hastalığın atipik veya spesifik olmayan durumlarını tanıyabilir ve bunlara zamanında müdahale edebilir.
- Yaşlı bireylerde, akut/kronik hastalık dönemlerinde fiziksel veya bilişsel düşüş ve kondisyon kaybı riskini fark edebilir.
- Düşme ve kondisyon kaybı risklerini azaltmak için yaşlılardaki olağan işlevleri (hareketlilik ve beslenme) destekler.

Standart 2- Yaygın geriatric sendromları tanımlar ve müdahale eder:

Düşme durumunda:

- Bireysel düşme riski faktörlerini belirler, önler ve yönetim planı geliştirir.
- Düşme olaylarında ilk olarak akut hastalık ve travma açısından müdahalede bulunur, gerektiğinde acil veya tıbbi destek için gerekli kuruma sevk eder.
- Düşmeyi önleme ve yönetme planını yeniden gözden geçirir ve günceller.

Vücut ağırlığı açısından zayıflık durumunda:

- Zayıflığın risk faktörlerini belirler.
- Kontrol edilemeyen zayıflığın yüksek mortalite ve morbiditeye neden olabileceğinin bilincindedir.

- Zayıflık sürecinin ilerlemesini önlemek veya azaltmak için hasta merkezli bakım planı geliştirir.
- Gerekli olduğu zaman multidisipliner takımın diğer üyelerine yönlendirir.

Zihinsel sağlığın değerlendirilmesi ve yönetimi durumunda:

- Deliryum, demans ve depresyonun ayırımı yapabilir.
- Kişinin çeşitli fizyolojik veya bilişsel ve sosyal nedenler ile normal davranışlarından sapmalar olduğunu fark edebilir.
- Ortaya çıkan yeni semptomların teşhisi için diğer ekip üyeleri ile iletişime geçer.

Standart 3- Çoklu kronik hastalıkları yönetir:

- Birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı kişilerle çalışırken, bireylerin temel endişelerini, amaçlarını, tahminlerini ve tedaviye/kontrole katılma yeteneğini ve/veya isteğini göz önünde bulundurarak dengeli bir yaklaşım benimser.
- Her bir kronik sorun için birbirleriyle çelişen tedavilerin zarar verme potansiyellerini tanır.
- Birden çok kronik hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin farkındadır.
- Çoklu kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için hastanın öz yönetimine izin verir.

Standart 4- Yaygın yaşlanma sorunlarını bilir:

- Yaşlanmanın yaygın sorunlarını (İnme, parkinson hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip 2 diabetes mellitus, osteoporoz, kanser, kalp yetmezliği) patofizyolojisini, tedavisini, bakımını ve yönetim seçeneklerini bilir.
- İlerlemiş hastalığı tanımlar.
- Yaşlı yetişkin veya onun ailesiyle birlikte palyatif bakım yöntemlerini araştırır ve yönlendirir.

Standart 5- Sağlık ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için semptomlara yönelik temel bakımı yönetir:

Konstipasyon:

- Konstipasyonun şiddetini ya da gelişme riskini değerlendirir.
- Konstipasyonun potansiyel nedenlerini belirler ve hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan müdahaleleri kullanarak hasta merkezli bakım planı geliştirir.

Üriner inkontinans:

- Yaşlı hastalar için üriner inkontinansın önemini, tipini ve derecesini değerlendirir.
- Farmakolojik ve non-farmakolojik müdahalede bulunmak için hasta merkezli bakım planı hazırlar.
- Uygun perine bakımını vererek, komplikasyonların gelişmesini önler.

Ağrı:

- Ağrının türünü, şiddetini, lokalizasyonunu ve neden olan faktörleri belirler ve sorunu yönetmek için hasta merkezli bir bakım geliştirir.
- Optimum ağrı yönetimini sağlamak için farmakolojik olmayan ve reçeteli farmakolojik müdahaleleri kullanır.
- Aniden şiddetli şekilde başlayan ve/veya müdahalelere rağmen uzun süredir geçmeyen ağrılar için ilgili birimlere yönlendirir.

Cinsellik örüntüsünde bozulma:

- Cinselliği sürdürme arzusunun yaşlılıkta da devam ettiğini kabul eder.
- Huzurevine geçişle birlikte gelişebilen yalnızlık ve tatmin edilmemiş cinsel arzu potansiyelini kabul eder.
- Yaşlılarda da görülebilen cinsel yönelim çeşitlerine saygı gösterir.

Standart 6 – Uygun iletişim tekniklerini kullanır:

- Aşağılamadan saygılı ve sabırlı şekilde bir iletişim kurar.
- Yaşlı hastalarla kurabileceği sözlü veya sözsüz iletişim tekniklerini bilir.
- Aktif dinleme, yeniden ifade etme, gürültüyü en aza indirme ve duyuusal becerileri kullanma gibi etkili iletişim tekniklerini kullanır.
- Problemleri davranışlar sergileyen veya karmaşık iletişim kuran yaşlı yetişkinlerin bireysel ihtiyaçlarına uygun şekilde iletişim kurmayı sağlar.
- Yaşlı yetişkin hastaların sağlık bilgileri ve tedavi önerilerini anlayıp anlamadıklarını kontrol etmek için açık uçlu sorular sorar.

Standart 7- Sağlıkla ilgili karar almayı destekler:

- Tedavinin ve bakımın potansiyel risklerini ve faydalarını açıklar.
- Mevcut ve gelecekteki olası sağlık durumlarını/hastalığın ilerleyişini net bir şekilde sunar.
- Tedavi ve bakım beklentilerini yönetir.
- Yaşlı yetişkinlerin sağlık ihtiyaçlarına ve hedeflerine uygun kanıta dayalı tarama ve sağlık bakımı müdahaleleri almalarını savunur.
- Tedavinin kronolojik yaşa göre değil, sağlık durumuna göre yapılmasını savunur.
- Bilişsel olarak engelli yaşlı yetişkinleri bakımlarıyla ilgili kararlara sık sık dahil ederek bağımsızlıklarını destekler.
- Karar verme veya ifade etme yetisinden yoksun yaşlı yetişkinler adına verilmesi gereken kararlara yardımcı olmak için; yaşlı yetişkinlerin daha önce ifade ettiği görüşlerini, ileri bakım planlarını, aile ve/veya avukat bilgilerini ve klinik bilgilerini kullanır.

- Yaşlı yetişkinlerin ve ailelerinin sağlıkla ilişkili kararları verirken en iyi bilgilere sahip olmalarını, kendi sağlıklarına ve refahlarına en uygun seçimi yapabilmelerini sağlar.

Standart 8- Palyatif yaklaşımı ve yaşam sonu bakım uygulamalarını bilir:

- Ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğunu anlar.
- Sağlık hizmetlerine ilişkin gerçekçi beklentiler geliştirmek için yaşlı yetişkinler ve aileleriyle birlikte çalışır.
- Öngörülebilir semptomlar ve yaşam sonu için planlama yapmalarına yardımcı olur.
- Sadece yaşam süresini uzatmaya değil, yaşlı yetişkinler tarafından tanımlandığı şekilde yaşam kalitesini artırmaya odaklanır.
- Yaşam sonu semptomlarını yönetmek için standartlaştırılmış değerlendirme araçlarını ve yöntemlerini kullanır.
- Yaşlı yetişkinlerin yaşamlarının son aşamalarında mümkün olduğunca rahat bir şekilde yaşamalarına yardımcı olur.

Standart 9- Multidisipliner ekiple uyum içerisinde çalışır:

- Multidisipliner ekip yaklaşımının yaşlı yetişkinlerin etkili bakımı için temel olduğunu bilir.
- Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki sağlık profesyonellerini içeren multidisipliner ekiplerle ilişkiler kurar ve etkili bir şekilde çalışır.
- Fizyoterapist, diyetisyen, konuşma ve dil terapisti gibi multidisipliner ekiplerin belirli üyelerine nasıl, ne zaman ve neden başvurulacağını bilir.
- Sağlığı korumak ve geliştirmek için bakımı koordine eder.
- Uygun ve zamanında sevk işlemlerini başlatır.
- Yaşlı yetişkinlerin ihtiyaç duydukları tüm bakımı kapsamlı ve koordineli bir şekilde almalarını sağlar.

Standart 10- Bakım geçişlerini yönetir:

- Bakım geçişlerinin (hizmetler arasında) yaşlı yetişkinler için yüksek riskli faaliyetler olduğunu kabul eder.
- Hizmetler arasında kanıta dayalı bir devir teslim süreci kullanır.
- Tanı, tedavi ve bakım planı basamaklarını zamanında, eksiksiz ve uygun bir şekilde sürdürür.
- Bakım geçişlerini olabildiğince sorunsuz ve güvenli hale getirerek, yaşlı yetişkinlerin ihtiyaç duydukları bakımı kesintisiz almalarını sağlar. Bu bağlamda; kapsamlı bilgi paylaşımını net ve koordineli bir şekilde gerçekleştirir.

Standart 11- Aktiviteyi destekler:

- Yaşlı bireyin istek ve ihtiyaçlarına özel fiziksel, sosyal ve boş zaman aktivitelerini belirler ve uygulamak için destekler.
- Yaşlı bireylerdeki yalnızlık, çaresizlik gibi duygularını tespit eder ve bu sorunları ele almak için iş birliği içinde çalışır.
- Yaşlı bireylerin kendileri için anlamlı olan bir şekilde katkıda bulunmalarını sağlar.
- Yaşlı bireyin ruhsal, entelektüel, mesleki, duygusal ve çevresel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurur ve mümkün olduğunca bu konuda sosyal aktiviteler planlar.

Standart 12– Bakım konusunda liderlik eder:

- Yaşlı bireylere yönelik en iyi uygulama ve bakım konusunda sağlık ekibine rol model olur ve beklentilerini belirler.
- Tespit ettiği eksikliklerin giderilmesi için sağlık ekibi üyelerine eğitim/destek sağlar veya bunlara erişim imkânı sunar.
- Yaşlı bireylere en yüksek kalitede bakımı sunmak için sağlık ekibinin bilgi ve becerilerini geliştirir.

Sonuç

Geriatri ve gerontoloji hemşireliği yaşlı hastalara bütüncül bir bakım sağlayarak sağlıklarının iyileştirilmesine ve geliştirilmesine yardımcı olur. Ayrıca, yaşlı bireylere bakım eğitimleri sunarak, onların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine destek olurlar. Sağlıklı ve huzurlu bir yaşlılık geçirmek adına geriatri hemşirelerine büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Dünya genelinde geriatri hemşirelerinin görevleri ve sorumlulukları standart hale getirilmiş ve gereken yetkinlikler rehberlerde belirtilmiştir. Türkiye’de geriatri hemşireliği için belirlenmiş rol ve sorumluluklarla ilgili görev tanımları ve standartlar bulunmamaktadır. Sadece Türkiye’deki çeşitli üniversitelerde derslerin içeriğinde rol ve sorumluluklarına ilişkin birkaç maddede verilmiştir. Sonuç olarak; geriatri hemşireliği, ilerlemelere uygun bir şekilde görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, bu çerçevede yönetmeliklerin güncellenmesi ve yasal hale getirilmesi, klinik alanda bu yetkilendirmenin etkin bir şekilde uygulanmasına yönelik önemli bir adım olacaktır. Ayrıca geriatri hemşireliği alanında sertifika programları ile uzmanlaşma olanağının sağlanabilmesi, bu uzman hemşirelerin görevleri, yetkileri ve sorumluluklarının yasal olarak düzenlenmesi önem arz etmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır

Kurumsal ve Finansal Destek: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Fikir: BK, EA, Tasarım: BK, EA, HAÖ, Gözetim: HAÖ, Araç gereç: BK, Veri toplama ve işleme: FÖ, OK, Analiz ve yorumlama: FÖ, OK, Literatür tarama: BK, EA, FÖ, OK, Yazma: BK, EA, FÖ, OK, Eleştirel inceleme: HAÖ. Tüm yazarlar makalenin hazırlanmasını onayladı.

Etik Kurul İzni: Bu makalenin yazımı aşamasında herhangi bir kurumdan etik onay alınmamıştır.

