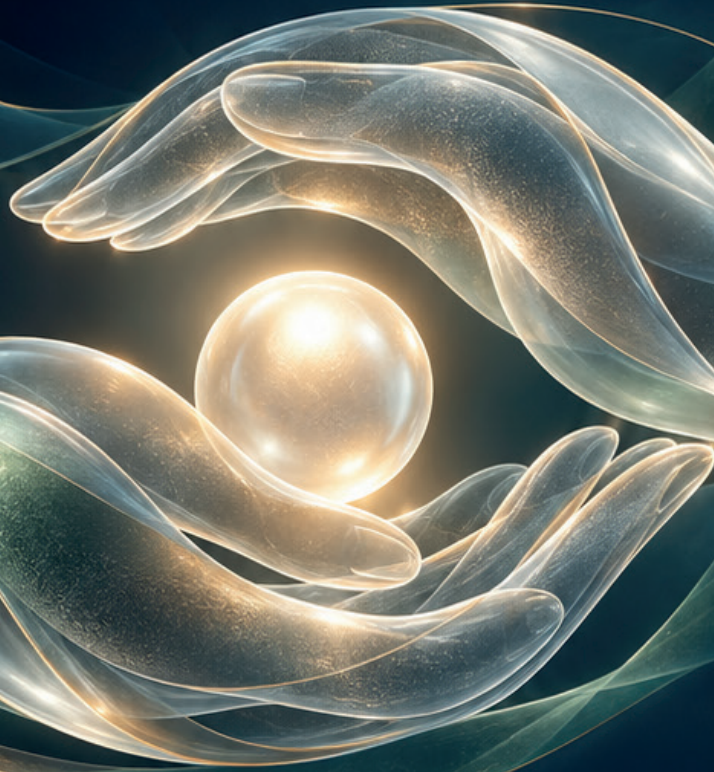


HEMŞİRELİK

ALANINDA ARAŞTIRMALAR
VE DEĞERLENDİRMELER



EKİM 2026



EDİTÖR



Doç. Dr. Aysun TÜRE

İmtiyaz Sahibi / Yaşar Hız
Yayına Hazırlayan / Gece Kitaplığı

Birinci Basım / Ekim 2026 - Ankara
ISBN / 978-625-321-346-6

© copyright

Bu kitabın tüm yayın hakları Gece Kitaplığı'na aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Gece Kitaplığı

Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

0312 384 80 40

www.gecekitapligi.com / gecekitapligi@gmail.com

Baskı & Cilt

Bizim Büro

Sertifika No: 42488

HEMŞİRELİK
ALANINDA ARAŞTIRMALAR VE
DEĞERLENDİRMELER

EKİM 2026

EDİTÖR

Doç. Dr. Aysun TÜRE

gece
kitaplığı

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

KANITA DAYALI UYGULAMALAR VE İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

İsmail AYKANAT 7

BÖLÜM 2

ALZHEİMER HASTALIĞINA GENEL BİR YAKLAŞIM VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Sıddıka ERSOY, Seval ASLAN, Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ 27

BÖLÜM 3

DAHİLİ HASTALIKLAR BAKIMINDA HEMŞİRELİK BAKIM MODELLERİ

İsmail AYKANAT 44

BÖLÜM 1

KANITA DAYALI UYGULAMALAR VE İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

İsmail AYKANAT¹

¹ Arş. Gör., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği AD, ORCID: 0009-0003-5290-1521, ismail.aykanat@ogu.edu.tr, Eskişehir/TÜRKİYE

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelerle, son yıllarda tedavi ve bakım süreçlerinde olumlu gelişmeler gerçekleşmesi sağlanmıştır. Günümüzde sağlık hizmetleri, yalnızca deneyimle ve geleneksel yöntemle değil, bilimsel kanıtlara dayalı karar verme süreçlerine yönelmiş ve bu doğrultuda gelişim göstermeye devam etmektedir. Bu süreçte karşımıza çıkan “kanıt”; klinik kararların, sistematik olarak elde edilmiş, güvenilir ve güncel bilimsel verilerle desteklenmesinin gerekliliğini vurgulayan bir kavramdır. Modern sağlık anlayışına göre, yapılan uygulamaların bilimsel temellere dayandırılması; bakımın kaliteli ve nitelikli sunumu, hasta güvenliği ve tedavi etkinliği açısından önemli yer edinmektedir (Usluoğlu & Güngörmüş, 2018).

Kanıt dayalı uygulamalar, sağlık hizmet sunucularının klinik karar verme süreçlerinde kişisel deneyim ve sezgilerden ziyade, en iyi mevcut araştırma bulgularına ve hastaların bireysel gereksinimlere dayanmasını sağlayan, holistik yaklaşımı ifade eder. Bu yaklaşımın temeli, tıp alanında kanıt dayalı uygulamalardan modern hemşireliğin gelişimini içine alan sürece dayanmaktadır (Dusin vd., 2023).

Kanıt dayalı hemşirelik kavramı ise, hemşirelik uygulamalarının bilimsel temele dayandırılarak, klinik karar vermenin ve hasta değerlendirmesinin birlikte yer aldığı bir modeldir. Bu model sayesinde, hemşireliğin yalnızca uygulamalı bir meslek değil, bilimsel temellere dayanan bir disiplin olduğu ortaya koyulmaktadır. Kanıt dayalı hemşirelikle birlikte, mesleki profesyonelleşme, bakım kalitesinin artması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik olumlu adımlar atılmıştır (McNett vd., 2021).

1. KANIT

Türk Dil Kurumu’na göre kanıt kavramı " Bir şeyin doğruluğunu ve gerçekliğini kanıtlamaya, ispat etmeye yarayan belge, delil, iz, argüman" şeklinde tanımlanmıştır (TDK Sözlük, 2025). Başka bir ifadeyle bir sonucu desteklemek için kullanılan ve gerçekle ilişkili olup, gözlem-deneyim yoluyla elde edilen bilgidir. Farklı bir tanıma göre ise kanıt, bir iddiayı, kararı veya uygulamayı desteklemek üzere kullanılan güvenilir bilgi ve bulguları ifade etmektedir. Bu çerçevede, araştırmalardan elde edilen bulguların, sağlık alanındaki uygulamaların ilerlemesi için en güvenilir kanıt kaynağı olduğu kabul edilmektedir. Kanıtın güvenilirliğinin değerlendirilmesinde çalışmanın metodolojik kalitesi, yanlılık riski, sonuçların tutarlılığı, doğrulanlılığı ve kesinliği gibi özellikler dikkate alınmalıdır. Elde edilen bilgiler, mevcut sorunlara ve uygulamalara çare olabilmek adına değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Bu değerlendirmede etkinlik, uygunluk ve uygulama olanakları göz önünde bulundurulmaktadır. Etkinliğini değerlendirme, kanıt dayalı uygulamaların müdahalelerde başarı durumlarını ifade

eder. Uygunluk değerlendirme, bakım verilen bireyin görüş ve tutumlarıyla ilgili olup; kişisel görüşe dayalı durumu ifade eder. Uygulama olanaklarını değerlendirme ise, sonuçların uygulanabilmesi adına gereken kaynak ve bütçe ile ilgili durumu ifade eder (Kahveci Ceylan & Mete, 2023).

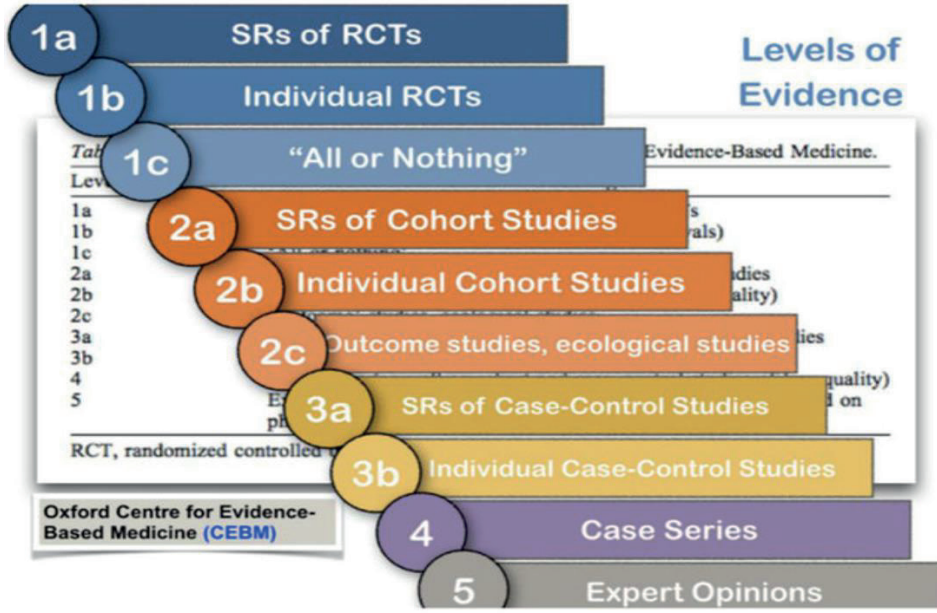
1.1. Kanıt Hiyerarşisi

Kanıtların değerlendirilmesi ve klinik karar verme süreçlerinde kullanılacak en uygun kanıtın belirlenmesi amacıyla farklı kanıt hiyerarşileri geliştirilmiştir. Kanıt hiyerarşisi, farklı araştırma tasarımlarının belirli bir klinik soruya yanıt verme gücünü sistematik biçimde değerlendirmeye yardımcı olan bir yaklaşımdır. Bununla birlikte, kanıt düzeylerinin yalnızca araştırma tasarımına göre değerlendirilmesi yeterli değildir; çalışmanın metodolojik kalitesi, yanlılık riski, tutarlılığı, doğrudanlığı ve kesinliği de dikkate alınmalıdır (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

Kanıt hiyerarşilerinden biri olan Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Kanıt Düzeyleri, klinik sorunun türüne göre en uygun kanıt kaynağının belirlenmesine yönelik geliştirilmiştir. OCEBM yaklaşımında prevalans, tanı, prognoz, tedavinin yararları, tedaviye bağlı zararlar ve tarama gibi farklı klinik soru türleri için ayrı kanıt düzeyleri tanımlanmaktadır. Bu nedenle kanıt hiyerarşisi, tüm klinik sorular için tek ve değişmez bir “kanıt piramidi” olarak değerlendirilmemelidir (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

Tedaviye ilişkin sorularda, randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemeleri genellikle en üst düzey kanıt kaynakları arasında yer almakta; bunu bireysel randomize kontrollü çalışmalar ve uygun gözlemsel çalışmalar izlemektedir. Bununla birlikte, tanı, prognoz veya prevalans gibi farklı klinik sorular için farklı araştırma tasarımları daha uygun kanıt sağlayabilmektedir. Bu nedenle klinik karar verme sürecinde yalnızca kanıt düzeyine değil, kanıtın metodolojik özelliklerine ve klinik soruyla uyumuna da dikkat edilmelidir (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

Bu doğrultuda, Şekil 1’de tedaviye ilişkin sorular için OCEBM tarafından tanımlanan kanıt düzeyleri gösterilmektedir.



Şekil 1. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) kanıt düzeyleri

1.2. Kanıt Düzeyleri

Kanıt dayalı yaklaşımda, en kaliteli ve uygun kanıtı bulmak oldukça zordur. Kanıtlarının düzeylerinin belirlenmesi için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Hemşirelik literatüründe kullanılan kanıt düzeyi sınıflamalarından biri yedi düzeyden oluşmaktadır:

- Seviye 1: En iyi kalitede 3 ve üzeri randomize kontrollü çalışmaların sistematik olarak incelenmesinden elde edilen sonuçlar
- Seviye 2: En az 1 adet randomize kontrollü çalışmadan elde edilen sonuçlar
- Seviye 3: Randomizasyon yapılmadan yapılmış, başarılı ve kontrollü araştırmalardan ya da yarı deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçlar
- Seviye 4: Kaliteli bir vaka-kontrol veya kohort çalışmalarından elde edilen sonuçlar
- Seviye 5: Tanımlayıcı ve nitel araştırmaların sistematik incelemelerinden elde edilen sonuçlar
- Seviye 6: Tanımlayıcı, nitel veya kalitatif çalışmalardan elde edilen sonuçlar
- Seviye 7: Uzman görüşü veya komite raporlarından elde edilen kanıtlar (Melnik & Fineout-Overholt, 2022; Aypek, 2025)

Kanıt düzeylerine ilişkin farklı bir derecelendirme yönteminde İngiliz Ulusal Sağlık Kurumu (NHS), dört temel düzeyi esas almıştır. Bu düzeyler;

- Düzey A: Çıkan sonuçların birbiriyle örtüştüğü randomize kontrollü çalışmalar, kohort çalışmaları, farklı kültürlerde geçerliliği gösterilmiş klinik kararlar

- Düzey B: Çıkan sonuçların birbiriyle ilişkili olduğu retrospektif kohort, ekolojik, deney-kontrol çalışmaları, düzey A'dan çıkarım yapılarak ulaşılan sonuçlar
- Düzey C: Olgu serileri ya da düzey B'den çıkarım yapılarak ulaşılan sonuçlar
- Düzey D: Eleştirel bakış açısıyla incelenmeden, fizyoloji veya laboratuvar çalışmalarından yola çıkılan uzman görüşleri (Alış Bay, 2024).

2. KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Kanıt dayalı uygulama, bireysel hasta bakımına yönelik karar ve girişimlerde, bilimsel temelli en güçlü kanıtların, klinik deneyimlerin ve hasta gereksinimlerinin bir araya getirilmesi ile; bakım sürecinde kullanılmasına dayalı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Özkan Tuncay & Seller Afşar, 2024). Kanıt dayalı uygulamalar, mevcut kaynakları verimli kullanarak, birey ve toplumun fiziksel, çevresel ve psikososyal sağlığını sürdürme amacı taşıyan sağlık bakım hizmetlerinde kullanımı oldukça önemli yer edinmektedir. Kanıt dayalı uygulamalar; sağlık profesyonellerinin tecrübesinin eldeki kaynaklarla birleştirilerek, hastanın sağlık durumu, ihtiyaçları, değerleri ve tercihlerini dikkate alıp karar vermeyi sağlayan bütüncül bir yaklaşımı içermektedir. Kanıt dayalı uygulamaların kullanımı, yüksek kalitede bakım hizmetinin sunulmasına destek sağlamaktadır (Zabaleta-del-Olmo vd., 2016; Taş Arslan vd., 2023; Alış Bay, 2024). Günümüzde sağlık profesyonellerinin, güncel bilgilere ulaşım uygun ve kaliteli hizmet sunumuna yardımcı olmak adına kanıt dayalı uygulamaları kullanımı önem taşımaktadır. Kanıt dayalı uygulama için bilgi ve beceriye sahip olmak, hasta güvenliği ve bakımında her seviye hemşire ve sağlık profesyoneli için gereklidir. Kanıt dayalı uygulamalar, bilimsel çalışma ve uygulamalar arasındaki farkı en aza indirmeyi amaçlar. Bunların yanı sıra kanıt dayalı uygulamalar, hastanede yatış süresinin azalmasıyla sağlık bakım hizmetlerinde maliyeti düşürebilir, hastaların uygulamalara katılımını sağlar ve sağlık profesyonellerinin güncel konular doğrultusunda eğitim almalarına olanak sunar (Cheng vd., 2017; Melnyk & Fineout-Overholt, 2022; Aydın, 2025).