Kaynaklar

1. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 [Internet]. 2024. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710>.
2. Eser B, Küçük Aksu S. Yaşlanan Nüfus, Sorunlar ve Politikalar: Türkiye İçin Bir Değerlendirme. Gümüşhane Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Elektron Derg [Internet]. 2021;12(2):541–56. <https://orcid.org/0000-0003-2623-2822>.
3. Ün Yıldırım N, Demirdel S, Hasgül E, Koç N. Yaşlı Sağlığında Multidisipliner Yaklaşım ve Müdahale Eğitim Programı'nın Geriatri Alanında Ekip Çalışmasına Yatkınlık ve Meslek Bilincine Etkisi. Geriatr Bilim Derg. 2023;6(2):81–93.
4. Genç B, Açıkgöz EN, Çelik M, Koç A, İnkaya Vardar B. Türkiye'deki Hemşirelik Bölümlerinde Lisans ve Lisansüstü Eğitimde Verilen Geriatri Hemşireliği Dersinin İncelenmesi. Med Res Rep. 2022;5(1):43–50.
5. Kalyoncuo S, Tekinsoy Kartın P. Aktif Yaşlanma ve Hemşirelik Bakımı. ERÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2021;8(1):26–32.
6. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N, et al. Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. Int J Integr Care. 2021;21(1):1–21.
7. Türkbeyler IH, Öztürk ZA, Göl M, Abiyev A, Kaya B, Atakur S, et al. What is Geriatrics? Geriatrics or Older Adults Health and Diseases? Eur J Geriatr Gerontol. 2019;1(2):51–5.
8. Sillner AY, Madrigal C, Behrens L. Person-centered gerontological nursing: An overview across care settings. J Gerontol Nurs. 2021;47(2):7–15.
9. Ilgaz A, Gozum S. Advancing Well-Being and Health of Elderly with Integrative Nursing Principles. Florence Nightingale Hemşirelik Derg. 2019;27(2):201–10.
10. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z. Nurses' consultative role to health promotion in patients with chronic diseases. J Educ Health Promot. 2019;(January):1–6.
11. ANCC. Gerontological Nursing Certification [Internet]. 2024. Available from: <https://www.nursingworld.org/our-certifications/gerontological-nurse/>
12. CASPIA. Geriatric Nurse Ausbildung program in Germany [Internet]. Available from: <https://caspiaedu.com/altenpfleger-in-geriatric-nurse-ausbildung-program-in-germany/>
13. Chunlan B, Lihui P, Hongxiu C, Xiuying H. The gerontological nurse specialist's core competencies in China: A cross-sectional study. Nurs Open. 2020;7(6):1928–35.
14. Japanese Nursing Association. Nursing Education in Japan [Internet]. 2020. Available from: <https://www.nurse.or.jp/english/activities/education.html#credentialing>

15. Geriatri Hemşireliği Derneği. Geriatri Hemşireliği Derneği [Internet]. Available from: <http://www.gerhemder.org.tr/>
16. Sahin S, Tasar PT, Özgür Ö, Tufan İ. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirmede İnterdisipliner ve Multidisipliner Ekip Kavramları The Case of Antalya) View project. 2019;(April). Available from: <https://www.researchgate.net/publication/332551422>
17. SANERC. Gerontoloji Hemşireliği Kursu [Internet]. Available from: <https://sanerc.ku.edu.tr/egitimlerimiz/kisa-sureli-kurslar/gerontoloji-hemsireligi-kursu/>
18. Geriatri Hemşireliği Derneği. Temel Geriatri Hemşireliği Kursu [Internet]. 2022. Available from: <http://www.gerhemder.org.tr/genel/temel-geriatri-hemsireligi-kursu/>
19. Geriatri Hemşireliği Derneği. Geriatri Hemşireliği Derneği Uluslararası Kuruluşlar [Internet]. Available from: <http://www.gerhemder.org.tr/uluslararası-kuruluslar/>
20. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği [Internet]. 2008. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=12317&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
21. Guitar NA, Connelly DM, Prentice K, Nguyen A, McIntyre A, Tanlaka EF, et al. The role of nurses in inpatient geriatric rehabilitation units: A scoping review. *Nurs Open*. 2023;10(10):6708–23.
22. Aytekin Kanadlı K, Sazak Y, Tosun N. Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirmede Multidisipliner Ekip Yaklaşımı ve Hemşirenin Rolü. *Geriatri Bilim Derg*. 2021;4(1):15–22.
23. Ministry of Health Singapore. Geriatric Nursing Competency Framework [Internet]. 2022. Available from: <https://www.nna.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/geriatric-nursing-competency-framework.pdf>
24. New Zealand Nurses Organisation. Gerontology Nursing Knowledge and Skills Framework 2014 [Internet]. 2014. Available from: <https://www.nna.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/geriatric-nursing-competency-framework.pdf>
25. Dijkman BL, Hirjaba M, Wang W, Palovaara M, Annen M, Varik M, et al. Developing a competence framework for gerontological nursing in China: a two-phase research design including a needs analysis and verification study. *BMC Nurs* [Internet]. 2022;21(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01074-y>
26. Wyman JF, Abdallah L, Baker N, Bell C, Cartwright J, Greenberg SA, et al. Development of core competencies and a recognition program for gerontological nursing educators. *J Prof Nurs* [Internet]. 2019;35(6):452–60. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.04.003>
27. Tohmola A, Saarnio R, Mikkonen K, Kyngäs H, Elo S. Competencies relevant for gerontological nursing: Focus-group interviews with professionals in the nursing of older people. *Nord J Nurs Res*. 2022;42(3):123–32.

Sağlıklı Yaşlanma Sürecinin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Üzerinden İncelenmesi

Examining the Healthy Aging Process through Sustainable Development Goals

Emir Avşar¹, Begüm Kırık², Ceren Yolcu³, Sevgi Deniz Serbest⁴, Hediye Arslan Özkan⁵

Öz

Gelişen dünyada, yaşam şartları ve beklentisinin artmasıyla birlikte doğum oranlarında azalma yaşanırken, yaş ortalaması ve yaşlı nüfusunda kayda değer bir artış görülmektedir. Artan yaşlı nüfusunun getirdiği fiziksel ve ruhsal endişeleri ortadan kaldırmak ve daha sağlıklı yaşlanan nüfusa sahip olmak, devletlerin hedefi olmalıdır. İleri yaşlarda bireyin refahını sağlayacak olan fonksiyonel yeteneğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi olarak tanımlanan sağlıklı yaşlanma, her bakımdan kapsayıcı olmalıdır. Sağlıklı yaşlanma politikalarının hayata entegre edilebilmesini kolaylaştırmak ve sürdürülebilirliğini sağlamak için Birleşmiş Milletlerin 2015 yılında yayınladığı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri en kapsamlı kaynak olacaktır. Bu bağlamda, sağlıklı yaşlanma için sürdürülebilirlik hedefleri belirleyecek olan ülkelerin göz önünde bulundurması gereken hedefler; ‘‘Yoksulluğa Son’’, ‘‘Açlığa Son’’, ‘‘Kaliteli Eğitim’’, ‘‘Toplumsal Cinsiyet Eşitliği’’, ‘‘Eşitsizliklerin Azaltılması’’, ‘‘Sürdürülebilir Şehirler ve Toplumlar’’ olmalıdır. Belirtilen sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin seçilme nedeni sağlıklı yaşlanmayı destekleyen ve toplumun tüm bireylerinin refahını artırmayı amaçlayan politikaların oluşturulmasında önemli bir çerçeve sunabilmek için temel hedefler olmasıdır. Bu derleme ile sağlık politikası belirleyicilerine rehber olması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Sağlıklı Yaşlanma, Hemşirelik

Abstract

In the developing world, while there is a decrease in birth rates as living conditions and expectations increase, there is a significant increase in the average age and elderly population. Eliminating the physical and mental concerns brought about by the increasing elderly population and having a healthier aging population should be the goal of states. Healthy aging, defined as the development and maintenance of functional abilities that will ensure the well-being of the individual in older ages, should be comprehensive in all respects. In this context, the targets that countries that will determine sustainability targets for healthy aging should consider are; ‘‘No Poverty’’, ‘‘No Hunger’’, ‘‘Quality Education’’, ‘‘Gender Equality’’, ‘‘Reducing Inequalities’’, ‘‘Sustainable Cities and Societies’’. The reason for selecting the mentioned sustainable development targets is that they are the basic targets in order to provide an important framework for the creation of policies that support healthy aging and aim to increase the well-being of all individuals in the society. This article aims to guide health policy makers.

Key Words: Aged, Healthy aging, Nursing

¹Arş. Gör. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, emir.avsar@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-0796-6409

²Sorumlu Yazar, Öğr. Gör. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, begum.kirik@yeditepe.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0092-6538

³Lisans Öğrencisi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, ceren.l.yolcu@gmail.com, ORCID: 0009-0009-3323-400X

⁴Lisans Öğrencisi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, sevgidenizsrbst@gmail.com, ORCID: 0009-0009-5559-9114

⁵Prof. Dr. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, hedarslan@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9328-8263

Özet açıklama (Summary Statement)**1. Bu konu hakkında bilinenler nelerdir?**

- Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, 2015 yılında Birleşmiş Milletler tarafından yoksulluğu sona erdirmek, gezegeni korumak ve 2030 yılına kadar tüm insanların barış ve refaha sahip olmasını sağlamak için evrensel bir eylem çağrısı olarak kabul edilmiştir. 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi, ilgili süreçlere entegre edilmiştir. Bir alandaki hedef diğer alanlardaki sonuçları etkilemektedir. Bu nedenle bütün hedefler ayrılmaz bir bütün niteliğindedir. Belirlenen hedeflerle kalkınmanın sağlanabilmesi için sosyal, ekonomik ve çevresel sürdürülebilirliğin dengeli bir şekilde sağlanması gerektiği kabul edilmektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine her alanda ulaşmak için toplumun tamamının yaratıcılığı, bilgi birikimi, teknolojisi ve finansal kaynakları gereklidir.

2. Bu derlemenin sonuçları

- Yaşlanma sürecinin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için yaşlılara yönelik bakım ve destek sistemlerinin artırılması, yaşlı dostu çevrelerin oluşturulması, topluma katılımlarının teşvik edilmesi, sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması, refah düzeylerinin artırılması ve dışlanmanın önüne geçilmesi gerekmektedir.

- Politika üreticiler, sağlık profesyonelleri ve ilgili diğer birimler ile iş birlikleri yapılmalı, yaşlı bireylerin haklarına saygı gösterilmelidir.

- Sonuç olarak, sağlıklı yaş alma süreci ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri birbirini tamamlayan önemli unsurlar olmakla birlikte toplumun geleceği için kritik önem arz etmektedir.

3. Bu makalenin katkıları

- Bu derlemede, sağlıklı yaşlanma sürecinin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) üzerinden incelenmesi ve bu bağlamda sağlık politikası belirleyicilerine rehber olması amaçlanmaktadır.

Giriş

Gelişen dünyada, hayat şartları ve yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte doğum oranlarında azalma yaşanırken, yaş ortalaması ve yaşlı nüfusunda dikkat çekici bir artış görülmektedir.¹ Dünya Sağlık Örgütü'nün On Yıllık Yaşlanma Planı (2021-2030) hedefinde belirlenen yıllar sonunda 60 yaş ve üzeri insan sayısının %34 artacağı ve 2019'da 1 milyardan 1.4 milyara yükselen yaşlı nüfusunun 2050 yılına gelindiğinde 2 kattan fazla artarak 2.1 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.² Türkiye nüfusu incelendiğinde, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 yılında yayınladığı 2023 yılı verilerine göre ülkemizde 65 yaş üstü nüfusun 8.722.806 kişi olduğu ve toplam nüfus içindeki oranının ise %10,2 olduğu saptanmış olup, 2030 yılına gelindiğinde bu nüfusun 12.066.092 kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir.³ Yaşlı nüfusun giderek artması, yaş almanın getirdiği fiziksel ve ruhsal sorunların artmasına ve yaşlı bireylerin sağlıklı yaşlanma konusunda endişe duymalarına yol açmaktadır.^{4,5} Bu endişeleri gidermek ve daha sağlıklı bir yaşlı nüfusa sahip olmak adına, devletlerin temel hedefi; yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek, sürdürülebilir ve sağlıklı yaşlanmayı hayata geçirmek amacıyla kapsamlı çalışmalar yürütmek, bu çalışmalar için uygun ortamları sağlamak ve gerekli imkanları sunmak olmalıdır.^{6,7}

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Sağlıklı Yaşlanma, *"İleri yaşlarda bireyin refahını sağlayacak olan fonksiyonel yeteneğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi"* olarak

tanımlanmaktadır.² Bu fonksiyonel yetenek, yaşlı bireyin fiziksel ve zihinsel kapasitesinin birleşimi, içinde yaşadığı çevre ve bunlar arasındaki etkileşimlerdir.⁸ Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na göre sağlıklı yaşlanma “*Yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavram*” olarak tanımlanmaktadır.⁹ Bireyin bu iyilik haline ek olarak yaşam kalitesini artıran faktörler de ele alındığında, başarılı yaşlanma kavramı ortaya çıkmaktadır.¹⁰ Başarılı yaşlanma, “*İleri yaşta majör hastalıklar bulunmaksızın fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak aktif olmak*” şeklinde tanımlanmıştır.⁹ Bu tanımlar ele alındığında sağlıklı yaşlanma ile ilgili konulacak hedeflerin, sağlığın sadece fiziksel ve ruhsal boyutunu ele almaması gerektiği çok açıktır. Yaşlılık, insanın bir anda içine düştüğü bir durum değildir. İnsan doğduğu andan itibaren yaşlanmaya başlar ve bu yaşlılığın sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi önemlidir.¹¹ Sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak eylemler her yaşta yapılabilir ve yapılmalıdır. Bu eylemleri oluştururken kapsayıcı olmasına ve her yaş grubuna uygun olmasına özen gösterilmelidir. Bu hususta sağlıklı yaşlanma hedeflerinin hayata entegre edilebilmesini kolaylaştırmak ve sürdürülebilirliğini sağlamak için Birleşmiş Milletlerin 2015 yılında yayınladığı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) en kapsamlı kaynaktır.¹²

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, 2015 yılında Birleşmiş Milletler tarafından yoksulluğu sona erdirmek, gezegeni korumak ve 2030 yılına kadar tüm insanların barış ve refaha sahip olmasını sağlamak için evrensel bir eylem çağrısı olarak kabul edilmiştir. 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi entegre edilmiştir.¹³ Bir alandaki hedef diğer alanlardaki sonuçları etkilemektedir. Bu nedenle bütün hedefler ayrılmaz bir bütün niteliğindedir. Belirlenen hedeflerle kalkınmanın sağlanabilmesi için sosyal, ekonomik ve çevresel sürdürülebilirliğin dengeli bir şekilde sağlanması gerektiği kabul edilmektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine her bağlamda ulaşmak için toplumun tamamının yaratıcılığı, bilgi birikimi, teknolojisi ve finansal kaynakları gereklidir. SKH şekil 1’de gösterilmiştir.¹²

Bu derlemede, sağlıklı yaşlanma sürecinin SKH üzerinden incelenmesi ve bu bağlamda sağlık politikası belirleyicilerine rehber olması amaçlanmaktadır.

Yaşlılarda Özellikli Sürdürebilir Kalkınma Hedefleri

Yoksulluk-Açlık

Yoksulluk olgusu, özel mülkiyet ve kişiler arası üretim sonucu ortaya çıkan farklılaşmanın başladığı günden bu yana, var olan bir kavramdır.^{14,15} Bugün kullanıldığı haliyle yoksulluk terimi, “*Toplam gelirin; biyolojik varlığın devamı için gerekli olan yeme, giyinme ve barınma gibi asgari düzeydeki fiziki ihtiyaçları karşılamaya yetmemesi*” olarak tanımlanmıştır.¹⁵

Yaşlılık dönemine girilmesiyle birlikte kişiler genç yetişkin olarak nitelendirildikleri yaşlarındaki fiziksel ve bilişsel fonksiyonları birer birer kaybetmeye başladığından çalışma hayatları da aynı kalamamaktadır.¹⁶ Artık yaşlı sınıfına giren bireyler üretici konumunu giderek kaybetmekte, tüketici konumuna geçmekte ve maddi problemler yaşama olasılıkları daha da yükselme eğilimindedir.¹⁷ Bu nedenle yaşlı bireylerin gelir durumlarında gerçekleşen değişimler yaşam biçimlerinin de değişmesine yol açmaktadır.¹⁸ Yaşlılık sürecinde özellikle emekli olmanın etkisiyle bireyin gelir durumunun düşmesi, bireye sahip olduğu sosyal statüsünü kaybetme ve kendine bile yetememe hissi vermekle birlikte, kişiler arası iletişim ve etkileşimlerini de olumsuz yönde etkilemektedir.¹⁹

Bireylerin emeklilikle birlikte karşılaştıkları refah sorunlarına bakıldığında, yoksulluğun başlıca nedeni aktif çalışma dönemine kıyasla daha düşük gelir elde etmeleridir. Ancak bu duruma ek olarak, zihinsel ve fiziksel gerileme, üretkenliğin azalmasıyla tüketici konumuna geçiş, sosyal statüdeki değişim ve sağlık kaybı gibi yaşlılıkla ortaya çıkan diğer sorunlar da yoksulluğa katkıda bulunmaktadır.^{14,20} Yoksulluğun ilerleyici olarak devam ettiği süreçlerde yaşlı birey, en temel hakkı olan beslenme hakkından bile yararlanamayacak duruma gelmekte ve açlıkla savaşmak zorunda kalmaktadır. Yetersiz beslenmeyle birlikte yaşlının var olan hastalıklarının prognozu daha da kötüleşirken, yeni hastalıkların da ortaya çıkma riski artmaktadır.²¹ Bakım ve sosyal destek gibi yardım programlarında da sıklıkla gençlere öncelik verildiğinden, yaşlı bireyler yetersiz beslenme durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir.²² Hem yaşlılığın getirdiği fiziksel, psikolojik değişimlerle hem de yoksulluk ve açlıkla savaşmaya çalışan yaşlı birey gün geçtikçe bakıma bağımlı hale gelme tehlikesiyle yüzleşmektedir.¹⁹ Aile içinde değişen gelir dağılımı kimi zaman ailedeki diğer bireylerin yaşlı bireyi dışlamasına, hor görmesine, ihtiyaçlarını karşılamak istememesine ve yaşlı bireyin terk edilmesine kadar gidebilmekte ve bu durum yaşlı bireyi depresyona hatta intihara sürükleyebilmektedir.²³ Oysa hayatının neredeyse yarısını çalışarak geçiren ve yaşadığı ülkenin üretimine ve gelişmesine katkı sağlayan emekliler, haklarından en iyi şekilde yararlanabilmeli ve refahları konusunda bir sorun yaşamamalıdır.²⁴ Ancak, emeklilik dönemiyle birlikte, sağlık sorunları ve artan bakım ihtiyaçları gibi zorluklar da kaçınılmaz hale gelmektedir.^{24,25}

Yaşlılıkla birlikte gelen hastalıklar ve değişen fiziki durumlar nedeniyle uzun süreli bakım ihtiyacı yaş ilerledikçe artmaktadır.²⁶ Bu durumda alınacak bakım hizmetlerinin maliyetleri çok yüksek olabilir. Emekli maaşı, tasarruflar, çeşitli harcamalar veya diğer kaynaklar ile yeterli birikim yapamayan yaşlı bireyler, sosyal destek hizmetleri olmadan bakım ve sağlık hizmetlerine erişmekte zorluk çekebilirler. Yaşlıların fiziksel ve psikolojik anlamda sağlıklı yaşlanabilmeleri için nitelikli sağlık bakımı almaları ve temel ihtiyaçlarını

karşılatabilmeleri gerekmektedir.²⁷ Bu nedenle yaşlı yoksulluğu için kısa vadede işe yarayacak çözümler yerine uzun vadede kalıcı ve etkin çözümler üretilmelidir. Yaşlı bireylere az miktarda ve düzensiz sağlanan maddi yardımlar yerine, devamlı ve yeterli gelir elde etmelerini sağlayacak imkanlar verilmesi gerekmektedir.²⁸ Ayrıca ülkeler emeklilik politikalarını tekrar gözden geçirerek emekli maaşları konusunda daha adaletli davranmalı ve toplumun diğer kesimlerinin aldığı ücretleri de göz önünde bulundurarak gelir eşitsizliğinin önüne geçilmelidir. Çalışma hayatını devam ettirmek isteyen yaşlılar desteklenerek kendilerini ekonomik anlamda özgür ve yeterli hissetmeleri sağlanmalıdır.²⁹

Hayat Boyu Öğrenme

Yaşlı nüfusun gün geçtikçe artması bir başarı olarak görülüp bu zafer adeta “dünyanın saçlarının ağarması, insanlığın en büyük zaferlerinden biridir” olarak dile getirilse de, bu artışla birlikte yaşlıların yaşadığı sorunlar daha da görünür hal almaya ve bu sorunların üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır.⁶ Yaşlıların fiziksel güç ve sağlık durumlarının azalması, emeklilikle birlikte değişen ekonomik durum ve gelir azalması, eş kaybı, değişen sosyal statüye uyum, yeni bilgi sistemlerine ve teknolojilere uyum sağlamada zorluk yaşama gibi problemlerin önüne geçmenin yolu, hayat boyu öğrenme kavramının öneminin vurgulanması ve bireylerin buna teşvik edilmesi olacaktır.³⁰

Hayat boyu öğrenme; öğrenmenin sürekli olma niteliğinin kavramsallık kazanmış halidir. 21. yüzyılın sihirli sözcüğü olan bu kavram ilk olarak, UNESCO tarafından 1960 yılında kullanılmış ve “*bireyin yaşadığı müddetçe devam eden öğrenim süreci*” olarak tanımlanmıştır.³¹ Hayat boyu öğrenmenin temelini yetişkin eğitimi oluşturmaktadır ve yetişkin eğitimi yaşam boyu disiplin ile mümkün olabilmektedir.³² Ayrıca bu kavram, bireyin mevcut potansiyeli ve yeterliliklerini yaşamı süresince geliştiren bir süreçtir. Yaşlı bireylerde hayat boyu öğrenmenin amacı; yaşlılıkla birlikte gelen bireysel, sosyal ve ekonomik sorunları ortadan kaldırmaktır.³⁰ Hayat boyu öğrenmenin bireysel anlamda amacı; yaşlı bireyin çalışma döneminde yapmak isteyip ertelediği şeyleri yapmasına olanak sağlayarak bireyin var olan saklı potansiyelini ortaya çıkarmak, diğer kuşaklara, güncel gelişmelere ve gelişen teknolojik yeniliklere uyum sağlamak, iyilik halinin korunmasına yardımcı olmak, hastalıklarla baş edebilme yeteneğini arttırmak gibi başlıklarla sıralanabilir.^{26,30} Sosyal anlamda ele alındığında hayat boyu öğrenmenin amacı, bireylerin iletişim becerilerini ve kuşaklararası/kültürlerarası diyalogu geliştirmeye yardımcı olarak bilgi üretilmesi ve bilginin paylaşılmasının yolunu açmaktır.³³ Ekonomik açıdan bakıldığında hayat boyu öğrenmeyle birlikte, öğrenmeye açık bireyin istihdamını genişletmek ve ona çeşitli iş imkanları sağlamak amaçlanır.³⁴ Yaşlı bireyin geçmiş deneyimleriyle gençlerin bilgilerinin birleştirilmesi, yaşlı bireylerin kendini yeterli

hissetmesine ve ekonomik alanda yeni gelişmeler yapılabilmesine olanak sağlar.¹⁹ Tüm bu olgular olumlu şekilde desteklendiğinde; yaşlı bireyin özgüveni, özyeterliliği, hayattan memnuniyeti, dolayısıyla yaşam kalitesi artacak ve sağlıklı yaşlanmanın önü açılacaktır.