2.1. Kanıt Dayalı Uygulamaların Tarihsel Gelişimi

Kanıt dayalı uygulama felsefi kökenleri 19. yüzyılın ortalarında Paris'teki klinik gözlem ve epidemiyolojik çalışmalara kadar uzanmaktadır. Bu dönemlerde hekimler, aynı tıbbi tanıya sahip olan bireyleri, farklı tedavi yöntemleri uygulamış ve istedikleri sonuçları elde edememişlerdir. Bunun üzerine tedavi ve prognoz, istatistiksel olarak hesaplanması gerekliliği ortaya çıkmış ve kanıt dayalı tıbbın temeli atılmıştır. Böylece hastaların mevcut durumlarının, hekimlerin kendi bilgi ve becerileriyle dayalı sezgisel tıbbın yerine, bu yöntemin daha güvenilir olduğunu kabul edip hayata geçirmişlerdir. Kanıt dayalı uygulamaların modern anlamda doğuşu, 1970'li yıllarda Archie Cochrane isimli epidemiyolog tarafından, sağlık

alanında klinik uygulamanın bilimsel kanıtlara dayanması gerekliliğini vurgulamasıyla başlamış ve bu doğrultuda önemli çalışmalar gerçekleştirmiştir. David Eddy'nin 1990'lı yılların başındaki çalışmalarıyla 'evidence-based' yaklaşımının kullanımı yaygınlaşmış; 'evidence-based medicine' terimi ise 1992 yılında McMaster Üniversitesi'ndeki çalışma grubunun yayınlarıyla tıp literatüründe belirginleşmiştir. Bu tarihlerden itibaren tıp eğitiminde önem kazanan kanıta dayalı uygulamalar, 1996 yılında Dr. David Sackett tarafından yeni bilgi öğrenme, öğrenilen bilgiyi değerlendirme ve uygulama yöntemi olarak kabul görmüştür. Tıp ve sağlık alanındaki değişme ve gelişmelerle deneysel yaklaşımlar önem kazanmış ve kanıta dayalı uygulamalar için dönüm noktası olmuştur. Bu nedenle kanıta dayalı uygulamalarda, etkili literatür taraması ve mevcut literatürü kanıt kurallarına uygun değerlendirme gibi yeni beceriler ortaya çıkmıştır. Tüm bu gelişmeleri takip eden yıllarda, yüksek kaliteli çalışmaları özetleyen dergilerin popülerlik kazanması, Cochrane İşbirliği'nin kurulması, sistematik derlemelerin yapılması ve yaygınlaşması, kanıt temelli yenilikçi tıp yayınlarının yapılması gibi bir takım olumlu çalışmalar gerçekleşmiştir. Bu çalışmaların sonucunda, kanıta dayalı uygulamalar lisansüstü dönemde popülerlik kazanmış; bunlara yönelik kurs, eğitim ve çalışmalar yaygınlaşmış; böylece kanıta dayalı uygulamaların literatürdeki yeri ve gücü artarak girişim ve müdahaleler sağlam temellere dayandırılmıştır (Yates, 2017; Şahin, 2023; King & Yauger, 2024).

2.2. Kanıta Dayalı Uygulama Süreci

Kanıta dayalı uygulamalar, hasta değerleri ve tercihleri ile klinik uzmanlığı birleştiren, kaliteli araştırmaların sonuçlarından elde edilen en güçlü kanıtları içermektedir. Kanıta dayalı uygulamaların 3 temel bileşenleri genişletilmiş haliyle şu şekildedir:

- Bir klinik araştırma sorusu için gereken en iyi müdahaleyi içeren araştırmanın sistematik olarak araştırılması ve eleştirel olarak değerlendirilmesi sonucu, araştırma kanıtlarının kullanılmasıdır.
- Uygulamayı yapan kişinin, klinik uzmanlığı ve deneyimini içermesi, kapsamlı hasta değerlendirmesi ve hasta bakımında mevcut kaynakları değerlendirip kullanmasıdır.
- Hastanın değer ve inançları, kültürü ve tercihlerini göz önünde bulundurarak müdahaleleri kişiselleştirmesidir (Şahin, 2023).

Bu bileşenlerin bir araya gelmesiyle kanıta dayalı uygulama süreci başlamaktadır. Kanıta dayalı uygulama süreci, belirlenen klinik soruya yönelik yapılandırma, literatür tarama, en iyi kanıt bulma, bulunan kanıtın kalitesini belirleme ve uygun koşullar çerçevesinde uygulamayı içermektedir (Horntvedt vd., 2018; Aydın, 2025). Bu basamakların uygun sırayla ve özenle yapılması; hasta, sağlık profesyoneli ve sağlık kuruluşu için iyileştirme ve geliştirme açısından

önemli yer edinmektedir. Kanıta dayalı uygulama için gerekli basamaklar literatürde farklı türlerde karşımıza çıksa da en yaygın kullanılan formu, Melnyk ve Fineout-Overholt (2022) tarafından geliştirilen yedi basamaktan meydana gelmektedir. Bu basamaklar:

Adım 0: Kanıta dayalı uygulama ruhunun geliştirilmesini içermektedir. Araştırma kültürü gelişmeden, bireylerde kanıta dayalı uygulamaların özümsemesi, başarısı ve devamlılığı sağlanamaz. Araştırma kültürü ve sorgulama yeteneği ile araştırma sorusu ve kanıta dayalı uygulama yapmak için temel oluşturulmaktadır.

Adım 1: Klinik araştırmayı elde etmek için uygun ve cevaplanabilir biçimde soru oluşturulması gerekmektedir. Araştırma sorusunun oluşturulmasına yönelik geliştirilen PICOT formatı, bu süreci kolaylaştıran bir yöntemdir. Bu formatın kullanılması, geniş literatür içinde dağılmayı engeller ve cevaba odaklanmayı sağlamaktadır.

- **P** (Population/Patient-Hasta): Hedef grup veya hasta popülasyonunun özellikleri (yaş, cinsiyet, mevcut klinik seyir vb.)
- **I** (Intervention\Indicator-Müdahale): Yapılan uygulama, tanı testi, tedavi, girişim
- **C** (Comparison-Karşılaştırma): Karşılaştırılan alternatif grup
- **O** (Outcome-Sonuç): Ortaya konulabilecek sonuçlar, etkiler
- **T** (Timeframe-Zaman Aralığı): Uygulamanın yapıldığı süre veya izlem zamanı

Adım 2: PICOT tarzında oluşturulan soruya yönelik en iyi mevcut kanıt bulmak için anahtar kelime oluşturmayı içerir. Bu anahtar kelimelerle hızlı ve etkili şekilde literatür taraması bu adımda yapılmaktadır.

Adım 3: Tarama sonucunda bulunan çalışmaların geçerlik, güvenilirlik ve uygulanabilirliği açısından değerlendirilmesini içerir. Değerlendirme sonucunda hasta yararı göz önünde bulundurularak kanıt piramidi ve hiyerarşisine göre sıralama yapılmalıdır.

Adım 4: Araştırma sonucu elde edilen kanıtların, hasta değer ve tercihleri göz önünde bulundurularak uygun olan kanıtın uygulanmasını içermektedir. Uygulama sürecinde hastaya uygun bir yaklaşımla, sağlık profesyonelinin bilgi ve becerisi dahil edilerek bulunan en güvenilir kanıt kullanılmaktadır.

Adım 5: Uygulama yapılan kanıtın hasta üzerindeki sonuçlarının değerlendirildiği aşamadır. Bu süreçte uygulanan girişimin ve bakımın kalitesi değerlendirilip, uygulamayı yapan kişinin hangi adımda başarılı veya başarısız olduğunu ortaya konur. Böylelikle hatalar daha kolay saptanmakta ve hasta yararına en uygun girişim tespit edilmektedir.

Adım 6: Elde edilen kanıta dayalı uygulama verilerinin sağlık çalışanları arasında yayıldığı basamaktır. Kanıta dayalı uygulamaların kongre, sempozyum ve dergilerde yayımlanması,

diğer hastalara da yarar sağlayacağı için son derece önemli yer edinmektedir (Gallagher-Ford vd., 2011; Melnyk & Fineout-Overholt, 2022; Aypek, 2025).

2.3. Kanıta Dayalı Çalışmalara Erişim ve Araştırma Kayıt Sistemleri

Kanıta dayalı uygulamalar bağlamında, elde edilen araştırma bulgularının etkin şekilde kaydedilmesi ve kullanılması; kaynakların güvenilir, şeffaf ve erişilebilir olması açısından önemli yer edinmektedir. Sistemik derleme, meta analiz ve randomize kontrollü çalışmalar gibi yüksek düzeyde kanıt sunan çalışmaların veri tabanlarında çalışma öncesinde kaydedilmesi, çalışma sürecinde izlenmesi ve tekrarlanan çalışmaların önüne geçilebilmesi açısından önemlidir. Ayrıca bu veri tabanları ile bias riskinin azaltılması ve araştırma bulgularının kliniğe etkili biçimde aktarımı açısından kritik rol üstlenmektedir.

Kanıta dayalı uygulama yapan araştırmacıların bu veri tabanları tanımaları, yapılan çalışmaların nitelikli olmasını sağlamak açısından önemli yere sahiptir (Jones vd., 2014; Cengiz Yanardağ vd., 2023).

- **Randomize Kontrollü Çalışmalar (RKÇ):** Bir müdahalenin etkisini değerlendirmek amacıyla, araştırma katılımcılarının rastgele (random) seçilmesiyle; deney (müdahale) ve kontrol gruplarına ayrıldığı çalışmalardır. RKÇ'ler nedensellik ilişkisini en güçlü biçimde gösteren araştırma türüdür. Bu yöntem sayesinde, olası karıştırıcı değişkenlerin etkisi azaltılarak, elde edilen sonuçların güvenilirliği artırılmaktadır. RKÇ'ler için çalışma öncesinde kayıt ve çalışma sürecinde izlem için bazı veri tabanları mevcuttur. Bunlar; ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi (ClinicalTrials.gov), International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN Registry), Avrupa Birliği Klinik Araştırmalar Veritabanı (EU Clinical Trials Register), WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) şeklinde sıralanmaktadır (Dağıstan Akgöz & Özer, 2020; Garg & Maurya, 2023).
- **Sistemik Derlemeler:** Belirli bir araştırma sorusu doğrultusunda, mevcut literatürün önceden belirlenmiş ve şeffaf bir yöntemle taranması, seçilmesi, değerlendirilmesi ve sentezlenmesi sürecidir. Sistemik derlemenin amacı, konuya ilişkin tüm nitelikli çalışmaları kapsamlı biçimde inceleyerek, bias riskini en aza indirmek ve güvenilir sonuç elde etmektir. Sistemik derlemeler, çalışma başlangıcında protokol olarak kaydedilir. Bu kayıt, aynı konudaki tekrarlı çalışmaları önlemek, yöntemin şeffaflığını sağlamak ve bias riskini azaltmak açısından önemlidir. Sistemik derlemelerde, Cochrane Database of Systematic Reviews ve Joanna Briggs Institute (JBI) Database of Systematic Reviews and Implementation Reports gibi veri tabanları kullanılmaktadır (Çınar, 2021; Pieper & Rombey, 2022).

- **Meta Analizler:** Aynı konuda yapılmış benzer nicel çalışmaların sonuçlarını istatistiksel olarak analiz edip birleştirilerek oluşturulan çalışmaları kapsamaktadır. Meta analizlerin amacı, bireysel çalışma sonuçlarını bir araya getirip, daha güçlü, genellenebilir ve güvenilir kanıtlar elde etmektir. Meta analizler, genellikle sistematik derlemelerin bir parçasıdır ve farklı çalışmalar arasındaki tutarlılığı değerlendirir. Sistematik derlemelerde olduğu gibi protokol oluşturulur ve aynı veri tabanlarına kaydedilir (Pieper & Rombey, 2022).

3. KANITA DAYALI HEMŞİRELİK

Kanıt dayalı hemşirelik, “Klinik karar vermede aşamasında mevcut en iyi kanıtları, hasta istekleri ve hemşirenin klinik deneyimleri ile kullanılması” şeklinde ifade edilmektedir (Aypek, 2025). Kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları, hemşirelik mesleğinin profesyonel ve bilimsel temelli olması için büyük önem arz etmektedir. Kanıt dayalı hemşirelik yaklaşımında, kanıt dayalı uygulamalarda olduğu gibi; hasta değerleri ve tercihleri göz önünde bulundurularak, bilimsel yöntemlerle ulaşılan kanıtların hemşirelik bakım sürecine yansıtılması gerekmektedir. Kanıt türlerini sentezlemek ve bunları eleştirel yaklaşımla değerlendirmek, bakım sürecinde olumlu sonuçlar açısından etkilidir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN), kanıt dayalı hemşirelik için 2012 yılı temasını “Boşluğu Doldurmak-Kanıttan Eyleme” olarak belirlemiştir. Bu bağlamda kanıt dayalı hemşireliği” klinik karar vermede problem çözme yaklaşımı” olarak ifade etmektedir. Kanada Hemşireler Birliği (CNA) ise kanıt dayalı hemşireliğin karar verme temeline dayandığını, hasta sonuçlarının olumlu olması, klinik uygulamanın geliştirilmesi ve hemşirelerin sağlam temelli karar vermelerini sağlaması için kullanılması gerektiğini öne sürmektedir (CNA, 2010; ICN, 2012). Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nin 6.maddesinde; hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları “ Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıt dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.” şeklinde tanımlanarak, kanıt dayalı uygulama kavramı vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010)

3.1. Kanıt Dayalı Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

Kanıt dayalı uygulama yaklaşımının temeli 19. yüzyıla dayanmakta olup; hemşirelik mesleğinde de modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale ile aynı dönemde başlamıştır. Florence Nightingale, Kırım Savaşı sırasında yaptığı gözlemler, kayıtlar ve istatistiksel analizlerle sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde veriye dayalı yaklaşımın önemini ortaya koymuş; hijyen, sanitasyon, havalandırma, beslenme ve çevre koşullarının

iyileştirilmesine yönelik uygulamaları desteklemiştir. Scutari hastanelerinde yüksek seyreden ölüm oranlarının, sanitasyon koşullarının iyileştirilmesiyle Şubat 1855'te yaklaşık %42,7'den Haziran 1855'te %2,2'ye kadar gerilediği bildirilmiştir (McDonald, 2016). Bu çalışmalar, hemşirelik uygulamalarında kanıta ve istatistiksel verilere dayalı karar verme yaklaşımının gelişimine önemli katkı sağlamıştır. Florence Nightingale'in 1859 yılında yayımladığı "Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not" isimli kitabı, hemşirelikte gözlem ve veri temelli karar vermenin ilk örneklerinden biridir. Nightingale, uyguladığı girişimlerle hemşirelik mesleğinde sistematik gözlem ve veri toplamanın önemini ortaya koymuştur (Aravind & Chung, 2010; Aydın, 2025). Modern anlamda ise; 1950'li yıllarda Virginia Henderson, Callista Roy gibi önde gelen isimler sayesinde, klinik uygulamalarda kuramsal ve araştırma temelli yaklaşımlar; kanıta dayalı hemşireliğin gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır. 1972 yılında Archie Cochrane isimli epidemiyolog tarafından tıp alanında "Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services (Etkinlik ve Verimlilik: Sağlık Hizmetleri Üzerine Random Düşünceler)" isimli kitap yayımlanmış ve kanıta dayalı sağlık hizmetlerinin gelişiminde önemli bir dönüm noktası olmuştur. Takip eden yıllarda hemşirelik modelleri ve teorileri, uygulama rehberleriyle ilişkilendirilmiştir. 1990'larında başında "Sigma Theta Tau International (STTI)" isimli uluslararası hemşirelik topluluğu, "EBN: Evidence-Based Nursing (Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama)" kavramını ortaya atmış ve Evidence-Based Nursing dergisi 1998 yılında yayımlanmaya başlamış ve hemşirelikte kanıta dayalı uygulama yaklaşımının yaygınlaşmasına katkı sağlamıştır. Cochrane İşbirliği ve Joanna Briggs Institute (JBI) gibi kuruluşlar, hemşirelikte sistematik derlemeler oluşturan ve kanıta dayalı uygulama rehberleri/kılavuzları geliştiren öncü kurumlar arasında yer almıştır. Cochrane İşbirliği'nin kurduğu küresel ağ ile, hemşireler kanıta dayalı uygulamalar için güncel ve güvenilir sistematik derlemelerden yararlanmaya başlamıştır. JBI ise, Avustralya'da kurulmuş ve hemşirelik araştırmaları uygulamaya dönüştürmeyi amaçlayarak, kanıta dayalı uygulamalar adına rehberler geliştirmiş; dünya genelinde JBI Collaboration merkezleri sayesinde hemşirelere kanıta dayalı uygulama eğitimi ve danışmanlığı sağlamaya başlamıştır. 2000'li yıllarda birçok ülkede hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar, sağlık politikalarına dahil edilmiştir. 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve ICN, hemşirelikte kanıta dayalı uygulamaları ile hasta güvenliği, hasta bakım kalitesi ve maliyeti destekleme gerekçesiyle teşvik etmiştir. ICN 2012 yılında uyguladığı tema ile, CNA ise 2010 yılında kanıta dayalı hemşireliğin önemini vurgulamıştır. NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association-Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği), 2024 terminolojisinde hemşirelik tanılarının kanıt düzeylerini belirlemiş; belirli hemşirelik tanısının geliştirilmesi veya geçerliliğinin

doğrulanmasını destekleyen araştırmalardan elde edilen veriler, kanıtların gücüyle ilişkilendirilmiştir. (Cullen vd., 2008; Mackey & Bassendowski, 2017; Aydın, 2025).