Yaşlıların hayat boyu eğitim konusunda desteklenebilmeleri ve bu konuda çeşitli istihdamlar sağlanabilmesi için devlet politikaları buna göre düzenlenmeli, üçüncü yaş üniversiteleri gibi programlar daha da çeşitlendirilerek yaşlının okur yazarlık, yabancı dil, felsefe, din ve genel kültür gibi konuların yanında teknoloji ve gelişen dünyaya uyumu da desteklenerek sosyal hayata katılımları sağlanmalıdır.^{35,36} Böylelikle yaşlı birey kendini toplumdan ayrı bir sınıf olarak görmeyip dışlanma hissi yaşamadan bu süreci devam ettirecek ve sağlıklı yaşlanmasının önünü açacak adımlar atacaktır.

Cinsiyet Eşitliği

Yaşam boyu cinsiyet eşitliğini sürdürmek, yaşamın ilerleyen dönemlerinde bireye yönelik olumlu sonuçlar getirecektir.³⁷ Bu nedenle ülkeler, sis temlerini ve eylem planlarını yaşlı bireyin cinsiyet eşitsizliğini en aza indirgeyecek şekilde düzenlemelidir.³⁸ 1 Aralık 1948'de kabul edilen ve Türkiye'nin de 1949'da kabul ettiği İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (İHEB) 2. maddesinde cinsiyet temelinde eşitlik kabul edilmiştir. Belirtilen maddede, yaşa bağlı ayrımcılıktan özellikle bahsedilmemiş olsa da bildirmede yer alan "*herhangi başka bir ayırım*" şeklindeki ifade ile yaşa bağlı ayrımcılığa da dikkat çekildiğini görmekteyiz.³⁹ Dolayısıyla, hem genel anlamda bir eşitlik normunun hem de yaşlılarda toplumsal cinsiyet eşitliği normunun İHEB'in 2'nci maddesinin kapsamında yer almaktadır.

Her iki cinsiyet için de geçerli olan toplumsal cinsiyet eşitsizliği; yaşlılık ile özellikle gelenekçi topluluklardaki kadınlar için avantajlı olabilmektedir.³⁷ Genç kadınlar, eşlerinin ailesinde yaşça büyük bireylere (cinsiyet fark etmeksizin) hizmet etme, onların isteklerine boyun eğme ve yemekleri bitmeden sofraya oturmama gibi zorlayıcı uygulamalara maruz kalabilmektedir. Buna karşılık, yaşlı kadınlar sosyal statü açısından daha güçlü bir konuma gelebilmektedir.⁴⁰ Ancak bu durum, kadınları zayıf gösteren ve geleneksel toplumsal cinsiyet rolleriyle beslenen ataerkil yapının bir sonucudur. Bu düzenin baskın olduğu toplumlarda, kadınların statüsü yaşa bağlı olarak artıyor gibi görünse de gerçekte bu artış, erkek çocuk sahibi olma veya eşin vefat etmesi gibi durumlara dayanmakta ve büyük ölçüde erkekler üzerinden tanımlanmaktadır. Yaşlı anne, ailede saygı duyulan ve sözü geçen bir figür haline gelirken, eşinin vefatı durumunda aileyi yöneten tek kişi konumuna geçmektedir. Geleneksel yapıya göre, genç yaşlarda "taze gelin" olarak adlandırılan kadının sosyal statüsü sınırlıdır. Ancak ailedeki erkek çocukların evlenmesiyle birlikte "kıdemli gelin" statüsüne yükselir ve en sonunda kendi çocuğu evlenince "kayınvalide" konumuna, yani en yüksek statüye erişmektedir.

^{37,40} Diğer taraftan, erkeklerin toplumsal gücü ve otoritesi ise yaşlandıkça fiziksel güçlerinin azalmasıyla birlikte zayıflamaktadır.

Toplumsal cinsiyet anlayışının yaşlılıkta bu derece değişiyor olması; aynı toplum içerisinde farklı kültürel anlayışlarının bulunması, yaşlıların alışlagelmiş rollerini bir anda bırakamaması ve yeni rollere kısa sürede alışamamasından kaynaklanmaktadır.^{41,42}

Her Alanda Eşitsizliği Azaltmak

Toplumsal tabakalaşma en yakın anlamda insanların ayrı gruplanmaları içerisindeki yapısal eşitsizliklerini ifade eder.⁴³ Toplumsal tabakalaşma ve eşitsizlikler alanındaki sosyal çalışmalar; gelir düzeyi, eğitim düzeyi, mülk sahipliği, iş kolu, cinsiyet vb. gibi pek çok faktöre bağlı olarak yapılabilmektedir. Söz konusu olan faktörlerden bizim için en önemlisi de yaş ile bağlantılı olarak ortaya çıkan eşitsizliklerdir. Yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki dağılımının artması, sanayileşme, şehirleşme, aile yapısındaki değişme, yeni mesleklerin ortaya çıkması gibi faktörler yaşlı bireylerin toplum içindeki anlamını ve değerini etkilemiştir.⁴⁴ Bu husustaki değişimler yaşlıların daha fazla eşitsizliğe maruz kalmalarını beraberinde getirmiştir.⁴⁵

Sosyal eşitsizliği saptarken kullanılan önemli göstergelerden birisi de eğitimidir.⁴⁶ Yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre yaşlılık döneminde işitme ve görme duyularının azalması, hareket kabiliyetlerinin azalması ve bellek kayıpları gibi durumlar, yaşlıların hiçbir şey öğrenemeyecekleri veya eğitim aktivitelerine dahil olamayacakları yönünde çeşitli yanlış düşüncelerin gelişmesine sebep olmaktadır.^{47,48} Bu bilgilerin aksine sanayi toplumuna geçiş olduğundan beri formal eğitim artmaya başlamıştır. Bu dönemde özellikle her yaş için eğitim anlayışı benimsendiğinden eğitim hızlıca yaygınlaşmıştır. Fakat bilinenin aksine tek tip bir yaşlı/yaşlılık profili yoktur. Bu sebeple yaşlı bireylerde eğitim-öğretimle ilgili eşitsizliklerle mücadele edebilmek için yaşlı bireylere tek tip anlayışı ile yaklaşılması gerekmektedir.⁴⁹

Bir diğer sosyal eşitsizlik sağlıkla ilgili olandır. Sağlıkta eşitsizlik, her yaş grubunu olumsuz etkileyebileceği gibi yaşlılıkta da olumsuz etkileri olan bir konudur.^{50,51} Yaşlılık döneminde ortaya çıkan sağlıktaki eşitsizlikler; ileri yaşta olma, kadın cinsiyette olma, eğitim düzeyinin düşüklüğü, yoksulluk, bir ya da birden fazla kronik hastalığa sahip olma gibi değişkenlere bağlı olarak artış gösterme eğilimindedir.^{50,52} Yaşlı bireylerde sık rastlanılan kronik rahatsızlıkların kontrol altına alınabilmesi için sağlık bakım hizmetlerinden yeterince yararlanılması, hekim gözetiminde önerilen ilaçların kullanılması, diyetisyen kontrolünde diyet uygulamalarının yapılması gerekmektedir.⁵³ Bütün bu uygulamalar için sosyal güvence sistemlerine, yeterli bilgiye ve gelir düzeyine sahip olmak önem arz etmektedir. Yaşlı bireylerin

sağlık/hastalık konularında daha az bilgiye sahip olması ve gelir düzeylerinin az olması, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamalarına sebep olacaktır.⁴⁵

Sürdürülebilir Şehirler ve Toplumlar

Şehir içi yaşantı, günümüz dünyasında kentleşme ve kente göç ile artan bir eğilime sahiptir.⁵⁴ Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfusun %30,1’inin kırsal olarak sayılan yerleşim yerlerinde, %14,6’sının orta yoğunlukta şehir olarak sayılan yerlerde, %55,3’ünün ise yoğun şehir olarak sayılan yerlerde yaşadığı belirtilmiştir.⁵⁵ Dolayısıyla Türkiye’de yaşlı bireylerin büyük bir oranda şehirde yaşadığı görülmektedir.³

Yaşlı bireylerin kent yaşantıları incelendiğinde erişilebilirlik kavramı ön plana çıkmaktadır.⁵⁶ Erişilebilirlik çerçevesinde yaşlı dostu şehirler, mevcut bulunan yapılarını ve hizmet sistemlerini yaşlı bireyler için erişilebilir bir şekilde düzenleyen ve onların sağlık, güvenlik, toplumsal katılım gibi ihtiyaçlarını karşılamayı hedefleyerek yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan kentlerdir.^{44,56} Yaşlı dostu olan bir şehir, bu bireylerin rutin hayatlarında esas ihtiyaçlarını karşılayabileceği sağlık tesisleri, park ve bahçeler, alışveriş merkezleri, ibadethaneler gibi kamusal yapılara kolay erişilebilirliği ve yürüme mesafesinde bulunmasıyla ilişkilidir.⁵⁵ Türkiye’de yaşlı nüfus günlük rutin ihtiyaçlarını karşılamak için daha çok yürümeyi tercih etmektedir. Bu bağlamda kent çevresinin yaşlı bireyin kullanımına uygun olmaması aktif yaşlanmayı olumsuz etkilemektedir. Yeterli genişlikte kaldırımlar, kaliteli aydınlatmalar ve açık bir şekilde işaretlenmiş yaya geçitleri; asansörler, rampalar, öncelikli oturma alanları ve alçak tabanlı toplu taşıma araçları; güvenli ve bakımlı park bahçeler ve asansöre sahip kamu binalarının varlığı yaşlıların hayat kalitesini artırmaktadır.^{55,57}

Yaşlı Sağlıkta Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde Hemşirelerin Rolü

Hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının yaşlı toplumun hayat kalitelerini daha iyi hale getirmede, kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda bakım ve destek vermeleri çok önemlidir.⁵⁸ Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanma eylem planında, yaşlıların olası hastalıklarını engelleyip hayat şartlarını daha iyi hale getirmek ve bu şartları sürdürülebilir hale getirebilmek için sağlıklı yaşam alışkanlıklarının iyi hale getirilmesinin gerekli olduğunu vurgulamıştır.⁸ Özellikle yaşlı sağlığı kapsamında görev yapan hemşireler yaşlıların ihtiyaçlarının tespit edilmesinde ve tespit edilen bu ihtiyaçlara uygun hemşirelik bakımının hayata geçirilmesinde önemli sorumluluklara sahiptir. Buna ek olarak bu bireylere sunulacak bakım ve hizmetler sadece hastalığı tedavi etmeye odaklı olmaktan çıkıp sağlığı koruma ve geliştirmeye öncelik verilmelidir.⁵⁹ Hemşireler sadece yaşlı bireyleri odak alarak değil yaşlı bireylerin ailelerini ve yaşam biçimlerini de göz önüne alarak bireye holistik bir bakım vermelidir. Hemşirelerin aktif ve sağlıklı yaşamın sürdürülebilir hale getirilmesi sırasında üstleneceği görevler aşağıdaki gibi olacaktır:⁵⁸⁻⁶⁰

- 1.Sağlığı koruyucu ve geliştirici bakım metotları ile yaşlı sağlığında ve yaşamında istenmeyen olaylara engel olarak sağlık şartlarını iyi hale getirmeyi sağlamak,
- 2.Kronik hastalıklar ve engel durumunda yaşam kalitesini artıran politika ve programların oluşturulmasını sağlamak,
- 3.Yaşlı dostu çevre, yaşlı dostu sağlık merkezleri gibi projeler oluşturulması konusunda öncü olmak,
- 4.Emeklilik sonrası geliri düşen yaşlı bireylerin gerekli tarama testleri ve bakımlara ulaşabilmesi için sosyal hizmet kurumları ile çeşitli çalışmalar yürütmek,
- 5.Çeşitli engellere sahip yaşlı bireylerin sağlık kuruluşlarında karşı karşıya gelebileceği ulaşım engellerinin ortadan kaldırılmasını sağlamak,
- 6.İşitsel ve görsel problemler yaşayan ileri yaşlı kişilere uygun bakımları planlamak, işitsel cihazlara ve görsel araçlara ulaşımını sağlamak,
- 7.Yaşlıların özellikle emeklilik sonrası değişen toplumsal statülerle birlikte yaşadığı toplumsal dışlanma, yalnızlık ve depresyonu en aza indirmek amacıyla sosyal destek sağlamak, kendi yaşlılarıyla vakit geçirebileceği çeşitli etkinlik grupları ve uyum etkinlikleriyle aile ve kişiler arası iletişimi ve dayanışmayı geliştirmeye katkı sağlamak,
8. Yaşlı bireyin fiziksel ve sosyal aktivitelerini desteklemek, spor, yürüyüş, yeşil alan vb. gibi alanların yaşlı bireye uygun hale getirilip artırılması için öncü bir ses olmak,
- 9.Yaşlıların birinci basamak sağlık hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetlerine erişimini sağlamak,
10. Hem kurum için(hastane) hem de kurum dışı (evde bakım) bakım hizmeti sunmak,
- 11.Yaşlı bireyleri, devlet tarafından oluşturulmuş toplum ve sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirmek ve bu hizmetlerden etkili şekilde yararlanabilmesi için desteklemek,
- 12."Yaşlılık" olgusunun olumlu bir algı haline gelebilmesi için çeşitli medya araçlarıyla aktif ve sağlıklı yaşlanmanın pozitif ve gerçek yönleri ile ilgili bilgiler sunmak,
- 13.Geriatrik bireyleri sosyal hayat ve aile ortamlarına yeniden kazandırmak için kent ve kırsal bölgelere erişilebilir ve uygun fiyatlı ulaşım yolları sağlanması konusunda çeşitli kurumlarla iş birliği halinde olmak,
- 14.Yaşlılıkta bilinçsiz tüketime açık olan ilaç, tedavi gibi yöntemleri değerlendirmek ve yaşlı bireylerin bu tehlikelerden uzaklaştırılmasını sağlamak,
15. Yaşlı bireyin hak, özerklik ve bağımsızlığını savunmak,
- 16.Yaşlı bireyin fonksiyonel, zihinsel, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını göz önüne alarak bütüncül bakım vermek ve bireyin yaşadığı ortamı değerlendirip olası risklerin önüne geçmek,

17.Yasal ve etik ilkeler çerçevesinde geriatrik bireyi güçlendirmek ve seçimlerinde özgürce hareket edebilmesini sağlamak,

18. Yaşlı bireyin istek ve ihtiyaçlarını göz önüne alarak birey merkezli ve holistik bakım sağlamak,

23.Fiziksel ve zihinsel yardıma ihtiyacı olan geriatrik bireyin hemşirelik bakımında, olası riskleri önlemek, kaliteli ve güvenli hemşirelik bakımı sağlamak için hedefler çerçevesinde bakım planları uygulamak,

24.Yaşlı bireylerde, makalede belirtilen sürdürülebilir sağlıklı yaşlanma hedefleri doğrultusunda fiziksel, zihinsel ve fonksiyonel sağlığı geliştirmek.

Sonuç

Giderek yaşlanan nüfusta sağlıklı yaş alma hedefleri, sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlıklı yaş almanın amacı, yaşlı bireylerin biyopsikososyal gereksinimlerini karşılamak ve yaşam kalitelerini artırmaktır. Yaşlanma sürecinin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için yaşlılara yönelik bakım ve destek sistemlerinin artırılması, yaşlı dostu çevrelerin oluşturulması, topluma katılımlarının teşvik edilmesi, sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması, refah düzeylerinin artırılması ve dışlanmanın önüne geçilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla politika üreticiler, sağlık profesyonelleri ve ilgili diğer birimler ile iş birlikleri yapılmalı, yaşlı bireylerin haklarına saygı gösterilmelidir. Sonuç olarak, sağlıklı yaş alma süreci ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri birbirini tamamlayan önemli unsurlar olmakla birlikte toplumun geleceği için kritik önem arz etmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır

Kurumsal ve Finansal Destek: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Fikir: BK, EA, Tasarım: BK, EA, HAÖ, Gözetim: HAÖ, Araç gereç: BK, Veri toplama ve işleme: CY, SDS, Analiz ve yorumlama: CY, SDS, Literatür tarama: BK, EA, CY, SDS, Yazma: BK, EA,CY,SDS, Eleştirel inceleme: HAÖ. Tüm yazarlar makalenin hazırlanmasını onayladı.

Etik Kurul İzni: Bu makalenin yazımı aşamasında herhangi bir kurumdan etik onay alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Budget Office C. The Demographic Outlook: 2024 To 2054 Demographic Factors That Contribute To Population Growth [Internet]. 2024. Available From: [Www.Cbo.Gov/Publication/59697](http://www.cbo.gov/publication/59697)
2. World Health Organization. Un Decade Of Healthy Ageing: Plan Of Action 2021-2030. World Heal Organ [Internet]. 2020;1–26. Available From: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=B4b75ebc_25&download=true
3. Tüik. İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 [Internet]. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. 2023. Available From: <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=istatistiklerle-yaslilar-2023-53710>
4. Noto S. Perspectives On Aging And Quality Of Life. *Healthc.* 2023;11(15).
5. Ayoubi-Mahani S, Eghbali-Babadi M, Farajzadegan Z, Keshvari M, Farokhzadian J. Active Aging Needs From The Perspectives Of Older Adults And Geriatric Experts: A Qualitative Study. *Front Public Heal.* 2023;11(1).
6. Eser B, Küçük Aksu S. Yaşlanan Nüfus, Sorunlar Ve Politikalar: Türkiye İçin Bir Değerlendirme. . Gümüşhane Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Elektronik Derg [Internet]. 2021;12(2):541–56. Available From: <https://orcid.org/0000-0003-2623-2822>.
7. Ye P, Jin Y, Er Y, Duan L, Palagyi A, Fang L, Et Al. A Scoping Review Of National Policies For Healthy Ageing In Mainland China From 2016 To 2020. *Lancet Reg Heal - West Pacific* [Internet]. 2021;12(14):100168. Available From: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100168>
8. Who. Healthy Ageing And Functional Ability [Internet]. 2020. Available From: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı Ve Uygulama Programı 2021-2026. Ankara; 2021.
10. Polat F, Delibaş L. How Successful Are We Aging? Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folk Tıp Derg. 2021;11(2):331–9.
11. Wickramasinghe K, Mathers Jc, Wopereis S, Marsman Ds, Griffiths Jc. From Lifespan To Healthspan: The Role Of Nutrition In Healthy Ageing. *J Nutr Sci.* 2020;9:1–10.
12. Birleşmiş Milletler. Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Çalışmalarımız [Internet]. Available From: <https://turkiye.un.org/tr/sdgs>
13. Undp. “What Are The Sustainable Development Goals?” [Internet]. 2022. Available From: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
14. Ak M. Toplumsal Bir Olgu Olarak Yoksulluk. *Akad Bakış Derg.* 2016;54.
15. Arpacıoğlu Ö, Yıldırım M. Dünyada Ve Türkiye’de Yoksulluğun Analizi. Niğde Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim Fakültesi Derg [Internet]. 2011;4(2):60. Available From: <http://iibfdergi.nigde.edu.tr/article/view/5000066566>
16. Lövdén M, Fratiglioni L, Glymour Mm, Lindenberger U, Tucker-Drob Em. Education And Cognitive Functioning Across The Life Span. *Psychol Sci Public Interes.* 2020;21(1):6–41.
17. Brooks C, Sangiorgi I, Hillenbrand C, Money K. Why Are Older Investors Less Willing To Take Financial Risks? *Int Rev Financ Anal* [Internet]. 2018;56:52–72. Available From: <https://doi.org/10.1016/j.irfa.2017.12.008>

18. Ismail Z, Ahmad Wıw, Hamjah Sh, Astina Ik. The İmpact Of Population Ageing: A Review. *Iran J Public Health*. 2021;50(12):2451–60.
19. Türkan M, Sezer S. Yaşlı Yoksulluğunun Yarattığı Sosyal Ve Psikolojik Sorunlar: Muğla Örneği. *Adnan Menderes Üniversitesi, Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2016;4(4):35–57.
20. O'donnell O. Health And Health System Effects On Poverty: A Narrative Review Of Global Evidence. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024;142(February):105018. Available From: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105018>
21. Starr Knp, Mcdonald Sr, Bales Cw. Nutritional Vulnerability İn Older Adults: A Continuum Of Concerns. *Curr Nutr Rep*. 2015;4(2):176–184.
22. Gürer A, Çırpan Küdür F, Özlen Atalan N. Yaşlı Bakım Hizmetleri. *J Heal Serv Educ*. 2019;3(1):1–6.
23. Wang C, Wan G. Aging And Inequality: The Perspective Of Labor Income Share. *Adbı Work Pap*. 2017;(764).
24. Swain J, Carpentieri Jd, Parsons S, Goodman A. Approaching Retirement After A Working Life İn Poverty. *J Popul Ageing*. 2023;16(4):899–918.
25. Hurtado Md, Topa G. Quality-Of-Life-And-Health-Influence-Of-Preparation-For-Retirement-Behaviors-Through-The-Serial-Mediation-Of-Losses-And-Gains2019International-Journal-Of-Environmental-Research-And-Public-Healthopen-Access.Pdf. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1–28.
26. Ağar A. Yaşlılarda Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Derg*. 2020;3(3):347–54.
27. Agbangla Nf, Séba Mp, Bunlon F, Toulotte C, Fraser Sa. Effects Of Physical Activity On Physical And Mental Health Of Older Adults Living İn Care Settings: A Systematic Review Of Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(13).
28. Thomas Ks, Applebaum R. Long-Term Services And Supports (Ltss): A Growing Challenge For An Aging America. *Public Policy Aging Rep*. 2015;25(2):56–62.
29. Drazic I, Schermuly Cc, Büsch V. Empowered To Stay Active: Psychological Empowerment, Retirement Timing, And Later Life Work. *J Adult Dev* [Internet]. 2024;31(3):261–78. Available From: <https://doi.org/10.1007/s10804-023-09453-8>
30. Oğlak S, Canatan A. Yaşam Boyu Öğrenme Ve Aktif Yaşlanma Bakış Açısından Üçüncü Yaş Üniversiteleri: İyi Uygulama Örnekleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Derg*. 2020;13(2):131–41.
31. Güleç İ, Çelik S, Demirhan B. What İs Lifelong Learning? An Evaluation On Definition And Scope. *Sak Univ J Educ*. 2012;2(3):34–48.
32. Kaya He. Yaşam Boyu Yetişkin Eğitimi. Ankara: Nobel Yayınları; 2016.
33. Lim Zy, Yap Jh, Lai Jw, Mokhtar Ia, Yeo Dj, Cheong Kh. Advancing Lifelong Learning İn The Digital Age: A Narrative Review Of Singapore's Skillsfuture Programme. *Soc Sci*. 2024;13(2).
34. Aksoy M. Kavram Olarak Hayat Boyu Öğrenme Ve Hayat Boyu Öğrenmenin Avrupa Birliği Serüveni. *Bilig*. 2012;64:23–48.
35. Dhirathiti N. Lifelong Learning Policy For The Elderly People: A Comparative Experience Between Japan And Thailand. *Int J Lifelong Educ*. 2014;33(6):770–90.
36. Kacetyl J, Klímová B. Third-Age Learners And Approaches To Language Teaching. *Educ Sci*. 2021;11(7):3–6.