Türkiye’ de kanıta dayalı hemşirelik ise; ilk olarak 2007 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “21 Hedefte Türkiye- Sağlıkta Gelecek” isimli raporda; tüm ülkelerin sağlık hizmeti sunumunda kanıta dayalı uygulamaları kullanımı ve bu uygulamaların geliştirilmesinin önemi ve mevcut durumu vurgulanmıştır. Daha sonra “Hemşirelik Yönetmeliği” nde, hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları arasında, kanıta dayalı uygulamalar yer almıştır. Takip eden yıllarda Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından yayımlanan Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi ve Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi gibi yayınlarda, kanıta dayalı çalışmalar artış göstermiştir. Türk Hemşireler Derneği, ICN ve JBI gibi kuruluşlarla kanıta dayalı rehberlerin kullanımı için iş birlikleri geliştirmiştir. Günümüzde ise hemşirelik eğitimi ve hizmetlerinde kanıta dayalı hemşirelik konuları oldukça fazla yer edinmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar ve tezler gün geçtikçe artış göstermektedir. Ayrıca Yükseköğretim Kurulu 2022 yılı Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’nda kanıta dayalı uygulamalar, temel yeterlilik alanı olarak tanımlanmıştır (HEMED, 2022; Alış Bay, 2024; Aydın, 2025).

3.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Amaçları ve Faydaları

Hemşirelik uygulamalarının temel amacı, kanıta dayalı uygulamalar için sağlam bir alt yapı oluşturmak ve tüm hemşirelerin bundan en optimal düzeyde yararlanmasını sağlamaktır (Ceylan & Mete, 2023). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile, araştırma ve uygulama oluşan farkı ortadan kaldırmayı ve ikisi arasında güçlü bir ilişki kurmayı amaçlanmaktadır. Ayrıca yapılan hemşirelik girişimleri ve hasta bakım kalitesini artırmayı, klinik karar vermede güvenli ve etkili adımlar atmayı, bilimsel bilgi kullanımını artırmayı da amaçlamaktadır (Mackey & Bassendowski, 2017; Alış Bay, 2024; Aypek, 2025). Bu amaçlar doğrultusunda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanımı yaygınlaşmış ve birtakım faydaları beraberinde getirmiştir. Bunlar:

- Teori ve model gelişimine katkı sunarak, hemşirelere bilgi ve beceri kazandırır.
- Komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlar.
- Hemşirelik bakım uygulamalarındaki farklılıkları ortadan kaldırmaya yardımcı olarak sağlık bakımını standardize eder.
- Hemşirelerin kanıta dayalı bilgiler ışığında bakım uygulamalarını gerçekleştirmesine ve sorunları çözmesine yardım eder.
- Mevcut uygulamaların iyileştirilmesi ve yenilikçi girişimler getirmesine destek olur.

- Hemşirelerin etkili ve verimli karar almalarını destekler.
- Uygulama hatalarının en aza indirgenmesini sağlar.
- Hasta ve ailenin bakım sürecine katılımını teşvik eder.
- Hasta ve yakının, sağlık profesyonellerine olan güvenini artırır.
- Kaynakların etkili ve verimli kullanılması sağlanarak, hastaneye yatışı ve maliyetleri en aza indirger.
- Hemşirelerin mesleki memnuniyetini artırır.
- Hemşirelik mesleğinin otonomisini artırarak, profesyonel olarak gelişmesine katkı sunar (Aygün & Yıldırım, 2021; Vaajoki vd., 2023; Connor vd., 2023; Üner & Baykal, 2024).

3.3. Kanıta Dayalı Hemşireliğin Karşılaştığı Engeller

Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, klinikte hem mesleki açıdan hem hastalar açısından oldukça önemli yere sahiptir. Fakat bu uygulamaların önünde bazı engeller bulunmaktadır. Bu engeller bireysel bazlı veya işletme bazlı olarak çeşitlilik gösterebilmektedir (Kahveci Ceylan & Mete, 2023).

- Bireysel düzeydeki engellere bakıldığında; hemşirelerin araştırma yapma ve okuma seviyelerinin düşük düzeyde olması, geleneksel yöntemlere bağlı kalıp kanıta dayalı yöntemleri kabullenememesi, yoğun çalışma şartları sebebiyle araştırmaları uygulayacak vakit bulmaması, kanıta dayalı uygulamaların etkisini hemen gösterememesi sebebiyle ilgisinin azalması gibi durumlardır (Kahveci Ceylan & Mete, 2023; Alsadaan & Elsayed Ramadan, 2025).
- Kurumsal düzeydeki engeller ise; hastane yönetiminin kanıta dayalı uygulamayı teşvik etmemesi, bilimsel araştırma için gerekli kaynakların yetersizliği, lider hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda literatür eksikliği, multidisipliner çalışma şartları gereği ekip içi iletişim eksikliği, politika ve mevzuatlardaki yetersizlikler şeklinde sıralanabilmektedir (Pitsillidou vd., 2021; Khaled, 2024; Kahveci Ceylan & Mete, 2023).

3.4. Kanıta Dayalı Hemşirelik Eğitimi

Kanıta dayalı hemşirelik eğitimi, öğrencilerin ve sağlık profesyoneli olan hemşirelerin güncel literatür doğrultusunda araştırma yapmalarını teşvik etmek amacıyla önemli yer edinmektedir. Gelişime ve değişime açık olan hemşireler, bilgi birikimlerini artırarak mesleki olarak ilerlemekte ve hemşirelik uygulamalarını güncel tutmaktadır. Kanıta dayalı hemşirelik eğitimi alan öğrencilerin mesleki gelişimlerinin desteklendiği ve bakım verici rollerinin benimsendiği

görülmektedir (Fiset vd., 2017; Dişbudak, 2023). Bununla birlikte, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının geliştirilmesi, kanıta dayalı uygulamaların mesleki eğitimin erken dönemlerinden itibaren kazandırılmasının önemini ortaya koymaktadır (Alruwaili vd., 2025). Ayrıca bu eğitim sayesinde hemşireler, uygulamalarında kılavuz kullanımını sağlayıp bakım kalitesini artırmakta, çalışma alanlarında kanıta dayalı uygulamaları yaygınlaştırmakta, karşılaştıkları problemlerin üstesinden gelmekte, karar verme mekanizmalarını geliştirmekte, mesleki hatalarını azaltmakta, mesleki tatminlerini artırmakta ve sorgulama yeteneklerini artırarak araştırma ve bilime yönelmeleri güçlenmektedir. Öğrencilerin meslek hayatına geçmeden önce kazandıkları kanıta dayalı uygulama becerisi, doğru kanıt bulma, kanıt değerlendirme ve değerlendirme sonucunda kanıt uygulama süreçleriyle hemşirelerin otonomisinin güçlendirmekte, literatüre yeni çalışmalarla katkı sağlamakta ve sağlık okuryazarlığının gelişimine destek olmaktadır. (Horntvedt vd., 2018; Dişbudak, 2023; Jeong vd., 2024; Aypek 2025).

Florence Nightingale ile 19. Yüzyılda temelleri atılan kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, hemşirelik mesleğinin gelişmesiyle birlikte ilerleme göstermeye devam etmektedir. Teori ve uygulama arasındaki farkı en aza indirmek amacıyla, ülkemizde lisans ve lisansüstü hemşirelik programlarında kanıta dayalı uygulamalar ders ya da konu olarak ele alınmaktadır (Mackey & Bassendowski, 2017; Keçeci & Demiray, 2017).

3.5. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulama Yaklaşımı

Gelişen ve değişen dünya düzeninde dijitalleşmenin etkisiyle yaşanan teknolojik gelişmeler, hastalıkların erken tespit edilmesini ve tedavi imkanlarını artırarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini yükseltmektedir. Buna ek olarak sağlık bakım maliyetlerinin düzenlenmesi, hastaların hatalı uygulamalar karşısında endişesi ve bilgi alma istekleri, sağlık profesyonellerine olan güvende azalma gibi nedenlerle kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik bakımında kullanılması önemli bir gereklilik haline gelmiştir. Türkiye'de klinik alanda çalışan 482 hemşire ile gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada, hemşirelerin kanıta dayalı uygulama yeterliliklerinin orta-üst düzeyde olduğu ve eğitim düzeyi ile aynı klinik birimde iki yıl veya daha uzun süre çalışma gibi faktörlerin kanıta dayalı uygulama yeterliliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Yurdagül, 2025). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yenilikçilik düzeyi ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları arasında pozitif yönde ilişki olduğu ve yenilikçilik düzeyi arttıkça kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumun da arttığı bildirilmiştir (Yanmış & Özcan, 2022). Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı yalnızca klinik sonuçlarla yeterli kalmayıp, bakımın güvenli, etkili, bireyselleştirilmiş ve güncel bilimsel bilgilerle uyumlu biçimde sunulması gerekliliğini

de vurgulamaktadır. Bu doğrultuda kanıta dayalı uygulamalar, mevcut en iyi araştırma kanıtlarının klinik uzmanlık ve bireyin değerleri, tercihleri ve gereksinimleriyle bütünleştirilerek bakım sürecine yansıtılmasını sağlayan önemli bir yaklaşım olarak ele alınmaktadır (Cleary-Holdforth vd., 2022; World Health Organization [WHO], 2025a).

İç hastalıklarına ilişkin kliniklerde yatan hastalar; kardiyolojik, onkolojik, hematolojik, nörolojik, nefrolojik vb. hastalıklar açısından uzun süreli bakım ve tedavi almaktadırlar. Ayrıca bu hastaların çoğu en az bir kronik hastalığa sahip olduğu için, hastaneye tekrarlı yatışları yapılan ve terminal dönemde olan bireylerdir. Uzun süreli bakım gerektiren ve bağımlı olan bu hasta gruplarında kanıta dayalı uygulamaların kullanımı kritik yer edinmektedir (Fontaine vd., 2024). Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum yollarının kronik hastalıkları ve diyabet gibi uzun süreli bakım gerektiren hastalıkların küresel hastalık yükündeki ciddi payı, iç hastalıkları hemşireliğinde güncel ve güvenilir kanıtlara dayalı bakımın önemini artırmaktadır. Kronik hastalıkların yönetiminde erken tanılama, tedavinin devamlılığı, semptom kontrolü, komplikasyonların önlenmesi, öz-yönetimin desteklenmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması; hemşirelik bakımının temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Fontaine vd., 2024; WHO, 2025b).

İç hastalıkları kliniklerinde çalışıp kanıta dayalı uygulamaları kullanan hemşireler; kronik hastalıkların ilerlemesinin önlenmesine, gelişebilecek komplikasyonların azaltılmasına, uygun hemşirelik girişimlerinin etkili biçimde uygulanmasına ve sunulan bakımın kalitesinin ve etkinliğinin artırılmasına katkı sağlamaktadır. İç hastalıkları hemşireliğinde kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesi, hemşirelerin klinik karar verme süreçlerini desteklemekte ve bakımın güncel bilimsel kanıtlar doğrultusunda yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Menekli & Korkmaz, 2021; Yanmış & Özcan, 2022). Kanıta dayalı uygulamaların klinik uygulamaya aktarılması, yalnızca hemşirenin bilgi ve becerisine bağlı olmayıp; klinik ortam, kurumsal kültür, liderlik süreçleri, mevcut kaynaklar ve ekip içi iletişim gibi birçok faktörün etkileşiminden etkilenen çok boyutlu bir süreci kapsamaktadır. Hemşirelik uygulamalarına yönelik geniş kapsamlı bir sistematik derleme ve meta-analizde; eğitim toplantıları ve materyalleri, klinik rehberler, anımsatıcılar, denetim ve geri bildirim, uygulamaların mevcut koşullara göre uyarlanması ve lider görüşleri gibi uygulama stratejilerinin, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine katkı sağlayabileceği bildirilmiştir (Fontaine vd., 2024).

İç hastalıkları hemşireliği, akut ve kronik hastalıkların bakımı sürecinden, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, rehabilitasyon ve yaşam sonu bakım dönemine kadar uzanan geniş bir uygulama alanına sahiptir. Böylesi geniş bir uygulama alanında hemşirelerin yalnızca hastalığa

ilişkin bilgiye sahip olması değil, aynı zamanda güncel bilimsel kanıtları klinik uygulama sürecine aktarabilmesi önemli yer edinmektedir. İç hastalıkları hemşiresinin bakım sürecinde hastanın klinik durumunu sistematik olarak değerlendirmesi, bakım ihtiyaçlarını belirlemesi, güncel kanıtları araştırması, mevcut kanıtların geçerlilik ve uygulanabilirliğini değerlendirmesi ve elde edilen bilgileri bireyin özellikleriyle bütünleştirmesi, kanıta dayalı bakımın temel bileşenlerini oluşturmaktadır. İç hastalıkları kliniğinde çalışan hemşireler, öykü alma, fizik muayene yapma, farmakolojik bilgiye sahip olma, güncel literatürü takip etme, etik değerlere bağlı kalma, yüksek kaliteli bakım sunma ve yaşam boyu öğrenmeye açık olmalıdır. Yeniliğe ve gelişime açık olan hemşireler, kanıta dayalı uygulamaları daha fazla uygulamakta ve böylelikle sunulan bakımın kalitesini artırmaktadır (Yanmış & Özcan, 2022; Aypek, 2025). Bunun yanı sıra hemşirelerin kanıta dayalı uygulamayı sürdürebilir biçimde kullanabilmesi için araştırma sonuçlarına ulaşma, bilimsel bilgiyi eleştirel biçimde değerlendirme, klinik sorular oluşturma, uygun kanıtı seçme ve elde edilen kanıtı bakım sürecine aktarma becerilerine sahip olması gerekmektedir. Yurdagül (2025) tarafından gerçekleştirilen çok merkezli çalışmada da hemşirelerin kanıta dayalı uygulama yeterliliklerinin geliştirilmesinde eğitim düzeyinin ve klinik deneyimin önem taşıdığı; sağlık kurumlarının güncel eğitim ve kaynaklar sağlamasının kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesini destekleyebileceği vurgulanmıştır (Yurdagül, 2025).

SONUÇ

Sonuç olarak, iç hastalıkları hemşireliğinde kanıta dayalı uygulamalar; güncel bilimsel bilgiyi klinik deneyim, hasta değerleri ve bireysel bakım gereksinimleriyle bütünleştirerek hemşirelik bakımının kalitesini yükselten bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım sunmak, hataları en aza indirmek ve maliyetleri etkin yönetmek açısından kanıta dayalı uygulamaların kullanılması ve önündeki engellerin kaldırılması veya en aza indirilmesi önemlidir. Hemşirelerin temel rolü olan bakım sürecinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanımı, hasta bakım kalitesi ve sonuçları üzerinde olumlu etkiler sağlarken, hemşireliğin bilimsel ilerlemesine, mesleki özerkliğin sürdürülmesine ve hemşirelerin iş doyumunun artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu yaklaşımın klinik uygulamalara entegre edilmesi; hemşirelerin bireysel yetkinliklerinin geliştirilmesinin yanı sıra eğitim olanaklarının geliştirilmesini, araştırma ve kanıta erişimin desteklenmesini, klinik rehberlerin kullanımını ve kurumlarda kanıta dayalı uygulamayı destekleyen bir bakım kültürünün oluşturulmasını gerektirmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının yaygınlaşması ile bireysel, toplumsal ve sağlık kurumları açısından daha güvenli, etkili ve kaliteli bakım sunulması mümkün olacaktır.