37. Bahtiyar Saygan B, Pekel Uludağlı N. Yaşam Boyu Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Gelişimi. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2021;13(2):354–82.
38. Foster L, Walker A. Gender And Active Ageing In Europe. *Eur J Ageing*. 2013;10(1):3–10.
39. İhd. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi [Internet]. 1948. Available From: <https://www.İhd.Org.Tr/İnsan-Haklari-Evrensel-Beyannames/>
40. Delgado-Herrera M, Aceves-Gómez Ac, Reyes-Aguilar A. Relationship Between Gender Roles, Motherhood Beliefs And Mental Health. Vol. 19, *Plos One*. 2024. 1–31 P.
41. Çifçi S, Saka G, Akın A. Toplumsal Cinsiyet Algısı Ve Etkileyen Faktörler: Mardin Örneği. *Türkiye Halk Sağlığı Derg*. 2022;20(1):1–13.
42. Sánchez-Román M, Autric-Tamayo G, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Agulló-Tomás Ms, Sánchez-González D, Et Al. Social Image Of Old Age, Gendered Ageism And Inclusive Places: Older People In The Media. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24).
43. Yalçın E. Toplumsal Tabakalaşım sistemlerinin Geneincelemesi. *Hak İş Uluslararası Emek Ve Toplum Derg*. 2019;8(20):158–79.
44. Bulduk Özgür E. Yaşlılık Ve Toplumsal Değişim. *Türkiye Sos Araştırmalar Derg*. 2014;182(182):53–60.
45. Eryigit Gunler O. Yaşlılıkta Toplumsal Eşitsizlik. *Curr Perspect Soc Sci*. 2022;26(4):350–60.
46. Zhang Cq, Chung Pk, Zhang R, Schütz B. Socioeconomic Inequalities In Older Adults' Health: The Roles Of Neighborhood And Individual-Level Psychosocial And Behavioral Resources. *Front Public Heal*. 2019;7(October).
47. Chern A, Golub Js. Age-Related Hearing Loss And Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2019;33(3):285–90.
48. Maharani A, Dawes P, Nazroo J, Tampubolon G, Pendleton N. Visual And Hearing İmpairments Are Associated With Cognitive Decline In Older People. *Age Ageing*. 2018;47(4):575–81.
49. Frishammar J, Essén A, Bergström F, Ekman T. Digital Health Platforms For The Elderly? Key Adoption And Usage Barriers And Ways To Address Them. *Technol Forecast Soc Change*. 2023;189(January).
50. Sönmez S, Çevik C. Yaşlılık Ve Sağlıkta Eşitsizlikler. *Humanist Perspect*. 2021;3(2):496–511.
51. Yoloğlu A Cenap. Sağlık Eşitsizlikleri, Dsö Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerinden Bir Değerlendirme: Mersin İli Mezitli İlçesi Örneği. *J Plan*. 2019;30(1):66–88.
52. Garzón-Orjuela N, Samacá-Samacá Df, Luque Angulo Sc, Mendes Abdala Cv, Reveiz L, Eslava-Schmalbach J. An Overview Of Reviews On Strategies To Reduce Health İnequalities. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1–11.
53. Coombs Jb, Barrocas A, White J V. Nutrition Care Of Older Adults With Chronic Disease: Attitudes And Practices Of Physicians And Patients. *South Med J*. 2004;97(6):560–5.
54. Zhang Xq. The Trends, Promises And Challenges Of Urbanisation In The World. *Habitat Int*. 2016;54(November 2015):241–52.
55. Kesgin B. Yaşlı Dostu Şehirler. 2023.
56. Zengin Taş E, Kırışık H, Yıldız F, Ata Z, Aktuğ M. Yaşlı Dostu Kentin Anlamı Ve Aktif Yaşlanmaya Katkıları: Cumhuriyetin 100. Yılında İzmir Kenti Örneği. *Kent Akad*. 2023;0–3.
57. Hoof J Van, Marston Hr. Age-Friendly Cities And Communities: State Of The Art And Future Perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1–13.

58. Kalyoncuo S, Tekinsoy Kartın P. Aktif Yaşlanma Ve Hemşirelik Bakımı. Erü Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2021;8(1):26–32.
59. Canlı S, Karataş N. Yaşlılar İçin Bir Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı: '“Fiziksel Aktivite Danışmanlığı.”' Ashd. 2018;17(2):36–45.
60. Wu F, Drevenhorn E, Carlsson G. Nurses' Experiences Of Promoting Healthy Aging İn The Municipality: A Qualitative Study. Healthc. 2020;8(2):1–11.

Geçmişten Günümüze Hemşire Göçü Nurse Immigration From Past To Present

Fatma Sevgi Hatipoğlu¹

Öz

Hemşirelerde göç olgusu, tüm dünyada ve Türkiye’de yıllardır devam etmekte ve giderek artış göstermektedir. Hemşire göçü, tarihsel süreç içinde incelendiğinde özellikle İngiliz kolonilerine gönderilen hemşirelerin arşiv bilgileri önemli bir değere sahiptir. Göç, bazı salgın hastalıklar zamanında durgunluk dönemi geçirmekle beraber; hemşireler, çeşitli nedenler yanında kariyer hareketliliği amacıyla da göç edebilmektedir. Bu yazıda göçün tarihsel süreci, nedenleri, sağlık ve hemşirelik organizasyonları tarafından ele alınışı aktarılmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Göç, Hemşire göçü, Uluslararası Hemşire Göçü Merkezi (ICNM).

Abstract

The phenomenon of immigration among nurses has been increasing in Turkey as well as in the world over the years. From historical perspective, archive notes from nurses who were sent to British colonies provide valuable information. Although immigration might slow down over the epidemics and pandemics, nurses continue to immigrate for their career. In this article, historical perspective of immigration, its reasons as well as how this theme was handled through nursing and health associations were discussed.

Keywords: Immigration, International Centre on Nurse Migration (ICNM), Nurse immigration.

¹**Sorumlu Yazar,** Prof. Dr. Sağ. Alb. (E), Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Misafir Öğretim Üyesi, (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu’ndan Emekli fshatipoglu@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-2787-7542

Geliş Tarihi: 8 Mayıs 2024, Kabul Tarihi: 9 Ağustos 2024, Yayınlanma Tarihi: 30 Aralık 2024

Giriş

Son yıllarda sıklıkla söz edilen ve yöneticilerin sıkıntıyla karşıladıkları hemşire göçü, yalnızca günümüzün bir problemi mi, yoksa geçmişten günümüze hep var olan bir mesleki hareketlilik mi? Bu sorunun yanıtı arandığında birçok temel kaynağın hemşire göçünü yıllardır önemseydiğini; göç alan ve göç veren ülkeler bazında araştırmalar yaptıklarını ve tartıştıklarını görmek mümkündür.

Göç olgusu, dünya kurulduğu günden itibaren insanların hayatında yer almış ve meslekler açısından kariyer hareketliliği olarak da adlandırılmıştır. Özellikle sağlık mesleklerine yönelik göç; tıp mensupları olan doktorlar, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanları arasında yüzyıllar boyunca gerçekleştirilmiştir.

Göç, genel olarak hareket halinde olma anlamını içeren bir kavram olup insanlar, hayvanlar, bitkiler ve eşyalar için kullanılabilir. ^{1,2} Sanayileşme, eğitim ve sağlık koşullarının yeterli ya da yetersizliği göçün nedenleri olarak sayılabilirken her alanda ortaya çıkan işsizlik de vasıflı ya da vasıfsız boyutuyla göçü derinden etkilemiştir. Bu etkilenimlere siyasi tutumlar da katkıda bulunmuştur. Göç tüm kapsamı ile ülkelerin siyasi, sosyal, ekonomik ve kültürel dengelerini etkilemiş; olumlu gelişmeler yanında olumsuz gelişmeleri de doğurmuştur. ³⁻⁵ Göç; nedenlerine, yöntemlerine (yasal ya da yasa dışı), sürelerine (geçici ya da kalıcı), göç edilen yere (iç ya da dış) ve türüne göre (işçi göçü ya da beyin göçü) sınıflandırılabilir. ^{2,3,5}

Hemşire Göçü

Ülkeler arasında yaşanan hemşire göçünün, tarih boyunca varlığını sürdürmesinde ve kayıtlarının tutulmasında İngiltere önemli bir yere sahiptir. İngiltere, kolonilerine gönderdiği hemşireler için özel arşivler oluşturmuştur. O nedenle göçün tarihsel gelişimini içeren bu yazıda temel olarak iki ana kaynak incelenmiştir. Bu kaynaklar; İngiltere'nin koloni merkez arşiv bilgileri ile İngiltere'nin en köklü hemşirelik dergisi olan Nursing Times (NT)'in 100 yıllık arşivinden edinilen bilgilerdir.

Tarihte Hemşire Göçü

Hemşire göçü, kadın hareketleri ile başlamış ve Florence Nightingale (FN), bu hareketin önderi olarak kabul edilmiştir. ⁶ İngiltere, kolonilerinde kendi vatandaşlarının bakımı için başlattığı göç olgusunu, uzun yıllar devam ettirmiş ve hemşirelere birtakım kolaylıklar sağlamıştır. Bu kolaylıklardan en önemlisi özel hemşire pasaportlarıdır. ⁷

İlerleyen yıllarda hemşirelikte geçici göçü canlı tutan ve “değişim programları” nı içeren New York Raporu hazırlanmıştır ⁸. Bu raporda hemşirelere sağlanacak uluslararası bursun amaçları ve uygulama yöntemleri üzerinde durulmuştur. Belirlenen burs amaçlarından bir

tanesi; “dünya üzerindeki toplumların uluslararası anlaşılabilirliğini geliştirmeye katkıda bulunmak” olmuştur. Bu amaç; değişim programlarının etkinliği için bir fırsat olarak değerlendirilmiş ve birçok ülkede hemşire hareketliliği özellikle kariyer gelişimi yönünden artmıştır.⁸

Hemşire Göçünü Etkileyen Faktörler

Hemşire göçünü ya da hareketliliğini etkileyen en önemli faktörlerden birisi eğitilmiş hemşire gereksinimidir.^{8,9}

Eğitilmiş Hemşire Gereksinimi

İngiltere, kolonilerine gönderdiği hemşireler ile eğitilmiş hemşire göçünü başlatmıştır. Bu amaçla “Koloni Hemşirelik Birliği” kurulmuştur (daha sonra adı değişmiş ve Denizaşırı Hemşirelik Birliği / Kraliçe Elizabeth Denizaşırı Hemşirelik Servisi olmuştur).⁹ Birlik, arşiv bilgilerini 1800’lü yılların sonundan itibaren düzenli tutmuş ve 1902 yılında yıllık raporlarını yayınlamaya başlamıştır. Birliğe mensup hemşireler, 1903 yılında kolonilerdeki yerel hemşirelerin eğitimlerini de üstlenmişlerdir. 1966 yılında ise birlik kapatılmış ve tüm dokümanlar Oxford Koloni Kayıtlar Merkezi’ne bağışlanmıştır.⁹

Eğitilmiş Hemşire Gereksinimine Çözüm Arayışları

Eğitilmiş hemşire gereksinimi ve çözüm önerilerini içeren çalışmalar ve raporlar, NT dergisinin çeşitli sayılarında yayınlanmıştır. Yayınlanan çözüm önerilerinden ilki okula daha fazla hemşirenin çekilebilmesi için özel çalışmalar yapılması ve eğitimde araştırmaların artırılması için ulusal fonlarla desteklenmesidir.¹⁰

Bu tür gereksinim ve çözüm önerileri doğrultusunda “hemşireleri nasıl işte tutabiliriz?” konusunda birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalardan bir tanesinde¹¹; İngiltere Ulusal Sağlık Sisteminde (NHS) hemşirelerin, işten ayrılma tutumunun normal statüde çalışan hemşirelerde daha fazla olduğu ve bunun nedeninin hemşirelerin daha fazla eğitim yapma isteklerinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Çözüm önerisi olarak “*Gelecekte alternatif çalışma modelleri geliştirilerek hemşirelerin hareketli olma eğilimi azaltılabilir*” denilmiştir.¹¹

Dünyada hemşire göçü araştırmalarına ilişkin yayımlar da artmıştır. Kingma⁵ tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışma, referans kaynak niteliğinde değerlendirilmiştir. Kingma’nın bu eserinde; özellikle Afrika ülkelerine dikkat çekilmektedir. Kitapta, Sahra Altı Afrika’da eğitim görmüş 30.000 hemşire ve ebenin şu anda yedi OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development/ Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü) ülkesinde; özellikle Kanada, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, Portekiz, Birleşik Krallık ve Amerika’da istihdam edildiğinin tahmin edildiği ifade edilmiştir. Aynı kitapta giderek daha fazla gelişmekte olan ülkenin uluslararası hemşire göçmen havuzuna katkıda bulunduğu vurgulanmıştır.⁵