KAYNAKÇA

- Alış Bay, F. A. (2024). *Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi: Muğla örneği* [Yüksek lisans tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi].
- Alruwaili, A. N., Abuadas, F. H., Alruwaili, M. M., Alsadaan, N. A., & Baghdadi, N. A. (2025). Examining knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice among nursing students: A multicenter cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24, 309. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02963-8>
- Alsadaan, N., & Elsayed Ramadan, O.M. (2025). Barriers and facilitators in implementing evidence-based practice: a parallel cross-sectional mixed methods study among nursing administrators. *BMC Nursing*, 24, 403. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03059-z>
- Aravind, M., & Chung, K.C. (2010). Evidence-based medicine and hospital reform: Tracing origins back to Florence Nightingale. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(1), 403–409. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c2bb89>
- Aydın, Y. (2025). *Kanıta dayalı uygulama inançları ve kanıta dayalı uygulama kullanımı ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa].
- Aygün, Ö., & Yıldırım, M. (2021). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumları: Tanımlayıcı bir çalışma. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(3), 327–338. <https://doi.org/10.52538/iduhs.1033115>
- Aypek, H.N. (2025). *İç hastalıkları kliniği ve erişkin yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik görüşlerinin incelenmesi: Swot analizi*. [Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi]
- Canadian Nurses Association. (2010). Evidence-based nursing. Canadian Nurses Association. <https://www.cna-aiic.ca>
- Cengiz Yanardağ, E., Pişkin, Y., & Ertürk Avunduk, A.T. (2023). Türkiye’de klinik araştırma süreci: Mevcut durumun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(2), 268–274. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1221236>
- Cheng, L., Feng, S., & Hu, Y. (2017). Evidence-based nursing implementation in mainland China: a scoping review. *Nursing Outlook*, 65(1), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.07.016>
- Cleary-Holdforth, J., Fineout-Overholt, E., & O’Mathúna, D. (2022). How nursing stakeholders in the Republic of Ireland define evidence-based practice and why it matters.

- Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(5), 396–404.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12593>
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D.M., Shrout, A., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Cullen, L., DiCenso, A., Griffiths, R., McCormack, R., Rycroft-Malone, J., & Wodika, K. (2008). Sigma theta tau international position statement on evidence-based practice february 2007 summary. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(2), 57–59. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00118.x>
- Çınar, N. (2021). İyi bir sistematik derleme nasıl yazılmalı? *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 310–314. <https://doi.org/10.26453/otjhs.888569>
- Dişbudak, B. (2023). *Hemşirelik öğrencilerinin perioperatif bakımda kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi].
- Dusin, J., Melanson, A., & Mische-Lawson, L. (2023). Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: A scoping review. *BMJ Open*, 13, e071188. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071188>
- Fiset, V.J., Graham, I.D., & Davies, B.L. (2017). Evidence-based practice in clinical nursing education: A scoping review. *Journal of Nursing Education*, 56(9), 534–541. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170817-04>
- Fontaine, G., Vinette, B., Weight, C., Maheu-Cadotte, M.-A., Lavallée, A., Deschênes, M.-F., Lapierre, A., Castiglione, S. A., Chicoine, G., Rouleau, G., Argiropoulos, N., Konnyu, K., Mooney, M., Cassidy, C. E., Mailhot, T., Lavoie, P., Pépin, C., Cossette, S., Gagnon, M.-P., Semenik, S., Straiton, N., & Middleton, S. (2024). Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 19, 68. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0>
- Gallagher-Ford, L., Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., & Stillwell, S. (2011). Evidence-based practice step-by-step: Implementing an evidencebased practice change. *American Journal of Nursing*, 111(3), 54–60. <https://doi.org/10.1097/10.1097/01.NAJ.0000395243.14347.7e>

- Garg, R., & Maurya, I. (2023). Clinical trial registration: An essential step toward transparency in clinical research. *Indian Journal of Anaesthesia*, 67(4), 321–322. https://doi.org/10.4103/ija.ija_234_23
- Hemşirelik Eğitimi Derneği. (2022). Hemşirelik ulusal çekirdek eğitim programı (HUÇEP) 2022. https://www.hemed.org.tr/wp-content/uploads/2023/10/hemsirelik_cekirdek_egitim_programi.pdf
- Horntvedt, M.E.T., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Medical Education*, 18, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>
- International Council of Nurses. (2012). Closing the gap: From evidence to action. <https://www.thder.org.tr/uploads/files/icn-2012.pdf>
- Jeong, D., Park, C., Sugimato, K., Jeon, M., Kim, D., & Eun, Y. (2024). Effectiveness of an evidence-based practice education program for undergraduate nursing students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 637. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050637>
- Jones, C. W., Keil, L. G., Weaver, M. A., & Platts-Mills, T. F. (2014). Clinical trials registries are under-utilized in the conduct of systematic reviews: A cross-sectional analysis. *Systematic Reviews*, 3, 126. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-126>
- Kahveci Ceylan, B., & Mete, M. (2023). Kanıta dayalı hemşirelik kavramı ve kanıt niteliği oluşturan durumlar. *Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 121–132.
- Keçeci, A., & Demiray, A. (2017). Hemşirelik eğitiminde dönüşüm: Kanıta dayalı eğitim. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 65–73.
- Khaled, H.H. (2024). Barriers to implementing nursing evidence-based practice at the Palestinian Medical Complex: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(11), 5113–5120. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1044_24
- King, H.C., & Yauger, Y.J. (2024). The triservice nursing research program and evidence-based practice: Advancing care for service members and beneficiaries. *Military Medicine*, 189(1), 1–4. <https://doi.org/10.1093/milmed/usad316>
- Mackey, A.L., & Bassendowski, S.L. (2017). The History of Evidence Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
- McDonald, L. (2016). Florence Nightingale: Statistics to save lives. *International Journal of Statistics and Probability*, 5(1), 28–35. <https://doi.org/10.5539/ijsp.v5n1p28>

- McNett, M., Masciola, R., Sievert, D., & Tucker, S. (2021). Advancing evidence-based practice through implementation science: Critical contributions of doctor of nursing practice- and doctor of philosophy-prepared nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(2), 93–101. <https://doi.org/10.1111/wvn.12496>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2022). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Menekli, T., & Korkmaz, M. (2021). Dâhiliye hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 38–47. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.782131>
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). *The Oxford 2011 levels of evidence*. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence>
- Özkan Tuncay, F., & Seller Afşar, K. (2024). Yoğun bakım hemşirelerinin ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesine yönelik bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1829–1837. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1459209>
- Pieper, D., & Rombey, T. (2022). Where to prospectively register a systematic review. *Systematic Reviews*, 11, 8. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01877-1>
- Pitsillidou, M., Roupá, Z., Farmakas, A., & Noulá, M. (2021). Factors affecting the application and implementation of evidence-based practice in nursing. *Acta Informatica Medica*, 29(4), 281–287. <https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.281-287>
- Sağıştan Akgöz, A., & Özer, Z. (2020). Randomize kontrollü çalışmalar için protokol hazırlama: Öneriler ve protokol kaydı. *Bezmialem Science*, 8(2), 196–205. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2019.3390>
- Şahin, A.N. (2023). *Sağlık bilimleri kanıta dayalı uygulama anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği* [Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi].
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Hemşirelik yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Taş Arslan, F., Akkoyun, S., & Karayağız Muslu, G. (2023). Türkiye’de hemşirelik lisans ve lisansüstü programlarında kanıta dayalı uygulama öğretimi: Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 406–415. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.1325039>
- Türk Dil Kurumu. (2025). *Kanıt*. Güncel Türkçe sözlük. <https://sozluk.gov.tr/>

- Usluoğlu, E., & Güngörmüş, Z. (2018). Kanıta dayalı hemşirelik. *Social Sciences Studies Journal*, 4(21), 3420–3423. <https://doi.org/10.26449/sss.684>
- Üner, Z., & Baykal, Ü. (2024). Kanıta dayalı hemşirelik yönetimi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 415–422. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1434021>
- Vaajoki, A., Kvist, T., Kulmala, M., & Tervo-Heikkinen, T. (2023). Systematic education has a positive impact on nurses' evidence-based practice: Intervention study results. *Nurse Education Today*, 120, 105597. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105597>
- World Health Organization. (2025a). *Quality health services*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- World Health Organization. (2025b). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yanmış, S., & Özcan, Ş. (2022). Dahiliye kliniklerindeki hemşirelerin yenilikçi özelliklerinin ve kanıt temelli hemşireliğe ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 319–334.
- Yates, C. (2017). Evidence-based practice: The components, history, and process. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 4(1), 41–54. <https://doi.org/10.1177/2150137812472193>
- Yurdagül, G. (2025). Examining the competence status of nurses in evidence-based practices and the influencing factors: A multicenter study in Turkey. *BMC Nursing*, 24, 1064. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03732-3>
- Zabaleta-del-Olmo, E., Subirana-Casacuberta, M., Ara-Pérez, A., Escuredo-Rodríguez, B., Ríos-Rodríguez, M. Á., & Juvinyà-Canal, D. (2016). Developing Evidence-Based Practice questionnaire for community health nurses: Reliability and validity of a Spanish adaptation. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 505–517. <https://doi.org/10.1111/jocn.13078>

BÖLÜM 2

ALZHEİMER HASTALIĞINA GENEL BİR YAKLAŞIM VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Sıddıka ERSOY¹, Seval ASLAN², Şükran ÖZKAHRAMAN KOÇ³

¹ Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0001-8094-8042

² Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0009-0002-7108-6094 seval4268@yahoo.com

³ Prof. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ORCID: 0000-0001-7286-6477

GİRİŞ

Alzheimer hastalığı (AD) insan beynindeki nöronları etkileyen, ilerleyici, subjektif, emosyonel ve bilişsel durum değişiklikleri ile karakterize nörolojik bir hastalıktır (Liu ve ark., 2024). Demans olgularının yaklaşık %60-70'ini Alzheimer hastalığının oluşturduğu bilinmektedir (World Health Organization [WHO], 2025). Engellilik kategorilerinde ilk 10'da yer alan, özellikle yaşlı kesimi etkileyen Alzheimer'ın etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Küresel olarak giderek yaygınlaşmakta olması ve tedavi yöntemlerinin hastalıkta yeterince etkili olmaması önemini daha da artırmış ve birçok ulus WHO'nun çağrısıyla kendi "Alzheimer Ulusal Programı"nı düzenlemiştir (Yıldırım & Can Eke, 2024; Alzheimer's Disease International, 2024b).

Demansın en sık görülen türü olan Alzheimer, sakatlık kategorisinde önde gelen hastalıklardandır. Yaklaşık 60 milyon kişide var olduğu bilinmekte ve bu rakamın 2030 yılında 75 milyon civarında bir rakama ulaşması beklenmektedir. Hastalık durumunda ciddi bilişsel bozulmalar, unutkanlık, bunama, konuşma bozukluğu gibi problemler meydana gelmekte, hastaların yalnız başlarına kalması sakıncalı durumlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle hastaların yakınlarıyla birlikte eğitilmesi, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili gerekli bilgilendirmelerin yapılması önemlidir. Bu anlamda hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bu görevler; hastaların yaşam aktivitelerinin devamlılığı, iletişimin devamlılığı için hastaya destek olmak, anksiyete ve stresin azaltılmasını sağlamak, hasta yakınlarına bakım konusunda eğitim vermek ve destek olmak gibi durumları içermektedir (Demir, 2018; Alıcılar & Çalışkan, 2021; Alzheimer's Disease International, 2024b).

Bunamanın başlıca nedeni olan Alzheimer konusunda birçok ulus araştırma, tedavi geliştirme ve hastalığı önlemeye yönelik ulusal planlar hazırlamaktadır. Bu konuda yasalarla da düzenlenmeler yapılmış olup 2024 Ekim ayında Amerika'da NAPA (Ulusal Alzheimer Projesi Yasası) yetkilendirme yasası kabul edilmiştir. Ulusal Planlar; hastaya ve yakınlarına destek olmak, toplumun bilinçlenmesini sağlamak, hastalığın seyrini iyileştirmek, tedavi için gerekli harcamaları azaltmak gibi hedefler üzerinde durmaktadır (Alzheimer's.gov, 2025).

Demansın dünya çapındaki maliyetinin 1,3 trilyon dolar olduğu ve bu rakamın %60-70'lik kısmının Alzheimerlı hastalara ait olduğu bilinmektedir. Türkiye'de ise hasta başına düşen maliyetin yaklaşık 290 dolar olduğu bildirilmektedir (Alzheimer's Disease International, 2024a; Türkiye Alzheimer Derneği, 2025b).

Hastalığın tam tedavisi olmasa da hastalığın ilerleyişini yavaşlatmak, hasta ve yakınlarına destek olmak, eğitim ve bakım vermek açısından hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Risk faktörleri ve korunma

Yaş, demans için bilinen en güçlü risk faktörü olmasına rağmen sadece yaşlı insanları etkilemez. Aktif bir yaşam tarzı, sigara ve alkolden uzak durmak, sağlıklı beslenme, kolesterol, kan şekeri ve kan basıncını normal düzeylerde tutmakla bireyler bilişsel gerileme ve hastalık risklerini azaltabilmektedir. Ek risk faktörleri arasında depresyon, sosyal izolasyon, düşük eğitim düzeyi, bilişsel hareketsizlik ve hava kirliliği yer almaktadır (WHO, 2025).

Hastalık Evrelemesi

Alzheimer; 7 evreden oluşmaktadır. Erken (hafif) evre 1., 2. ve 3. evreleri, orta evre 4. ve 5. evreleri, geç (ağır) evre 6. ve 7. evreleri kapsamaktadır. Genelde beyinde meydana gelen hasarlar hastalık tanısı konulmadan birkaç yıl önce başlar (Fisher Center for Alzheimer's Research Foundation, 2025).

Erken (Hafif) Evre

Bu evrede kişinin yaşadığı birtakım olumsuzluklar olmasına rağmen, günlük aktivitelerini tek başlarına yerine getirebilirler. Meydana gelen unutkanlık, yeni bilgileri öğrenme güçlüğü gibi belirtiler yaşlılığa atfedilip, hastalık belirtisi olarak görülmeyebilir (Alzheimer's Association, 2025; Can ve ark., 2006).

Bu aşamada tanı alan hastalar finansal, yasal, yaşamının ileri evreleriyle ilgili kararlar alabilir.

Orta Evre

Alzheimer'ın en uzun süren evresi olduğu bilinmektedir. Hastalık ilerledikçe, bunama belirtileri belirgin bir şekilde ortaya çıkmakta, hasta bakıma muhtaç hale gelmektedir. Görsel belleğin, bir konuyu araştırma-inceleme yetisinin bozulması, uygun olmayan davranışı yaptığı belirtildiği halde bu durumu ısrarla yapmaya devam etmesi gibi durumlar meydana gelir (Türkiye Alzheimer Derneği, 2025a).

Bu evrede; kişisel temizlik ihtiyaçlarını yerine getirmek istememesi, güncel tarih ve yaşanan olayları unutması, adres, telefon gibi bilgileri unutması, sürekli dolaşma isteği ve

kaybolma eğilimi, duygu durum bozuklukları, kışın yazlık veya yazın kışlık giysileri giymek isteme gibi durumlar meydana gelmektedir (Sheppard & Coleman, 2020).

Geç (Ağır) Evre

6. ve 7. evrede, demans belirtileri şiddetlidir ve ölüme kadar gidebilir. Bireyler çevrelerine tepki verme, bir sohbeti sürdürme ve hareketlerini kontrol etme yeteneklerini kaybederler. Hafıza ve bilişsel beceriler kötüleşmeye devam ettikçe, önemli kişilik değişiklikleri meydana gelebilir. İletişim kurmakta zorluk çeken hastalar için 24 saat bakım gerekebilir. Hasta ve yakınları açısından özel bakım merkezlerinden profesyonel destek almak faydalı olabilir (Can ve ark., 2006; Akın ve ark., 2023; Alzheimer's Association, 2025).

Etiyoloji

Alzheimer hastalığının etiyolojisi yalnızca nörodejeneratif süreçlerle açıklanamamaktadır. Kan ve dokularda meydana gelen enflamasyon, metabolik rahatsızlıkların da hastalığı tetikleyebildiği bilinmektedir (Zvěřová, 2019).

1. Yaş: İleri yaş Alzheimer için en önemli risk faktörüdür. 65 yaş kritik bir yaştır, yaş ilerledikçe beyinde meydana gelen nörodejeneratif bozukluklar hastalığın oluşumu için zemin hazırlayabilir. Ailesel geçişli olanlar 50 yaş civarında, erken başlangıçlı olabilir (Türkiye Alzheimer Derneği, 2025a).

2. Genetik faktörler: En çok rol oynadığı bilinen gen Apolipoprotein E (APOE) genidir. Alzheimer hastalığında en çok görülen APOE $\epsilon 4$ formudur, biraz daha az oranla $\epsilon 2$ formu da görülebilir. APOE $\epsilon 3$ ise nötr bir etkiye sahiptir. Şu bilinmelidir ki APOE $\epsilon 4$ geni taşıyan her kişi Alzheimer hastalığına yakalanmayabilir (Zhang, 2023; National Institute on Aging, 2023).

21. kromozomda bulunan A β prekürsör proteininin (APP) otozomal dominant geçişli bir gen olduğu bilinmektedir. A β 'nın toksik birikiminden kaynaklı (BOS sıvısında artmış tau, beyinde azalmış glukoz metabolizması vb.) nöron ölümü gerçekleşmekte ve hastalığa neden olduğu bilinmektedir (Sheppard & Coleman, 2020). 14. kromozomda bulunan presenilin 1 (PSEN1) ve 1. kromozomda bulunan presenilin 2 (PSEN2) genlerinin de AD'de mutasyona uğradığı görülmüştür. Mutasyonları en çok olan PSEN1 olduğu bilinmekte ve bu nedenle APP ve PSEN2'ye oranla ailesel geçişte yaygın görülebilmektedir (Zvěřová, 2019).

Down sendromlu kişilerin yüzde 80 kadarı, 65 yaş civarında AD'ye yakalanmaktadır. 21. kromozomdaki anomali (trizomi), Aβ'nın artışı için yeterlidir. Dolayısıyla hastalığa yatkınlık durumu ortaya çıkabilmektedir (Sheppard & Coleman, 2020).

Mikroglialar, normalde zararlı bakteri ve hücre kalıntıları gibi maddeleri fagosit edip vücuda yarar sağlarken, bozulmuş ve aşırı aktivasyonu sonucunda nöron ve sinaps kaybına yol açabilmektedir (Hansen ve ark., 2018).

3. Alüminyum: Nörolojik hasara neden olabilen alüminyumun Alzheimer'a yakalanma riskini artırabileceği düşünülmektedir (Grant ve ark., 2002).

4. Beslenme: Diyet yağı yüksek olan ürünler ve et ürünlerinin aşırı tüketiminin hem hastalığı tetikleyici hem de hastalığı hızlandırıcı etkileri olduğu bilinmektedir.

Beyinde meynert nucleus basalis bölgesi, kolinerjik invazyonun kaynağını sağlayan bölgedir. Hafıza, bilişsel işlevler, dikkat, davranışsal işlevlerde rol oynadığı bilinen bu bölgedeki birtakım problemler ve nöron dejenerasyonu, asetilkolin sentezini etkileyerek Alzheimer başlangıcına neden olabilmektedir (Can ve ark., 2006).

B12 vitamini, periferik ve merkezi sinir sisteminin normal işleyişinin sağlanmasında ve diğer vücut fonksiyonlarında önemli bir yere sahiptir. B12 eksikliği durumunda zihinsel işlevler olumsuz etkilenebildiği gibi unutkanlık da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle eksikliği, Alzheimer hastalığına yakalanma riski oluşturabilmektedir (Tutan & Yıldırım, 2024; Delikanlı Akbay, 2019).

Bu durumlara ek olarak miyokart infarktüsü, alkol kullanımı, viral enfeksiyonlar, oksidatif stresin hastalığı tetikleyici etkileri olduğu bilinmektedir (Demir Özkay ve ark., 2011).

Patofizyoloji

Hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce nöron, astrosit, mikroglialarda meydana gelen dejenerasyonlar yavaş yavaş bilişsel aktivitelerde bozulmaya neden olur. Yaşlanma, enflamasyon, damar yapısının bozulması gibi nedenlerle amiloid β plaklarının ve tau içeren nörofibriller yumakların ortaya çıkışıyla öncelikle beynin hipokampus bölgesinin etkilendiği, en yoğun olarak da medial temporal bölgenin etkilendiği bilinmekte ve bu bölgelerde atrofi meydana gelebilmektedir (Sheppard & Coleman, 2020; Scheltens ve ark., 2021; Serrano-Pozo ve ark., 2021).

Düşük kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), somatostatin ve nöropeptid Y seviyeleri olmasına karşın yüksek anjiotensin II seviyeleri, APP'nin düzensiz bölünmesinde rol oynayabileceği gibi tau kümeleşmesi ve nöronal ölüme de neden olabilmektedir (Khan ve ark., 2020). Tau proteinlerinin birikmesiyle de bilişsel aktiviteler bozulmaktadır. AD hastalarından alınan farklılaşmış beyin doku örnekleri incelendiği zaman amiloid birikimi ve tau proteinlerine rastlanmıştır. Bu farklılaşmayla birlikte bağışıklık hücre aktivasyonu da meydana gelmekte, makrofajlar ortaya çıkmakta ve parçalanan, farklılaşmış yapıları fagosite etmektedir (Twarowski & Herbet, 2023).

Asetilkolin, insan beyninin gelişimi esnasında meydana gelen nöroplastisitede önemli bir nörotransmitter olarak karşımıza çıkar ve nöronlar arası bağlantıyı sağlar. Hastalığın ilk başlarında kolinerjik iletim sisteminde problemler meydana gelir, sinaptik bağlantılar azalmaya başlar. Nöronlar ölmeye başlar, kolinerjik reseptörlerin bağlanması da azalması ile hastada nöropsikiyatrik sorunlar meydana gelir (Twarowski & Herbet, 2023).

$\alpha 7$ nikotinik reseptörlerinin uyarılması, PI3K-Akt ekseninin aktivasyonu, anti-apoptotik faktör ve glikojen sentaz kinaz-3'ün (GSK3) aşağı regülasyonu yoluyla amiloid- β kaynaklı toksisiteye karşı nöroprotektif bir etkiye sahip olabilir (Beaulieu, 2012). GSK3'ün aşırı aktivasyonu, yüksek seviyelerde toksik amiloid- β oligomerleri, anormal faaliyet gösteren tau suşları ve nörofibriler yumaklarla ilişkilidir (Chu ve ark., 2017).

Oksidatif stres, A β -42 üretimi, tau protein fosforilasyonu, beyin insülin direnci gibi durumlar mitokondriyal aktivite, bilişsel durum ve hafızayı bozabilmekte, bu nedenle Alzheimer hastalığına neden olabilmektedir (Rostagno, 2022).

Tanı

Tanıda ilk başta, hastanın nörolojik muayenesi yapılır. 'Başka hastalık öyküsü var mı? ve psikolojik durumu nasıl?' sorularının cevabı için muayene ve tetkikler yapılır. Kan ve idrar testleri, BOS incelemesi ve gerektiğinde genetik değerlendirmeler yapılır. Ayrıca EEG (Elektroensefalografi), MRG (manyetik rezonans görüntüleme), BT (bilgisayarlı tomografi) ve PET (pozitron emisyon tomografisi) gibi yöntemlerle beyin ve loblarının yapısı, hipokampus hacmi incelenir ve hastalığa neden olabilecek yapısal farklılıklar bu şekilde gözlemlenir. EEG, beyin fonksiyonlarının incelenmesinde yukarıda bahsedilen diğer görüntüleme yöntemlerinden daha sık kullanılmaktadır. Bunun nedeni ise daha az maliyet ve zaman gerektirmesidir (Sertkaya & Ergen, 2022; Aslan, 2022; Ünlüleblebici ve ark., 2023).

EEG sinyallerinin analizi, Alzheimer hastalığının saptanmasına yönelik araştırmalarda kullanılmaktadır. Bu konuda son yıllarda yapılan çalışmalar artmıştır. Alsharabi ve arkadaşlarının 2022’de yaptığı EEG sinyallerini frekanslara ayırmak için kullanılan DWT (ayrık dalgacık dönüşümü) yöntemiyle orta AD teşhisinde yaklaşık %99’luk bir doğruluk oranı yakalanırken, Roncero-Parra ve arkadaşlarının 2024 yılında yaptığı çalışmada EEG verilerinden ulaşılan bilginin CNN (evrişimli sinir ağı) yöntemiyle işlenmesi orta derecedeki AD teşhisinde yaklaşık %97’lik bir doğruluk oranına ulaşmıştır (Alsharabi ve ark., 2022); Roncero-Parra ve ark., 2024).

Alzheimer hastalığının erken ve daha erişilebilir biçimde saptanmasında kan temelli biyobelirteçlerin önemi giderek artmaktadır. Plazma fosforile tau 217 (p-tau217), amiloid patolojisinin belirlenmesi ve hastalık progresyonunun izlenmesi açısından öne çıkan biyobelirteçlerden biridir. Uzunlamasına veriler, p-tau217 düzeylerinin amiloid- β PET pozitifliğini ayırt etmede yüksek doğruluk gösterebildiğini ve pozitif biyobelirteç profilinin tau birikimi, hipokampal atrofi ve demans gelişimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Goll ve ark., 2026). Donanemab tedavisi alan erken semptomatik Alzheimer hastalarında da plazma p-tau217 düzeylerinin tedaviye bağlı amiloid temizlenmesinin izlenmesinde yararlı olabileceği bildirilmiştir (Collins ve ark., 2026).

Kan temelli biyobelirteçlerin daha az invaziv ve ölçeklenebilir olması, PET görüntüleme ve BOS incelemesine erişimin sınırlı olduğu durumlarda klinik değerlendirmeyi destekleme potansiyeli taşımaktadır. Bununla birlikte testlerin standardizasyonu, eşik değerlerin farklı popülasyonlarda doğrulanması ve sonuçların klinik bağlam içinde yorumlanması gerekmektedir (Teunissen & van Harten, 2026).

Tedavi

AD’nin semptomlarını hafifletmek mümkündür; fakat tam bir iyileşme için henüz bilinen bir tedavi yöntemi yoktur. Medikal tedavide kullanılan ilaçlar:

Kolinesteraz İnhibitörleri:

Kolinesteraz inhibitörleri, sinaptik aralıktaki asetilkolini parçalayan asetilkolinesterazı baskılayarak kolinerjik iletimi artırır. Bu grup ilaçlar semptomatik klinik yarar sağlayabilir.

- Donepezil: Asetilkolinesteraz enzimine bağlanarak asetilkolin parçalanmasını engeller. Böylece sinaptik aralıkta asetilkolin seviyesi yükselir. A β birikiminden kaynaklı

nörotoksistiteyi önlemektedir. GİS (gastrointestinal sistem) ve sinir sisteminde geçici yan etkileri görülebilmektedir (Kurban & Şentürk, 2024).

- Rivastigmin: Asetilkolinesterazın anyonik ve esteraz bölgesine bağlanarak asetilkolin metabolizmasını engeller. Transdermal flasterler şeklinde uygulanması yan etkilerinin daha az olması nedeniyle oral alıma göre daha elverişli bir uygulama yöntemidir. MRI görüntülemelerinde beynin hipokampus bölgesinde düzelmeler olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların bilişsel fonksiyonlarını geliştirdiği bilinmektedir (Kurban & Şentürk, 2024; Yıldırım & Can Eke, 2024).

- Galantamin: Asetilkolinesteraz inhibitörüdür. Aynı zamanda nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanarak da etki gösterirler. Aβ plaklarının birikimini azalttığı düşünülmektedir. Bilişsel fonksiyonları geliştirir. Sadece oral yoldan kullanıma uygun ilaçlar üretilmektedir (Kurban & Şentürk, 2024).

N-metil-D-aspartat Reseptör Antagonistleri (NMDA):

NMDA'nın, sinaptik plastisitede önemli rolü vardır. Doğumdan itibaren gelişimini etkilemektedir. NMDA reseptörleri hipokampus ve kortekste bulunan hafıza ve öğrenmeyle ilgili hücrelerin olduğu bölgede fazlaca yer almaktadır. Bu reseptörlere glutamatın bağlanması, hafıza ve öğrenmenin güçlenmesinde uzun sürede etkili olmaktadır. Fakat yüksek glutamat miktarları nöron ölümüne sebep olabilmektedir (Jewett & Thapa, 2022).

-Memantin: 2003 yılında AD tedavisinde kullanılmak üzere FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanan ilk ilaçtır. NMDA reseptör antagonistidir. Glutamatın aşırı aktivitesini önleyerek nöron ölümünün önemli ölçüde önüne geçebilmektedir. Böyle önemli bir etkisi olmasına rağmen memantin kullanan hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ve bilişsel yönden belirgin bir iyilik hali görülmemektedir (Yıldırım & Can Eke, 2024).

Yeni Geliştirilen İlaçlar:

-Aducanumab: Aβ liflerine bağlanarak, zamanla plak oluşumunu azalttığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. İlaça, 2021 yılında FDA tarafından AD kullanımı için onay verilmiştir. Fakat ruhsat sahibi firmanın EMA (European Medicines Agency)'e yaptığı pazarlama başvurusu, EMA komisyonunun pazarlama için yeterli veri olmadığını belirtmesi nedeniyle geri çekilmiştir. FDA onayı devam etmektedir (U.S. Food and Drug Administration [FDA], 2021; Vaz ve ark., 2022; Yıldırım & Can Eke, 2024).

Lecanemab: Alzheimer hastalığının erken dönemlerinde amiloid seviyelerini azalttığı gösterilen lecanemab, FDA tarafından 2023 yılında Alzheimer hastalığının tedavisi için onaylanmıştır. Lecanemab, amiloid- β plaklarını hedefleyen hastalık-modifiye edici monoklonal antikorlardan biridir. Hastalığı tamamen iyileştirmemekle birlikte, uygun seçilmiş erken evre hastalarda bilişsel ve işlevsel gerilemeyi yavaşlatmaya yönelik kullanılmaktadır (Yıldırım & Can Eke, 2024; Qudoos & Elliott, 2026).

Donanemab: Amiloid- β plaklarını hedefleyen bir diğer monoklonal antikor olan donanemab, erken semptomatik Alzheimer hastalığında kullanılan hastalık-modifiye edici tedavilerden biridir. Lecanemab gibi donanemabın da temel amacı kaybedilmiş bilişsel işlevleri geri kazandırmak değil, uygun hastalarda hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaktır (Qudoos & Elliott, 2026).

Anti-amiloid monoklonal antikorların kullanıma girmesi, Alzheimer hastalığının tedavisinde yalnızca semptomların kontrol edilmesine yönelik yaklaşımlardan hastalığın altında yatan biyolojik süreçleri hedefleyen tedavilere doğru önemli bir gelişme sağlamıştır. Bu tedaviler özellikle hastalığın erken döneminde ve amiloid patolojisi doğrulanmış bireylerde uygulanmaktadır (Qudoos & Elliott, 2026).

Bu tedavilerin önemli yan etkilerinden biri amiloid ilişkili görüntüleme anomalileridir (amyloid-related imaging abnormalities [ARIA]). ARIA, ödem veya efüzyonla seyreden ARIA-E ile mikrohemoraji ve yüzeysel sideroz gibi hemosiderin birikimlerinin görüldüğü ARIA-H şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle tedavi öncesinde ve tedavi sürecinde hastaların manyetik rezonans görüntüleme ile izlenmesi, nörolojik belirtilerin değerlendirilmesi ve bireysel risk faktörlerinin dikkate alınması önemlidir. APOE ϵ 4 taşıyıcılığı da ARIA gelişme riskinin değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulacak faktörlerden biridir (Qudoos & Elliott, 2026).

Alzheimer hastalığına yönelik güncel araştırmalar yalnızca amiloid birikimini hedefleyen tedavilerle sınırlı değildir. Tau patolojisi, nöroinflamasyon, metabolik bozukluklar ve sinaptik işlev kaybı gibi hastalığın gelişiminde rol oynayan farklı mekanizmalara yönelik tedaviler üzerinde de çalışmalar devam etmektedir (Qudoos & Elliott, 2026).

AD'nin farmakolojik tedavisine ek olarak egzersiz yapılması, bilişsel fonksiyonların korunması ve bilişsel gerilemenin yavaşlatılması açısından destekleyici bir uygulamadır. Özellikle aerobik egzersizin Alzheimer hastalığında yararlı olabileceği bildirilmektedir (Alpat & Ersoy, 2022). Bunun yanı sıra fiziksel aktivite, bilişsel uyarm, reminisans ve müzik temelli

uygulamalar gibi nonfarmakolojik yaklaşımlar da demans bakımında kullanılmaktadır. Güncel çalışmalarda özellikle bireye özgü ve kültürel özelliklere göre uyarlanmış uygulamaların hastaların aktivitelere katılımını ve duygusal yanıtlarını destekleyebileceği bildirilmektedir (Morris ve ark., 2026).