GÜNÜMÜZDE HEMŞİRE GÖÇÜ

Hemşirelik, sağlık meslekleri içinde yaklaşık %59 gibi bir oranla temsil edilmekte olup¹² Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), Dünya Hemşireler Birliği (ICN) ile birlikte hemşirelerin durumunu hemşire göçü de dahil olmak üzere kapsamlı bir şekilde çalışıp raporlamaktadır.¹² Küresel hemşire iş gücünü yakından ilgilendiren hemşire göçü konusu, Uluslararası Hemşire Göçü Merkezi (ICNM)¹³ tarafından ayrıca ele alınmaktadır. ICNM, CGFNS (Yabancı Hemşirelik Okulları Mezunları Komisyonu/ Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools) tarafından Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ortaklığıyla oluşturulan bir kuruluş olup küresel hemşire göçü ve hemşirelikte insan kaynaklarına ilişkin araştırma, politika ve bilgilerin geliştirilmesini, tanıtılmasını ve yaygınlaştırılmasını çalışmaktadır.¹³

Küresel Hemşirelerin durumunu çeşitli boyutlar ile izleyen bir başka çalışma da 2020 yılında Cenevre Sağlık Forumunda yayınlanmıştır.¹⁴ Bu çalışmada dünya çapında hemşirelerin karşılaştığı ikilemler tartışılmıştır. Bu ikilemlerden bir tanesi göç eden Filipinli bir hemşirenin anlattıklarıdır:¹⁴ «Annem ve babamın her ikisi de Filipinler'de doktordu, ancak Amerika Birleşik Devletleri'ne (1994) göç ettiklerinde hemşire olarak çalışmaya başladılar. Gece vardiyasında çalışırken ders çalışmaya ya da okumaya vakitleri olmuyordu ve kendi meslekleri için o ülkede denklik sınavlarına hazırlanamıyorlardı. Babam Roberto, 'Hemşirelik sınavını geçtiğim için şanslıyım', diyordu ve acil servis hemşiresi olarak çalışıyordu. Artık annem ve babam Amerika Birleşik Devletleri'nde tahmini 150.000 Filipinli hemşirenin bir parçası olmuştur».

Hemşireliğin geleceğinde önemli konuları ele alan "2020-2030 Dünya Hemşirelik Durumu Raporu"¹⁵ 2020'ye atıfta bulunarak dünya çapında hemşire istihdamında ciddi bir boşluk bulunduğu; bu boşluğun düşük ve orta gelirli ülkelerde yoğunlaştığını belirtmiştir. Aynı raporda çalışan hemşirelerin büyük oranının dünya nüfusunun yalnızca yarısını oluşturan ülkelerde bulunduğu ifadelerine yer verilmiştir. Rapor; bir yandan hemşirelik iş gücüne gereksinimin artarken, diğer yandan başta Afrika, Güneydoğu Asya ve Doğu Akdeniz bölgelerinde olmak üzere hemşire açığının 2030 yılına kadar daha da genişleyeceğini öngörmektedir.

Söz konusu raporda yaşanan güçlüklerle de yer verilmektedir.¹⁵ Bunlar; göçmen hemşirelik sözleşmeleri, haksız fesihler, ayrımcılık, taciz veya ücret taleplerinin karşılanmaması, eyalet veya diğer yasa ve düzenlemelerin ihlaline ilişkin iddialar gibi konulardır. Yaşanan güçlüklerin çözümü için mahkeme dışı yasal olmayan bazı yollara başvurulma olasılığının artma endişesi de raporda belirtilmektedir.¹⁵

Dünya Sağlık Teşkilatı ve Uluslararası Göç Organizasyonu

Hemşirelik alanındaki göç olayları, Dünya Sağlık Teşkilatının da dikkatinde olup 2020 yılı Dünya Hemşireler ve Ebeler Gününde açıklamalar yapılarak konuya ilişkin yaklaşımlar aktarılmıştır.¹⁶

Uluslararası Göç Organizasyonu

Uluslararası Göç Organizasyonu¹⁷ (IOM- International Organisation for Migration) göç alanında çalışan Birleşmiş Milletler bağlantılı bir kuruluş olup Türkiye de bu organizasyonda yer almaktadır. IOM, kurulduğu yıl olan 1951'den itibaren insani ve düzenli göçü destekleyen bir organizasyondur. IOM, 2000 yılından itibaren her iki yılda bir dünya göç raporunu tüm boyutları ile yayınlamaktadır. Raporda göçü kolaylaştıran kuruluşlardan birisi olarak Ortak Pazar Ülkeleri gösterilmiştir.¹⁷ Bu ülkelerde serbest dolaşım hakkını kazanan öncelikli mesleklerden birisi hemşireliktir.¹⁸

IOM'un ilgilendiği diğer bir konu ise mülteciler olup bu grup içinde bulunan mülteci hemşirelerle ICNM¹³ ilgilenmektedir. Mülteci hemşirelerin, mesleklerini uygulama lisansları için dikkate alınmaları ve çalışmalarına izin verilmesi konusunda çalışmalar yürütülmekle beraber bazı ülkelerde halen sıkıntıların devam ettiği de belirtilmektedir.¹⁹

ICN, hemşirelerin göç olayları ile ilgili etik sorunlara da önem verilerek özetle şu etik sorulara dikkat çekilmektedir.²⁰

Hemşire Göçü ile İlgili Etik Sorular

- Dramatik hemşire kıtlığı çeken ülkelere hemşire almak kabul edilebilir mi?
- Yaşam koşullarını ve ailelerinin geleceğini iyileştirmek isteyen hemşirelerin istihdamını reddetmek etik midir?
- Kendi ülkelerinde işsiz olan hemşirelerin istihdamını reddetmek uygun mudur? vd.

Ayrıca hemşire göçü konusunda ICN'nin kınadığı hususlara da yer verilmektedir. Bunlar;

- Kronik hemşire sıkıntısı çeken ülkelere hemşire alımı,
- Geçici bir sağlık krizi yaşayan ve hemşirelere ihtiyaç duyan ülkelere hemşire alımı,
- İnsan kaynakları planlamasını uygulamada ve personeli işte tutmada başarısız olan ülkelere hemşirelerin işe alınması ve diğer bazı konular.

Hemşire Göçünü İyileştirme Önerileri

ICN, hükümetlere, hemşirelik sistemini düzenleyicilerine ve akreditasyon kuruluşlarına çağrıda bulunarak; konu ile ilgili çalışmalara ağırlık vermelerini ve kariyerini geliştirmek isteyen hemşirelerin göçünün önündeki engellerin kaldırılması için de çaba gösterilmesini istemektedir.²⁰ Çözüm arayışları içinde olan bir kuruluş da İngiltere'de yayımlanan NT Dergisidir. İngiliz hemşireler, kendi ülkelerinde çalışan yabancı uyruklu hemşirelerin çalışma

koşullarını inceleyerek hemşire göçü konusunda iyileştirme çalışmalarına yönelik bir yuvarlak masa toplantısı (13 Temmuz 2022) gerçekleştirmişlerdir.²¹ Toplantıya ilgili birimlerden üst düzeyde görevli 11 kişi katılmıştır. Özetle şu konular tartışılmıştır:

- *Denizaşırı hemşirelerin yaşadıkları kötü deneyimler;*
- *Kariyer ilerlemede yaşanan endişeler;*
- *Denizaşırı ülkelerden gelen hemşirelerden birçoğunun kariyer basamaklarını tırmanmadan çalışmasının yarattığı huzursuzluk vd.*

Toplantıdaki tartışmalarda olmaması gereken yaklaşımlara ilişkin bazı görüşler de dile getirilmiştir. Örneğin; “*Etnik olarak azınlık kökenden gelen hemşirelerin düşük bant seviyelerinde aşırı temsil edildiği*” konusudur. Bu yaklaşımın nedenleri üzerinde durulmuş ve “*sistemde ayrımcılık karşıtı olma konusunda dürüst bir yaklaşım ortaya konulmalıdır*” denilmiştir.²¹

Toplantıda kilit endişe alanları üç maddede yoğunlaşmıştır:²¹

1. Elde tutma
2. Refahı sağlama ve
3. Kariyerde ilerleme.

Bu konularda sorumluların kapsamlı bir yaklaşımı gerçekleştirmeye zorunlu oldukları da vurgulanmıştır.²²

NT, bir yıl sonraki sayılarında da konunun güncelliğini korumaya devam etmekte ve hemşire sıkıntısı yaratan nedenler üzerinde tartışmalarını sürdürmektedir.²²

Hemşire Sıkıntısı Yaratan Nedenler

İngiltere’de son yıllarda devam eden hemşire sıkıntısı için üç temel neden belirlenmiştir. Bunlar;²²

- Yaşlanan işgücü,
- Yaşlanan nüfus ve
- Covid-19 pandemisinin etkisidir.

Hemşire eksikliğini gidermek için Güney Asya, Güney Doğu Asya ve Afrika ülkelerinden uluslararası hemşireler istihdam edildiği de belirtilmektedir.²²

NT, başka bir yayınında Jamaikalı hemşirelerin “*ülkelerindeki hemşirelerin yaşadıkları zor durumlara acil yardım etmeleri için uluslararası çalışan Jamaikalı hemşirelerine çağrıda bulunmaktadır*” gibi duyurularına yer vermiştir.²³

NT, bir başka sorun olarak “hemşireleri avlamak için iş ajanslarının yasal olmayan çalışmalarına” yer vermiş ve bu konuda Filipinli hemşirelerin ajanslar tarafından “*kaçak avlanması*” ilk sıralarda gösterilerek önlem çalışmaları istenmiştir.²⁴

Hemşire Göçü Engelleri

Hemşire göçü tarih boyunca hızını kesmeden devam ederken savaşlar ve olağanüstü krizler sırasında ya da salgın hastalıklar nedeniyle göçün engellendiği de çeşitli raporlarla ortaya konulmuştur. Raporlarda; yakın tarihimizde tüm dünyayı etkileyen Covid-19 pandemisi ve bölge iç savaşlarında yasaklanan ancak yasal olmayan yollarla yapılan hemşire göçleri ya da mülteci hemşirelerin durumları vurgulanmıştır.²⁵ Mülteci hemşirelerin ülkelerinde yarattıkları boşluklar, diğer hemşireler tarafından doldurulurken kendi arzuları ile göç etmek isteyen hemşirelere izin verilmemesi gibi bir engelin oluşabildiğine de dikkat çekilmiştir.¹⁷

Uluslararası Hemşire Göçünün Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Hemşire göçü olumlu ve olumsuz yönleri ile hem göç eden hemşireleri hem de geride bıraktıkları ülkelerini etkilemektedir. Bu etkiler profesyonel anlamda:⁵

Hemşire Göçünün Olumlu Yönleri

- Eğitim fırsatları
- Mesleki uygulama olanakları
- Daha iyi çalışma koşulları
- Yaşam kalitesinde iyileşmeler
- Kültürlerarası hemşirelik işgücü (örneğin; ırksal ve etnik çeşitlilik)
- Bakımda kültürel duyarlılık/yeterlilik
- Beyin kazancı, vb.

Hemşire Göçünün Olumsuz Yönleri

- Hemşire sıkıntısı nedeniyle bazı sağlık tesislerinin kapatılması
- Ülkede kalan hemşirelerin daha fazla çalışması
- İşe alım ve istihdam uygulamalarında oluşan sıkıntılar
- Göçmenlerin savunmasız durumu, vb.