Demans bakımında uyku sorunlarının değerlendirilmesi de önem taşımaktadır. Uyku bozuklukları hastaların yanı sıra onlara bakım veren bireyleri de etkileyebilmektedir. Bakım verenlere yönelik egzersiz, psikolojik destek ve çok bileşenli davranışsal girişimlerin uyku kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceği bildirilmekle birlikte, çalışmalar arasındaki farklılıklar nedeniyle sonuçların dikkatli değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Smyth ve ark., 2026; Wang ve ark., 2026).

Hemşirelik Yönetimi

Alzheimer hastalığında meydana gelen nöronal kayıp, amiloid- β plak birikimi ve tau proteini hiperfosforilasyonu, hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakım kapasitesini zamanla ortadan kaldırmaktadır. Bu süreç, hemşirelik bakımında kuramsal bir çerçeveden yararlanmayı gerekli kılar. Örneğin; *Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı* kapsamında, Alzheimer hastalarının bozulan bilişsel ve fiziksel yetileri 'öz bakım gücünde azalma' olarak değerlendirilir. Hemşireler, hastalığın evresine göre 'tamamen yardım edici' veya 'kısmen yardım edici' bakım sistemlerini devreye sokarak, hastanın bozulan öz bakım gereksinimlerini karşılamayı ve birey merkezli güvenli bir bakım ortamı oluşturmayı hedefler (Alligood, 2017; Çamcı, 2023).

Davranışsal ve Psikolojik Belirtilerin (BPSD) Yönetimi: Alzheimer hastalığının orta ve ileri evrelerinde sıkça gözlenen ajitasyon, agresyon, gezinme (wandering), gece huzursuzluğu (sundowning) ve halüsinasyonlar gibi davranışsal ve psikolojik belirtiler, hem hastanın güvenliğini tehlikeye atmakta hem de bakım veren yükünü önemli ölçüde artırmaktadır. Hemşirelik yönetiminde bu belirtilere yönelik nonfarmakolojik kanıta dayalı girişimler önceliklidir (Morris ve ark., 2026; Zhang ve ark., 2026):

Bilişsel fonksiyonların devamlılığı-Gezinme ve Kaybolma Riski: Hastanın kafa karmaşıklığını gidermek açısından çevresinin düzenli tutulması önemlidir. Hasta, zihnini çalıştıracak aktiviteler için desteklenmelidir. Örneğin kitap okuma, zihninden problem çözme, bulmaca, sudoku, resim çizme gibi aktivitelerle uğraşması için desteklenir (Çamcı, 2023). Bireyin serbestçe yürüyebileceği güvenli alanlar (güvenli yürüyüş parkurları) oluşturulmalı,

kapılara duyuşal veya görsel engelleyiciler koyulmalı ve teknolojik izleme araçlarından (GPS destekli bileklikler vb.) yararlanılmalıdır (Morris ve ark. 2026; Zhang ve ark, 2026).

Fiziksel güvenlik- Ajitasyon ve Agresyon Yönetimi: Tetikleyici çevresel faktörler (aşırı gürültü, parlak ışık, karmaşık ortamlar) belirlenerek azaltılmalıdır. İletişimde tartışmaya girmekten kaçınılmalı, doğrulama (validation) ve dikkati başka yöne çekme (distraction) teknikleri uygulanmalıdır. Hasta bazen kendi başına çıkıp gidebileceği için kaybolma ihtimaline karşı isminin olduğu, yakınının telefon numarasının olduğu bir kolye, bileklik taşıyabilir veya dövme gibi uygulamalar da yapılabilir. Etraftaki delici, kesici aletler kaldırılmalıdır (Demir, 2018; Morris ve ark. 2026; Zhang ve ark, 2026).

Duyusal ve Bilişsel Uyarım: Bireye özgü müzik terapisi, anımsama (reminiscence) terapisi ve hafif düzeyde aromaterapi uygulamalarının ajitasyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Morris ve ark. 2026; Zhang ve ark, 2026).).

Stresin giderilmesi: Hemşire, hastayla sakin, açık ve güven verici bir dille konuşmalıdır. Hastaya seçenekli sorular sorulup zihnini çalıştırması, karar verme sürecine katılması sağlanmalıdır. Olumlu durum değerlendirmeleri yapılması da hastanın kendini iyi hissetmesini sağlayabilir (Çamcı, 2023).

İletişimin düzenlenmesi: Hemşire hastaya uygun bir şekilde hitap etmeli, hastayla sakin ve yavaş bir şekilde konuşmalı, hastaya güven vermeli, aynı anda birden fazla konuyu gündeme getirmekten kaçınılmalı, soru sorarken seçenekli sorular sormalı, hasta cevap verme konusunda yavaş davranırsa veya doğru kelimeleri kullanamazsa onu sabırla dinlemeli ve anlamaya çalışmalıdır (Demir, 2018).

Günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinin sağlanması: Hastanın yardım almadan yapabileceği aktiviteler yönünden (yemek yeme, tuvalete gitme, giyinme gibi) desteklenmesi önemlidir. Hastanın yapamadığı aktivitelerin de yapılması klinikte yatan hastalar için hemşirenin görevidir (Demir, 2018).

Bakım verenlerin desteklenmesi: Hastaya bakım verenler genelde aile fertleri olmaktadır. Bu süreçte onlar da yorulmakta ve yıpranmaktadır. Bakım ve hastalık süreçleri konusunda onlara eğitim verilmeli, gerektiğinde destek almaları sağlanmalıdır (Demir, 2018).

Alzheimer hastalığında hemşirelik bakımının odağı; günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinin yanı sıra bilişsel işlevlerin desteklenmesi, davranışsal ve psikolojik belirtilerin izlenmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve bakım verenlerin desteklenmesini kapsayan kişi merkezli bir yaklaşımı gerektirmektedir. Hemşire liderliğindeki

nonfarmakolojik girişimleri değerlendiren 18 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği sistematik derleme ve meta-analizde, bu girişimlerin demanslı bireylerin bilişsel işlevleri üzerinde olumlu etkiler sağlayabildiği bildirilmiştir (Zhang ve ark., 2026).

Bakım verenlerin gereksinimlerinin düzenli olarak değerlendirilmesi, hastalık ve bakım sürecine ilişkin eğitim verilmesi ve psikososyal destek sağlanması, hem hasta bakımının sürekliliği hem de bakım verenlerin iyilik halinin desteklenmesi açısından önemlidir. Güncel çalışmalar, bakım verenlerin uyku ve dinlenme gereksinimlerinin de bakım planında ele alınması gerektiğini göstermektedir. Egzersiz, psikolojik destek ve çok bileşenli davranışsal girişimlerin demanslı bireylere bakım verenlerin uyku kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayabileceği bildirilmektedir (Smyth ve ark., 2026; Wang ve ark., 2026).

Hemşirelerin sorumlulukları uygulanan tedavi yöntemlerine göre de değişebilmektedir. Gününüzde kullanıma giren lecanemab ve donanemab gibi anti-amiloid monoklonal antikor tedavileri, hemşirelik bakımına yeni izlem parametreleri kazandırmıştır. Bu tedavileri alan hastalarda gelişebilecek amiloid ilişkili görüntüleme anomalileri (ARIA-E ve ARIA-H) açısından hemşireler; yeni gelişen şiddetli baş ağrısı, konfüzyon, görsel bozukluklar, baş dönmesi ve nöbet gibi klinik bulguları yakından izlemelidir. İnfüzyon reaksiyonlarının yönetimi, periyodik MRG takiplerinin organizasyonu ve hasta yakınlarının olası yan etkiler konusunda eğitilmesi, kanıta dayalı hemşirelik izleminin temel bileşenlerini oluşturmaktadır. (Qudoos & Elliott, 2026).

KAYNAKLAR

- Akın, A., Baş, M., & Akın, A. (2023). Rekreatif Faaliyetlerin Alzheimer Hastaları Üzerindeki Etkisi. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(1), 678-689.
<https://doi.org/10.11616/asbi.1222657>
- Alıcılar, H. E., & Çalışkan, D. (2021). Alzheimer hastalığı ve korunma stratejileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 107-115. <https://doi.org/10.17942/sted.888837>
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing Theorists and Their Work* (9th ed.). Elsevier.
- Alpat, İ., & Ersoy, G. (2022). Alzheimer hastalığında koruyucu ve tedavi edici bir müdahale olarak egzersiz. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 5(3), 90-96.
<https://doi.org/10.47141/geriatrik.1169599>
- AlSharabi, K., Bin Salamah, Y., Abdurraqeeb, A.M., Aljalal, M. & Alturki, F.A. (2022). EEG Signal Processing for Alzheimer's Disorders Using Discrete Wavelet Transform and Machine Learning Approaches. in *IEEE Access*, vol. 10, pp. 89781-89797.
<https://doi.org/10.1109/ACCESS.2022.3198988>.
- Alzheimer's Association. (2025). Stages of Alzheimer's. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>
- Alzheimer's Disease International. (2024a). Dementia facts & figures.
<https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/>
- Alzheimer's Disease International. (2024b). National dementia plans.
<https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-plans/>
- Alzheimers.gov. (2025). Federal Commitment to Addressing Alzheimer's and Related Dementias. <https://www.alzheimers.gov/taking-action/federal-response>
- Aslan, Z. (2022). EEG sinyallerini kullanarak Alzheimer hastalığının otomatik tespiti için bilgisayar destekli tanı sistemi. *Dicle Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Mühendislik Dergisi*, 13(2), 213-220. <https://doi.org/10.24012/dumf.1092569>
- Beaulieu, J.-M. (2012). A role for Akt and glycogen synthase kinase-3 as integrators of dopamine and serotonin neurotransmission in mental health. *J Psychiatry Neurosci* 37 (1), 7-16. <https://doi.org/10.1503/jpn.110011>
- Çamcı, G. (2023). Alzheimer hastalığında fonksiyonel tıp ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 9(1), 19-25.

- https://www.researchgate.net/profile/Guelsah-Camci/publication/371721206_Alzheimer_Hastaliginda_Fonksiyonel_Tip_ve_Hemsirelik_Functional_Medicine_and_Nursing_in_Alzheimer's_Disease/links/6491ae3e8de7ed28ba406568/Alzheimer-Hastaliginda-Fonksiyonel-Tip-ve-Hemsirelik-Functional-Medicine-and-Nursing-in-Alzheimers-Disease.pdf
- Can, H., İrkeç, C., & Karakaş, S. (2006). Alzheimer tipi demansın farklı evrelerinin nöropsikolojik profili. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 44, 115-135.
<https://www.neuropsychiatricinvestigation.org/Content/files/sayilar/pdf/EN-YeniSempozyum-4aa8b36b.pdf>
- Chu, J., Lauretti, E., & Praticò, D. (2017). Caspase-3-dependent cleavage of Akt modulates tau phosphorylation via GSK3 β kinase: implications for Alzheimer's disease. *Molecular psychiatry*, 22(7), 1002–1008. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.214>
- Collins, E. C., Lu, M., Beck, R., Hendrix, J., Hodsdon, M. E., & Hansson, O. (2026). Plasma P-tau217 for detecting amyloid clearance after donanemab in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 22(8), e71740. <https://doi.org/10.1002/alz.71740>
- Delikanlı Akbay, G. (2019). Alzheimer Hastalığında B12 Vitamini Eksikliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3).
<http://cusbed.cumhuriyet.edu.tr/en/download/article-file/913667>
- Demir, G. (2018). DEMANS VE HEMŞİRELİK BAKIMI. *Black Sea Journal of Health Science*, 1(2), 35-39. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/519830>.
- Demir Özkay, Ü., Öztürk, Y., & Can, Ö. (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. *Med J SDU*, 18(1), 35-42. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/196773>
- Fisher Center for Alzheimer's Research Foundation. (2025). Clinical Stages of Alzheimer's. <https://www.alzinfo.org/understand-alzheimers/clinical-stages-of-alzheimers/>
- Goll, J., Martinaityte, I., Kirsebom, B.-E., Halvorsen, D. S., Gonzalez-Ortiz, F., Zetterberg, H., Fladby, T., & Gundersen, M. D. (2026). Interpreting p-tau217 on the ward: Frailty and plasma biomarkers in acutely admitted older adults. *Alzheimer's & Dementia*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/alz.71768>

- Grant, W. B., Campbell, A., Itzhaki, R. F., & Savory, J. (2002). The significance of environmental factors in the etiology of Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 4(3):179-189. <https://doi.org/10.3233/JAD-2002-43081>
- Hansen, D. V., Hanson, J. E., & Sheng, M. (2018). Microglia in Alzheimer's disease. *The Journal of cell biology*, 217(2), 459–472. <https://doi.org/10.1083/jcb.201709069>
- Jewett, B. E., & Thapa, B. (2022). Physiology, NMDA receptor. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519495/>
- Khan, S., Barve, K. H., & Kumar, M. S. (2020). Recent Advancements in Pathogenesis, Diagnostics and Treatment of Alzheimer's Disease. *Current neuropharmacology*, 18(11), 1106–1125. <https://doi.org/10.2174/1570159X18666200528142429>
- Kurban, M. G., & Şentürk, M. (2024). Kolinesteraz İnhibitörlerinin Alzheimer Hastalığı Tedavisindeki Rolü. *Ağrı Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(1), 42-45. <https://doi.org/10.61845/agrimedical.1375889>
- Liu, E., Zhang, Y., & Wang, J. Z. (2024). Updates in Alzheimer's disease: from basic research to diagnosis and therapies. *Translational neurodegeneration*, 13(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40035-024-00432-x>
- Morris, A., Kalarchian, M., & Allen, A. (2026). Implementing non-pharmacological interventions for dementia in long-term care: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 69, 103901. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2026.103901>
- National Institute on Aging. (2023). Alzheimer's Disease Genetics Fact Sheet. <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-causes-and-risk-factors/alzheimers-disease-genetics-fact-sheet>
- Qudoos, M. A., & Elliott, D. P. (2026). Review of donanemab and lecanemab in mild dementia stage of Alzheimer's disease: Progress and challenges. *The Senior Care Pharmacist*, 41(3), 98–108. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2026.98>
- Roncero-Parra, C., Parreno-Torres, A., Sanchez-Reolid, R., Mateo-Sotos, J. & Borja, A.L. (2024). Inter-hospital moderate and advanced Alzheimer's disease detection through convolutional neural networks. *Heliyon*, Volume 10, Issue 4, e26298. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26298>.
- Rostagno, A. A. (2022). Pathogenesis of Alzheimer's Disease. *International journal of molecular sciences*, 24(1), 107. <https://doi.org/10.3390/ijms24010107>

- Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Ch  telat, G., Teunissen, C. E., Cummings, J., & van der Flier, W. M. (2021). Alzheimer's disease. *Lancet* (London, England), 397(10284), 1577–1590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32205-4)
- Serrano-Pozo, A., Das, S., & Hyman, B. T. (2021). APOE and Alzheimer's disease: advances in genetics, pathophysiology, and therapeutic approaches. *The Lancet. Neurology*, 20(1), 68–80. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30412-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30412-9)
- Sertkaya, M. E., & Ergen, B. (2022). Alzheimer hastalığının erken teşhisinin çoklu değişken kullanarak tespiti. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (35), 306-314. <https://doi.org/10.31590/ejosat.1082297>
- Sheppard, O., & Coleman, M. (2020). Alzheimer’s disease: etiology, neuropathology and pathogenesis. Exon Publications, 1-21. <https://doi.org/10.36255/exonpublications.alzheimersdisease.2020.ch1>
- Smyth, A., Lambert, K., Jenkins, M., Alem, A. Z., Worku, M. G., & Shanmugasundaram, S. (2026). Non-pharmacological sleep interventions for dementia caregivers: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Applied Gerontology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/07334648261446153>
- Teunissen, C. E., & van Harten, A. C. (2026). Plasma biomarkers for Alzheimer disease: The road from laboratory results to clinical practice. *Nature Reviews Neurology*, 22(6), 329–331. <https://doi.org/10.1038/s41582-026-01215-w>
- Türkiye Alzheimer Derneği. (2025a). Alzheimer Hastalığında Hafif Orta Evre Belirtileri ve Günlük Yaşama Yansımaları. <https://www.alzheimerdernegi.org.tr/alzheimer-hastaliginda-hafif-orta-evre-belirtileri-ve-gunluk-yasama-yansimalari/>
- Türkiye Alzheimer Derneği. (2025b). Türkiye Alzheimer Derneği N Kolay 43. İstanbul Maratonu Projesi. <https://www.alzheimerdernegi.org.tr/sizin-destekleriniz/>
- Tutan, N. S., & Yıldırım, İ. G. (2024). Beynin Gizemli Dünyasına Yeni Bir Işık: Ketojenik Diyetin Alzheimer Hastalığındaki Rolü. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(3), 331-342. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/4220637>
- Twarowski, B., & Herbet, M. (2023). Inflammatory Processes in Alzheimer's Disease- Pathomechanism, Diagnosis and Treatment: A Review. *International journal of molecular sciences*, 24(7), 6518. <https://doi.org/10.3390/ijms24076518>

- Ünlüleblebici, S., Taşyürek, M., & Öztürk, C. (2023). MR görüntülerinde evrişimli sinir ağlar kullanılarak Alzheimer hastalık tespiti. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 39(3), 357–368.
- U.S. Food and Drug Administration. (2021). FDA Grants Accelerated Approval for Alzheimer's Drug. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-accelerated-approval-alzheimers-drug>
- Vaz, M., Silva, V., Monteiro, C., & Silvestre, S. (2022). Role of aducanumab in the treatment of Alzheimer's disease: Challenges and opportunities. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 797–810. <https://doi.org/10.2147/CIA.S325026>
- Wang, S., Luo, Y., Xiong, J., Xia, Y., Leung, S. H. I., & Davidson, P. M. (2026). Nonpharmacological interventions to improve the sleep of informal caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 66(6), gnag081. <https://doi.org/10.1093/geront/gnag081>
- World Health Organization. (2025). Dementia. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Yıldırım, N., & Can Eke, B. İ. (2024). Alzheimer HASTALIĞI, RİSK FAKTÖRLERİ VE TEDAVİ. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 48(2). <https://doi.org/10.33483/jfpau.1441827>
- Zhang, C. (2023). Alzheimer hastalığının etiyolojileri. *Discovery Medicine*, 35(178), 757-776. <https://doi.org/10.24976/Discov.Med.202335178.71>
- Zhang, J., Luo, R., & Chen, J. (2026). Nurse-led non-pharmacological interventions for cognitive improvement in dementia patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 18, 1876966. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2026.1876966>
- Zvěřová, M. (2019). Clinical aspects of Alzheimer's disease. *Clinical biochemistry*, 72, 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2019.04.015>

BÖLÜM 3

DAHİLİ HASTALIKLAR BAKIMINDA HEMŞİRELİK BAKIM MODELLERİ

İsmail AYKANAT¹

¹ Arş. Gör., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği AD, ORCID: 0009-0003-5290-1521, ismail.aykanat@ogu.edu.tr, Eskişehir/TÜRKİYE

GİRİŞ

Gelişen ve değişen dünya düzenindeki değişikliklerle birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığında meydana gelen artış, bireylerin uzun süreli bakım gereksinimlerine ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarının artmasına neden olmaktadır. Hastalık sürecinin uzamasıyla birlikte bireyler, fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra psikolojik, sosyal ve günlük yaşamlarını etkileyen farklı gereksinimlerle başa çıkabilmektedir (Choi & Seomun, 2024). Bu durum, sağlık profesyonellerinin bireyi yalnızca hastalık yönünden değil; fiziksel, psikolojik, sosyal ve işlevsel özelliklerini içerecek şekilde bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmesini ve bakım sürecini bireyin ihtiyaçları doğrultusunda planlamasını gerekli kılmaktadır (Ambushe vd., 2023; Choi & Seomun, 2024).

Hemşireler, hastalık sürecinde bireyin sağlık durumunu değerlendirme, semptomları yönetme, tedaviyi takip etme, komplikasyonları erken belirleme, öz bakımı destekleme ve birey ile ailesine eğitim ve danışmanlık sağlama gibi birçok rol ve sorumluluk üstlenmektedir (Akpınar & Ceran, 2019; Ambushe vd., 2023). Özellikle dahili hastalıklar gibi uzun süreli bakım gereksinimi gerektiren durumlarda, bireylerin bakım gereksinimlerinin zaman içerisinde değişebilmekte ve bu gereksinimlerin karşılanmasında hemşirelik bakımının sistematik ve bireyselleştirilmiş biçimde yürütülmesi önem kazanmaktadır (Choi & Seomun, 2024; Fontaine vd., 2024). Hemşire liderliğinde yürütülen öz bakım girişimlerinin, çoklu kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini geliştirmede önemli bir yaklaşım olduğu bildirilmektedir. (Choi & Seomun, 2024).

Hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde planlanması ve uygulanmasında hemşirelik kuram ve modelleri önemli yer edinmektedir. Kuram ve modeller, hemşirelerin bireyi değerlendirmesine, bakım ihtiyaçlarını belirlemesine, uygun hemşirelik girişimlerini planlamasına ve bakım sonuçlarını değerlendirmesine rehberlik etmektedir (Ren & Salvador, 2024). Kurama dayalı hemşirelik uygulamalarının farklı hasta gruplarında öz-yeterlilik, yaşam kalitesi ve psikolojik durum gibi hasta sonuçlarının geliştirilmesine katkı sağlayabildiği bildirilmektedir (Ren & Salvador, 2024). Ancak kuram ve modellerin klinik uygulamalara aktarılmasında teori ve uygulama arasında boşlukların devam ettiği ve bu boşluğun azaltılması için eğitim kurumları ile klinik ortamlar arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Greenway vd., 2019; Singh vd., 2024).

Dahili hastalıklarda bireylerin bakım gereksinimleri; bireyin yaşı, fonksiyonel durumu, hastalığın türü ve seyri, öz bakım kapasitesi, psikososyal özellikleri ve çevresel koşullarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında farklı kuramsal yaklaşımlardan yararlanılması, bireyin bakım gereksinimlerinin daha kapsamlı

değerlendirilmesine ve bakımın bireye özgü şekilde planlanmasına katkı sağlayabilmektedir (Ren & Salvador, 2024). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik kuram ve modellerinin kullanımını inceleyen bir sistematik derlemede, özellikle Orem'in Öz Bakım Modeli, Roy'un Adaptasyon Modeli, Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeli ve Watson'ın İnsan Bakım Modeli gibi farklı kuramsal yaklaşımların kullanıldığı bildirilmiştir (Özkan & Öztürk, 2017). Bireyin öz bakımının desteklenmesi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığının sürdürülmesi, hastalık ve tedaviye uyumunun geliştirilmesi, temel gereksinimlerinin karşılanması ve konforunun artırılması gibi hedeflere, çeşitli hemşirelik modelleri aracılığıyla ulaşılabilmektedir. Türkiye'de hemşirelik alanında gerçekleştirilen lisansüstü çalışmaları inceleyen bir sistematik derlemede, farklı hemşirelik kuram ve modellerinin araştırma ve uygulama süreçlerinde kullanıldığı; özellikle Watson İnsan Bakım Modeli, Kolcaba Konfor Modeli ve Orem Öz Bakım Eksikliği Modeli'nin öne çıktığı bildirilmiştir (Özalp & Avşar, 2024).

Bu bölümde öncelikle dahili hastalıklar ve hemşirelik bakımının kapsamı ile hemşirelik bakım modellerinin temelleri ele alınmakta; ardından dahili hastalıklar bakımında sıklıkla kullanılan Orem'in Öz Bakım Modeli, Roper-Logan-Tierney Yaşam Aktivitelerine Dayalı Modeli, Roy'un Adaptasyon Modeli, Watson'ın İnsan Bakım Modeli, Henderson Temel İnsan Gereksinimleri Modeli, Faye Abdellah 21 Hemşirelik Problemi Modeli ve Katharine Kolcaba Konfor Modeli açıklanmaktadır.

1. DAHİLİ HASTALIKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dahili hastalıklar kardiyovasküler, endokrin, solunum, hematolojik ve gastrointestinal hastalıklar gibi geniş konu alanı içerisinde yer alan akut ve kronik sağlık sorunlarını kapsayan; bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bütüncül olarak etkileyen kapsamlı bir tıp alanıdır. Mevcut hastalıkların çoğu kronik nitelikte olup, uzun süreli takip ve tedavi gerektirmektedir. Bu hastalıkların yönetimi, yalnızca tanı ve tedavi ile sınırlı olmayıp; aynı zamanda bütüncül ve sürdürülebilir bir yaklaşımı da gerektirmektedir. Bu noktada hemşirelik, dahili hastalıkların bakımında temel rol oynayan disiplinlerden biri olmaktadır (Akpınar & Ceran, 2019). Hemşire dahili hastalıkların yönetimi ve bakımında;

- Hastanın fizyolojik bulgularını değerlendirme,
- Hastalıkla ilişkili semptomların yönetimini sağlama,
- Tedavi uygulama ve takip etme,
- Komplikasyonları erken tanımlama ve riskleri belirleme,
- Yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitim verme,

- Psikososyal destek sunma gibi birçok alanda hastalara ve ailesine destek olmaktadır (Koç vd., 2020).

Dahili hastalıklarda bakım sürecinde, yalnızca fizyolojik faktörlere yönelik değil; aynı zamanda hastanın duygusal, sosyal ve çevresel gereksinimlerini de içeren bütüncül bir yaklaşım uygulanması gerekmektedir. Bu doğrultuda hemşirelik bakımının sistematik, bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı şekilde uygulanmasında hemşirelik bakım modelleri önemli yol göstermektedir (Ambushe vd., 2023).

2. HEMŞİRELİK BAKIM MODELLERİNİN TEMELLERİ

Kuram, belirli ve somut kavramların bir çerçeve içinde ele alınarak bu kavramların çeşitli önermelerle açıklanmasını veya birbirleriyle ilişkilendirilmesini sağlayan bir yapıdır. Model ise, söz konusu kavramlar arasındaki ilişkilerin görsel ya da kavramsal olarak ortaya konulmasıdır. Hemşirelik modelleri, hemşirelerin insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl yorumladığını ve tanımladığını gösteren yapılardır. Hemşireler, karar verme süreçlerinde ve eleştirel düşünmede kuramsal bilgiyi sistematik bir rehber olarak kullandıklarında mesleki yetkinliklerini güçlendirmiş olurlar. Bu nedenle kuram ve modellerin hemşirelik bakımına entegre edilmesi, sorunların çözümüne yönelik daha etkili yaklaşımlar geliştirilmesine katkı sağlayarak sunulan bakımın kalitesini artırmaktadır (Zuhur & Özpancar, 2017).

Kuram ve modeller, hemşirelere bakım verdikleri bireylerin sağlık durumunu değerlendirme, bakım sürecinde elde edilen verileri düzenleme, yorumlama ve bu bilgileri kanıta dayalı olarak açıklama imkânı sunar. Hem araştırmada hem de klinik uygulamada kuram ve modellerin rehber olarak kullanılması, hemşirelerin tıbbi işlemlerden ziyade kendi mesleki rollerine ve hemşirelik girişimlerine odaklanmasına yardımcı olur. Ayrıca bu yaklaşım, sağlık ekibi içinde daha etkili bir iş birliği ve koordinasyon sağlarken uygulamalar arasındaki farklılıkların da azalmasına katkıda bulunur (Younas & Quennell, 2019; Pazarcıkcı & Uçak, 2021).

Dahili hastalıklar gibi uzun süreli bakım gerektiren ve farklı seyir özellikleri gösteren kronik hastalıkları bulanan bireylerin ihtiyaçları da çeşitlilik gösterdiğinden, sunulan bakımın kişiye özel biçimde planlanması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan bireylere yönelik bakım süreçlerinde kuram ve modellerin kullanılması, bireyselleştirilmiş bakımda önemli bir fark yaratmakla birlikte; hemşirelik bakımının daha düzenli ve sistematik şekilde yürütülmesine, birey ve ailesinin bütüncül bir yaklaşımla desteklenmesine ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkı sunar (Yazıcıoğlu & Bağçivan, 2022).

Son yıllarda hemşirelik kuram ve modellerine yönelik ilgi giderek artsa da bu yapıların klinik uygulamalarda ve araştırmalarda kullanımının hâlâ belirli ölçüde sınırlı olduğu görülmektedir. Ülkemizde de benzer şekilde, hemşirelik araştırmalarına yön vermesi açısından kuram ve

modellerin kullanımı geçmişe kıyasla artış göstermesine rağmen henüz istenen düzeye ulaşmamıştır. Bununla birlikte, hemşirelik bakımının niteliğini artırmaya yönelik farkındalığın yükselmesi, kuramsal temelli bakımın öneminin daha fazla vurgulanmasına ve uygulamalarda kuram kullanımının giderek yaygınlaşmasına katkıda bulunmaktadır (Zuhur & Özpancar, 2017; Çakır & Yıldız, 2023).

Bu kapsamda, özellikle dahili hastalıklar alanında bireylerin değişen ve çok boyutlu bakım gereksinimlerinin karşılanmasında ve hemşirelerin bakım sürecini etkin bir şekilde yönlendirmesinde yararlandıkları hemşirelik modellerinin incelenmesi önemli bir gereklilik haline gelmiştir.

3. DAHİLİ HASTALIKLAR BAKIMINDA SIK KULLANILAN HEMŞİRELİK BAKIM MODELLERİ

Dahili hastalıklar alanında hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel ihtiyaçlarını bütüncül bir şekilde karşılamayı amaçlar. Bu amaçla, hemşirelerin bakım sürecini sistematik ve planlı bir şekilde yürütmelerini sağlayan çeşitli hemşirelik bakım modelleri kullanılmaktadır. Bu modeller, hemşirelik uygulamalarının teorik bir dayanak kazanmasına olanak tanırken, aynı zamanda hastaya sunulan bakımın kalitesini yükseltir ve kanıta dayalı uygulamaları destekler (Zuhur & Özpancar, 2017).

Dahili hastalıklar bakımında yaygın olarak tercih edilen hemşirelik bakım modellerinden bazıları şunlardır:

- Orem'in Öz Bakım Modeli
- Roper-Logan-Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli
- Roy'un Adaptasyon Modeli
- Watson'ın İnsan Bakım Modeli
- Henderson Temel İnsan Gereksinimleri Modeli
- Faye Abdellah 21 Hemşirelik Problemi Modeli
- Katherine Kolcaba Konfor Modeli

3.1. OREM'İN ÖZ BAKIM MODELİ

Dorothea Orem tarafından 1959 yılında geliştirilen Öz Bakım Modeli, hemşirelik bakımında hastaların kendi kendine bakım yapabilme yeteneklerini temel alan önemli bir teoridir. Model, bireylerin sağlığını koruma, sürdürme ve hastalık durumunda iyileşme süreçlerinde aktif rol almalarını desteklemeyi amaçlamaktadır. Hemşirelik, bireyin öz bakım eksikliklerini tanımlamak, bu eksiklikleri gidermek ve bireyin öz bakım kapasitesini artırmak amacıyla gerçekleştirilen planlı ve bilinçli müdahaleler bütünü olarak ele alınmaktadır. Model; diyabet,

astım, KOAH, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi birçok hastalığın hemşirelik bakımında kullanılmıştır (Aytekin Kanadlı vd., 2024). Yapılan çalışmalarda, farklı kronik hastalıkların bakımında uygulanan Öz Bakım Modeli'nin, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir (Khademian vd., 2020; Tok Yıldız & Kaşıkçı, 2020).

Modeldeki Temel Kavramlar

İnsan: Orem'e göre insan; fizyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklere sahip, öz bakım gereksinimlerini öğrenerek karşılayabilen sosyal bir varlıktır. Öz bakım davranışlarının öğrenilmesi yaş, zihinsel durum, sosyal ve duygusal özellikler gibi faktörlerden etkilenmektedir (Menekli, 2017).