Ayrıca göçü etkileyen unsurlardan; hemşirelerin karar alma sürecine dahil olamamaları, terfi ya da gelecek kaygısı gibi nedenler üzerinde çalışmalar yapılırken; göç teorileri, göç modelleri ve göç siklusu gibi konularda da çalışmalar sürdürülmektedir.^{5,17,26}

TÜRKİYE'DE HEMŞİRE GÖÇÜ

Türkiye, Kırım Savaşı sırasında İngiliz Hemşire Florence Nightingale (FN)'e 1854-1856 yılları arasında yaklaşık iki yıl süren bir ev sahipliği yapmıştır. FN, İngiltere'den İstanbul'a ekibi ile gelerek Selimiye Kışlasında ve İstanbul'un birçok yerinde oluşturulan hastanelerde Kırım Savaşında yaralanan askerlerin bakımını üstlenmiştir. FN, gerçekleştirdiği çalışmalarını ülkesine döndüğünde de devam ettirerek 1860 yılında hemşirelik okulunun açılmasını sağlamış

ve hemşireliği profesyonel bir meslek haline getirmiştir FN'in bu çalışmaları, hemşirelik mesleğinin İstanbul'dan gelişerek dünyaya yayılmasına neden olurken FN'in çalışmalarını yakından izleyen Osmanlı İmparatorluğu yöneticileri ve halk, hemşirelik mesleği için ülkelerinde okul açılmasını sağlayamamışlardır. Daha sonra ülkede yaşanan savaşlar sırasında Hilal-i Ahmer Cemiyetinin gönüllü kadınları kısa süreli kurslar alarak yaralı askerlerin bakımını üstlenmişlerdir. 1923 yılında Cumhuriyet ilan edildikten iki yıl sonra (1925) İstanbul'da Kızılay Hemşirelik Okulu kurularak dünyadaki mesleki gelişmeler takip edilmeye başlanmıştır.²⁷ Türkiye'de hemşirelik mesleğinin gelişiminde yaşanan bu 65 yıllık (1860-1925) suskunluk dönemi, yabancı hemşirelerin ülkeye gelişlerini sağlamak için yapılan özendirici çalışmalara ya da yabancı hemşire göçüne katkıda bulunmuştur denilebilir. Özendirici çalışmalara bir örnek olarak NT Dergisinin 1910 yılı sayısında yayınlanan bir mektup verilebilir.²⁸ Bu mektup, Mardin'de görevli Amerikalı bir muhabir tarafından yazılmış olup gönüllü olabilecek hemşireler için çağrı yapılmaktadır. Özetlenen bu mektupta şu ifadeler yer almaktadır: *“Mardin'de eğitimli bir hemşire yok. Otuz yıldır burada tıbbi bir görevli/misyoner bulunmasına rağmen hemşire yok. Halk (Arap, Kürt ve Suriyeliler de dahil) son derece bilgisiz. Kadınların durumu acınası bir halde; kızlar 10 yaşına gelince evlenmiş oluyorlar. Ebeler çok bilgisiz ve bir kadın sıklıkla bir doktor göremeden ölmektedir. Bir hemşire burada güzel bir iklimde bulunmanın avantajına sahip olarak çalışabilir. Çalışmak isteyen hemşireler Mrs..... 'e müracaat edebilirler.»*

Son yıllarda ise Türkiye, hemşire göçü veren bir ülke olarak, ICN raporlarında yerini almaktadır. Hemşire göçüne ilişkin istatistiki bilgilere ulaşabilmek için Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2023 verileri araştırıldığında; TÜİK haber Bülteninde (06 Nisan 2023 tarih ve 45814 sayı) hemşirelere ilişkin sayısal verilere ulaşılamamıştır.²⁹ Göç ile ilgili diğer bir kurum olan İç İşleri Bakanlığındaki çalışma raporlarında da hemşirelerden söz edilmemektedir.³⁰

Yayın olarak Göç Araştırma Dergisi arşivinde de hemşire göçüne ilişkin bir çalışmaya rastlanılamamıştır.³¹

Türk Hemşireler Derneği (THD), hemşire göçünün yarattığı ve yaratabileceği sıkıntılara dikkati çekmek için hem ulusal medyada hem de çeşitli platformda söylemlerini devam ettirmektedir.³¹ THD, Türk hemşirelerin en çok gittiği ülkelerin Amerika, Kanada, İngiltere ve Almanya olduğunu belirtmektedir³¹. Yoğun Bakım Hemşireler Derneği de yoğun bakım hemşirelerinin göç sorununu röportajlarında vurgulamaktadır.³²

THD, hemşirelerin göç konusuna ilişkin eğilimlerini öğrenebilmek amacıyla önceki yılda yaptığı araştırmayı genişleterek 2023 yılında 8274 hemşireye online olarak ulaşmış ve

hemşirelerin göç eğilimlerini açıklamıştır.³³ Açıklamaya göre; ankete katılan hemşirelerden %76.3'ü yurtdışında hemşirelik yapmak istemektedir. Bu hemşirelerden %18.7'si yurtdışına göç için gerekli şartları sağlamaya çalışmakta olduğunu bildirmektedir. Hemşirelerin göç kararı almalarında; %55.7 ekonomik, %25.8 psikolojik ve fiziksel şiddet ile %48.9 mesleğe yönelik sorunlar etken olarak belirtilmektedir.

Öğrencilik döneminden itibaren göç olayının düşünüldüğü de bilinmekte ve göçle ilgili aracı kurumların bu alandaki aktivitelerini web sayfalarından ya da duyurularından izlemek eğitimcilerde ve çalışan hemşirelerde kaygı durumları yaratmaya devam etmektedir.

Sonuç

Dünyanın yaşadığı ve “hemşire kıtlığı” diye de vurgulanan sorunlar, özellikle gelişmekte olan Asya, Afrika ülkeleri ve Türkiye’den dünyanın gelişmiş ülkelerine hemşire göçünün yaşanmasına neden olmaktadır. Göç veren bu ülkelerin hemşirelik sistemlerinin oldukça zor koşullar yaşadıkları belirtilmektedir. Ancak çoğu hemşirenin kendi ülkelerini terk etmek konusunda isteksiz olduğu da bilinmektedir. Eğer göç veren ülkelerde çalışma koşulları, yeterli üst eğitim ve terfi olanaklarını iyileştirilebilir; hemşireler yetkili organlarda karar alma sürecine katılabilir ise hemşirelerin ülkelerinde çalışmalarını sürdürebilmeleri olanaklı hale gelebilir diye düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması: Yoktur

Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu. [Internet]. (Erişim Tarihi: 22.10.2023). Erişim Adresi: <https://www.bing.com/search?q=TDK>
2. Barışık S. Göç Kavramı, Tanımı ve Türleri. [Internet]. 2020. (Erişim Tarihi 20 Aralık 2023). Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/347388175>.
3. Ekici S., Tuncel G. Göç ve İnsan. 2015. Birey ve Toplum. Bahar. 5:9: 9-22 (Erişim Tarihi 20 Aralık 2023). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/307113>
4. Nursing Notes: Oppotunities in Australia. The Nursing Times. 1912; Sep.28:974.(Cited 2023 Sep.13). Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>
5. Kingma M. Nurses on the Move: Historical Perspective and Current Issues. [Internet]. OJIN. 2008. doi: 10.3912/OJIN.Vol13No02Man01. (Cited 2023 Aug.20). Available from: <https://ojin.nursingworld.org/>
6. Nursing Times. Florence Nightingale and the Women’s Movement. Nursing Times. 1929; Jan.12:35-36. (Cited 2023 Sep.20) Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>
7. Nursing Notes. Overseas Nurses Association. Nursing Times. 1919; June 28:636. (Cited 2023 Aug.20) Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>
8. Kruse M. Exchange of Nurses. Nursing Times. 1953; Sep. 12: 918-919.(Cited 2023 Dec.20). Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>

9. Catalogue of the archive of the Overseas Nursing Association, 1894-1972 [Internet]. Bodleian Libraries, University of Oxford. (Cited 2023 Nov.10). Available from: <https://www.bodleian.ox.ac.uk/weston>).
10. Stephans WED. How to Recruit More Nurses. Nursing Times. 1964; Nov. 27:1573-4. (Cited 2023 Oct.10). Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>
11. Mercer G., Mould, C., Taggart, L. Nurses on the Move. Nursing Times. 1976; March 24: 441-2. (Cited 2023 Nov.10). Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>
12. State of the World's Nursing 2020. [Internet]. Investing in Education, Jobs and Leadership. (Cited 2023 Oct.19). Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
13. ICNM [Internet]. Symposium on Global Nurse Mobility at the International Council of Nurses' Singapore Congress. 2019; Aug. 7. (Cited 2023 Sep.10). Available from: <https://www.intlnursemigration.org/>
14. Migration, Working Conditions & Gender Equity. Health Policy Watch, Independent Global Health Reporting. [Internet]. Geneva Health Forum 2020 13/11/2020. (Cited 2023 Oct.19). Available from: <https://healthpolicy-watch.news/shortage-nurse-migration-geneva-forum/>
15. Wakefield MK., Williams DR., Menestrel S Le., Flaubert JL. The Future of Nursing. 2020-2030 (Cited 2023 Oct.19). Available from: https://www.researchgate.net/publication/356125792_The_future_of_nursing_2020-2030
16. Q&A - State of the World's Nursing with WHO Expert Carey McCarthy originally broadcast. 07 April 2020. (Cited 2023 Oct.18). Available from: <https://www.youtube.com/watch?>
17. IOM. [Internet]. World Migration Report 2022. (Cited 2023 Oct.12). Available from: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>.
18. European Economic Community. Toward a European Nurse. Nursing Times. 1962; Sep.28:1227-8. (Cited 2023 Aug.10). Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>
19. ICN. [Internet]. Position Statement. Health of Migrants, Refugees and Displaced Persons. (Cited 2023 Oct.12). Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/PS_A_Health_migrants_refugees_displaced_persons_0.pdf
20. ICN. [Internet]. Position Statement, International Career Mobility and Ethical Nurse Recruitment. Adopted in 2019. (Cited 2023 May 21). Available from: https://www.icn.ch/https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/PS_C_International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment_En.pdf
21. Megan F. Rountable Report in Partnership with Dataflow. Whole-Scale Approach Needed to Help Overseas Nurses Thrive. N.Times. 2022. 04 August (Cited 2022 Sep.11). Available from: <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/whole-scale-approach-needed-to-help-overseas-nurses-thrive-04-08-2022/>
22. Nursing Times. Building Sustainable International Recruitment Pathways. Nursing Times; 2023. Dec.12. (Cited 2024 Jan.06). Available from: <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/building-sustainable-international-recruitment-pathways>
23. Devereux E. Jamaica 'Feeling the Brunt' of International Competition for Nurses. Nursing Times 2023. July. 06 (Cited 2023 Aug.06). Available from: <https://www.nursingtimes.net/news/global-nursing/jamaica-feeling-the-brunt-of-international-competition-for-nurses-06-07-2023/>

24. Devereux E. Poaching' of Nurses Leaving the Philippines in 'Difficulty'. Nursing Times. 2023. July. 05. (Cited 2023 July 05). Available from: <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/poaching-of-nurses-leaving-the-philippines-in-difficulty-05-07-2023/>
25. Shaffer FA., Gennaro RG., Alessandro SA. Nurse and Health Professional Migration During COVID-19. Prof Infirm. 2020 Jun-Sep;73(3):129-130. doi:10.7429/pi.2020.733129. Affiliations+ expand. PMID: 33355771.
26. ICN. [Internet]. Career Moves and Migration: Critical Question. 2002. (Cited 2023 Aug. 08). Available from: https://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/ICN_Career_Moves_and_Migration_539_1.pdf.
27. Hatipoğlu S. Selimiye'den Geleceđe Notlar. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Dergisi. 2011. s:103-111
28. Nursing Times. A Nurse For Asia (illustrated). Nursing Times. 1910. Sep. 24:790. (Cited 2023 Sep.01). Available from: <https://www.nursingtimes.net/digital-archive/>
29. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) [Internet]. Uluslararası Göç İstatistikleri 2021. (Erişim Tarihi 20 Mart 2024). Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Göç-İstatistikleri-2021-45814>
30. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi. [Internet]. (Erişim Tarihi 12 Aralık 2023). Erişim Adresi: <https://www.goc.gov.tr/gfmd--kuresel-goc-ve-kalkinma-forumu>
31. Göç Araştırmaları Dergisi Arşiv. (Erişim Tarihi 12 Aralık 2023). Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gad/archive>
32. Hemşireler de gidiyor. Fox Haber, 22 Temmuz 2022. (Erişim Tarihi 18 Şubat 2024). Erişim adresi: <https://www.youtube.com/watch?v=xnb>
33. Türk Hemşireler Derneği. Hemşire Göç Eğilim Çalışması Raporu. 26 Mart 2023. (Erişim Tarihi 18 Ekim 2023). Erişim Adresi: <https://www.thder.org.tr/hemsire-goc-egitim-calismasi-raporu>