Sağlık/ Hastalık: Orem sağlığı, bedensel ve zihinsel işlevlerin bütünlüğü ve bireyin yaşam kapasitesine ulaşabilmesi ile ilişkilendirmektedir. Hastalık ise bireyin öz bakım gereksinimlerinin öz bakım kapasitesini aşması sonucu ortaya çıkan bir dengesizlik durumu olarak ele alınmaktadır. Bu durumda birey hemşirelik desteğine ihtiyaç duyabilmektedir (Menekli, 2017; Hartweg & Metcalfe, 2022).

Hemşirelik: Orem'e göre hemşirelik, yardıma ve rehberliğe gereksinim duyan bireylere sunulan profesyonel bir hizmettir. Temel amaç; bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek, hastalık veya sakatlık durumlarında ise iyileşme sürecini desteklemek ve öz bakım kapasitesini güçlendirmektir (Menekli, 2017; Rakhshani vd., 2022).

Çevre: Orem'e göre çevre, bireyin öz-bakım aktivitelerini yapma yeterliliği üzerinde etkisi olan fiziksel, kimyasal, biyolojik özellikler ve sosyo-ekonomik durumdur. Farklı uyaranlara verilen her cevap, çevreye göre şekillenir. Bu nedenle birey kendi çevresini şekillendirebilecek bir varlık olarak görülür (Menekli, 2017).

Modeldeki Diğer Kavramlar

Öz-Bakım: Bireyin yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmek amacıyla bilinçli olarak gerçekleştirdiği eylemlerdir. Öz bakım davranışları eğitim, deneyim, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (Menekli, 2017; Hartweg & Metcalfe, 2022).

Öz-Bakım Gücü: Bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik halini sürdürmeye yönelik aktiviteleri gerçekleştirme konusundaki güç ve yeteneğidir (Menekli, 2017).

Öz-Bakım Yeteneği: Bireyin sağlıklı olmak için gereksinimlerini sürekli karşılamasını sağlayan edinilmiş kompleks bir yetenektir. Öz bakımı gerçekleştiren birey "öz bakım ajanı" olarak tanımlanmaktadır (Menekli, 2017).

Tedavi Edici Öz-Bakım: Bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla belirli bir zamanda gerçekleştirilmesi planlanan girişim ve uygulamalardır (Jamshidzahe Dejanje vd., 2018).

Hemşirelik Gücü: Hemşirenin öz bakım yetersizliği bulunan bireyin gereksinimlerini belirleme, bakımını sağlama ve öz bakım gücünü artırmaya yönelik uygulama yapabilme gücüdür (Menekli, 2017).

Modelin Özellikleri

Orem'in geliştirdiği model üç ana gruptan oluşmaktadır. Bunlar;

- Özbakım Eksikliği Teorisi
- Özbakım Teorisi
- Hemşirelik Sistemleri Teorisi

Özbakım Eksikliği Teorisi: Öz bakım eksikliği, bireyin öz bakım yeteneği ile terapötik öz bakım ihtiyacı arasındaki yetersizliği ifade etmektedir. Bireyin öz bakım kapasitesi gereksinimlerini karşılamadığında hemşirelik gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Hemşire, bireyin öz bakım yeteneğini değerlendirerek gereksinim duyulan desteğin düzeyini belirlemektedir.

Orem'e göre hastaya destek olmak için beş yöntem bulunmaktadır:

- Kişinin yerine bazı davranışları gerçekleştirmek,
- Kişiye rehberlik etmek veya danışmanlık yapmak,
- Fiziksel ve psikolojik destek sağlamak,
- Kişinin ihtiyaçlarını karşılayacak uygun çevreyi oluşturmak veya sürdürmek,
- Kişiye eğitim vermek (Menekli, 2017; Ergen, 2024).

Özbakım Teorisi: İnsanlar yaşamlarını, sağlıklarını ve iyilik hallerini sürdürebilmek için öz bakım faaliyetlerini öğrenip uygulamaktadır. Öz bakım davranışları bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişim ve sağlık durumu, sosyokültürel özellikleri, aile yapısı, yaşam biçimi, günlük aktiviteleri, çevresel koşulları ve kaynaklara erişimi gibi faktörlerden etkilenmektedir (Menekli, 2017; Ergen, 2024). Orem'e göre öz bakım gereksinimleri evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma durumlarında ortaya çıkan gereksinimler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Evrensel öz bakım gereksinimleri; hava, gıda, su, eliminasyon, aktivite-dinlenme, yalnızlık-sosyal etkileşim, zararlı etkenlerin önlenmesi ve gelişimin desteklenmesi ile ilişkilidir. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri; gelişimi destekleyici koşulların oluşturulması, kişisel gelişime aktif katılım ve gelişimsel/yaşamsal olayların olumsuz etkilerinin önlenmesini kapsamaktadır. Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri ise hastalık, yaralanma, kusur veya sakatlık gibi patolojik durumlarda ortaya çıkmaktadır (Menekli, 2017; Ergen, 2024).

Hemşirelik Sistemleri Teorisi: Hemşirenin öz bakımını gerçekleştiremeyen bireye nasıl yardım edeceğini açıklamaktadır. Hemşirelik sisteminin amacı, bireyin iyilik halini ve öz bakım becerilerini geliştirmek, gereksinimlerini karşılamak veya öz bakım gereksinimlerini

azaltmaktır. Hemşirenin rolü, bireyin öz bakım yetersizliğini ve bunun düzeyini belirlemek ve bireyin öz bakım gücünü geliştirmeye yönelik yardım sağlamaktır (Menekli, 2017).

Orem, hemşirelik sistemlerini üç grupta ele almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Orem'in Hemşirelik Sistemleri (Menekli, 2017)

Hemşirelik Sistemi	Temel özellik
Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi	Bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılayamadığı ve bakımın hemşire tarafından gerçekleştirildiği durumdur.
Kısmen dengeleyici hemşirelik sistemi	Öz bakım aktivitelerinin hasta ve hemşire tarafından birlikte gerçekleştirildiği durumdur.
Destekleyici ve eğitici hemşirelik sistemi	Bireyin öz bakımını gerçekleştirebildiği ancak karar verme, bilgi ve beceri kazanma konusunda hemşire desteğine ihtiyaç duyduğu durumdur.

3.2. ROPER-LOGAN-TIERNEY YAŞAM AKTİVİTELERİNE DAYALI MODELİ

Edinburgh Üniversitesi'nde Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli, Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri hiyerarşisi ile Virginia A. Henderson'un Evrensel İnsan Gereksinimleri kuramından esinlenmiştir. Modelde bireysellik ve kişiye özel hemşirelik bakımı ön plandadır. Bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirme düzeyinin değerlendirilmesi, veri toplama ve hemşirelik tanılama süreçlerinde temel oluşturmaktadır. Holistik ve insancıl yaklaşımı benimseyen model, birey ve ailesinin bakım sürecine aktif katılımını desteklemektedir (Williams, 2017; Eroğlu, 2024).

Modeldeki Temel Kavramlar

İnsan: Roper, Logan ve Tierney modelinde insan; fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, politik, ekonomik ve spiritüel yönleriyle bir bütün olarak ele alınır. Bireyin yaşam kalitesinin artırılmasında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme düzeyi önemlidir ve bu aktiviteler her birey için benzersizdir. Güvenli çevrenin oluşturulması ve sürdürülmesi de yaşamın devamı açısından gereklidir (Bulut & Güler Demir, 2017).

Sağlık / Hastalık: Modelde bireylerin sağlık durumlarının birbirinden farklı olduğu ve sağlık/hastalık durumunun bireyden bireye değişen bir döngü içinde değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında sağlık/hastalık yerine bağımlılık-bağımsızlık döngüsü temel alınarak bakım gereksinimleri belirlenir (Bulut & Güler Demir, 2017).

Hemşirelik: Hemşirelik, yaşam aktiviteleriyle ilişkili mevcut veya olası sorunların önlenmesi, azaltılması, çözülmesi ve bunlarla başa çıkmada bireye destek olma sürecidir. Hasta merkezli olan modelde hemşirelik bakımının amacı bireyi korumak, rahatlatmak ve bağımsızlığını desteklemektir. Bireyselleştirilmiş bakım; tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan hemşirelik süreci doğrultusunda gerçekleştirilir (Bulut & Güler Demir, 2017; Akçay & Ören, 2024).

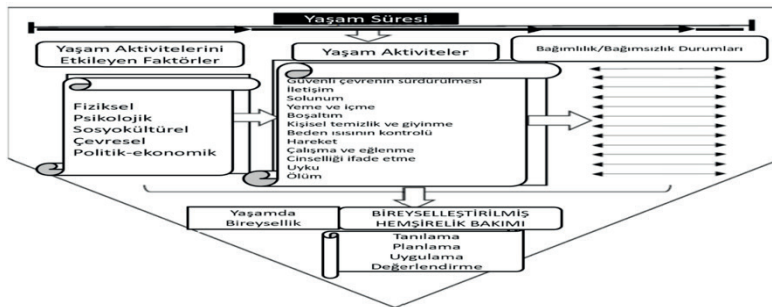
Çevre: Çevre, bireyin yaşam aktivitelerini etkileyen ve hemşirelik bakımının gerçekleştirildiği ev, okul, hastane, klinik veya huzurevi gibi ortamlardır. Bireyin çevresi içsel, fiziksel, biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilenebilir. Modelde güvenli çevrenin sağlanması ve korunması öncelikli kabul edilmektedir (Bulut & Güler Demir, 2017).

Modeldeki Diğer Kavramlar

Bireyselleşmiş hemşirelik, modelin temel kavramlarından biridir. Bireyselliğin hemşirelik sürecinin dört aşaması aracılığıyla bakım uygulamalarına yansıtılması gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle bireye özgü bakımın planlanması ve uygulanmasında hemşirelik sürecinin kullanılması önem taşımaktadır (Bulut & Güler Demir, 2017; Üstün Şahin vd., 2023).

Modelin Özellikleri

Roper, Logan ve Tierney, hemşireliği Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ile kavramsallaştırarak hemşireliğin özünü yakaladıklarına inanmışlardır. Modelistlere göre, hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan kişiler, neden olursa olsun ve hangi klinikte bulunursa bulunsun, yaşamaya devam etmek zorundadır. Bu nedenle geliştirdikleri modelde, Yaşam Modeli ile Hemşirelik Modeli olmak üzere iki ayrı model olduğunu ve Hemşirelik Modeli'nin Yaşam Modeli tarafından desteklendiğini ifade etmişlerdir (Şekil 1). Her iki model de bireylerin hemşirelik bakımına ve farklı yaşam tarzlarıyla başa çıkmayı öğrenmeye ihtiyaç duyduklarında, yaşamlarında mümkün olan en az rahatsızlık veya hastalık olmasını sağlamayı amaçlayan benzer bir yaklaşım sergiler (Bulut & Güler Demir, 2017; Williams, 2017).



Şekil 1. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (Özkan vd., 2023)

Modelin Temel Bileşenleri

Yaşam Modeli ve Hemşirelik Modeli beş temel unsurdan oluşmaktadır. Bunlar; yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, bağımlılık/bağımsızlık döngüsü, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ve bireyselliktir. Yaşam Modeli'nde beşinci unsur “yaşamda bireysellik”, Hemşirelik Modeli'nde ise “bireyselleştirilmiş hemşirelik” olarak ifade edilmektedir (Bulut & Güler Demir, 2017).

a. Yaşam Süresi: Yaşam, döllenmeden ölümle sona eren bir süreç olarak ele alınmaktadır. Modelde yaşam evreleri; doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık şeklinde sınıflandırılmıştır. Hemşirelik bakımının bireyin bulunduğu yaşam evresi dikkate alınarak planlanması ve uygulanması, bireyselleştirilmiş bakım açısından önemlidir. Yaşam süresince birey biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politik-ekonomik faktörlerden etkilenmektedir.

b. Yaşam Aktiviteleri: Modelin temel odak noktasını oluşturan yaşam aktiviteleri 12 başlıkta ele alınmaktadır (Tablo 2). Hemşire, bireyin bu aktivitelerdeki bağımlılık ve bağımsızlık düzeyini değerlendirerek bakım gereksinimlerini belirlemelidir.

Tablo 2. Roper-Logan-Tierney Modelinde Yaşam Aktiviteleri (Bulut & Güler Demir, 2017)

Yaşam Aktivitesi	Temel Açıklama
1. Güvenli çevrenin sürdürülmesi	Kazaların önlenmesi ve güvenliğin sağlanmasını kapsar.
2. İletişim	Konuşma, yazma, beden dili ve mimikler aracılığıyla iletişim kurulmasını ve duyguların ifade edilmesini içerir.
3. Solunum	Oksijen alımı ve karbondioksitin uzaklaştırılması yoluyla yaşamın sürdürülmesini sağlar.
4. Yeme ve içme	Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve iyileşme açısından temel bir aktivitedir.
5. Boşaltım	Üriner, fekal ve solunum yoluyla atıkların vücuttan uzaklaştırılmasını kapsar.
6. Kişisel temizlik ve giyim	El ve perine hijyeni, saç, tırnak, diş ve ağız bakımı, banyo ve genel beden temizliğini içerir.
7. Vücut sıcaklığının kontrolü	Vücut sıcaklığının dengede tutulmasını ve çevre koşullarına yönelik gerekli önlemlerin alınmasını kapsar.
8. Hareket	Bireyin hareket etmesini ve bağımlılık/bağımsızlık durumunu etkileyen aktivitedir.
9. Çalışma ve eğlenme	Çalışma yaşamının sürdürülmesi ve boş zaman aktivitelerine katılımı kapsar.
10. Cinselliği ifade etme	Cinsellik, bireyin bedenini ve kendisini algılaması ile toplumdaki davranışlarını kapsayan geniş bir kavramdır.
11. Uyku	Dinlenme ve rahatlamayı sağlayan, büyüme ve onarımda rol oynayan temel yaşam aktivitesidir.
12. Ölüm	Yaşam aktivitelerinin giderek etkilendiği ve sona erdiği “ölme sürecini” ifade eder.

c. Bağımlılık/ bağımsızlık döngüsü: Bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyi bağımlılık-bağımsızlık döngüsü üzerinden değerlendirilir. Birey yaşamının farklı dönemlerinde

bağımlı veya bağımsız olabilir ve bu durum her yaşam aktivitesi için ayrı ayrı ele alınır. Hastalık ve diğer sorunlar nedeniyle birey bir veya daha fazla aktivitede bağımlı hale gelebilir ve diğer kişilere ya da yardımcı araç-gereçlere ihtiyaç duyabilir (Bulut & Güler Demir, 2017).

d. Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler: Modelde bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirmesini etkileyen beş temel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Roper-Logan-Tierney Modelinde Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler (Bulut & Güler Demir, 2017)

Faktör	Açıklama
Biyolojik	Bedenin anatomisi, fiziksel yapısı ve performansı ile ilişkilidir.
Psikolojik	Duygular, ruh hali, düşünceler, bilinç ve algılama gibi özellikleri kapsar.
Sosyokültürel	Bireyin yaşadığı toplum ve kültürün yaşam tarzı üzerindeki etkisini ifade eder.
Çevresel	Atmosferik bileşenler, kıyafetler, ev ortamı ve çevresi, bitki örtüsü ve yapıları içerir.
Politik-ekonomik	Devlet, hukuk ve ekonomi ile ilişkili olup yaşam aktivitelerini yasa ve yönetmelikler doğrultusunda etkiler.

e. Yaşamda Bireysellik / Bireyselleşmiş hemşirelik: Yaşam aktiviteleri her birey için özgündür. Bireysellik; yaşam süresi, bağımlılık/bağımsızlık durumu ve yaşam aktivitelerini etkileyen biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel, politik ve ekonomik faktörlerin etkileşimiyle şekillenir. Bireyselleşmiş hemşirelik ise hemşirelik süreci kullanılarak her bireye özgü bakım verilmesini ifade eder. Bu kapsamda tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının kullanılması gerekmektedir (Bulut & Güler Demir, 2017).

3.3. ROY’UN ADAPTASYON MODELİ

Sister Callista Roy, çocuk hemşiresi olarak çalıştığı dönemde çocukların hastalıklara ve çevresel değişikliklere hızlı uyum sağladıklarını gözlemlemiş ve “adaptasyon” kavramını modelinin merkezine yerleştirmiştir. Roy, 1964 yılında geliştirdiği modelini 1970 yılında uygulamaya aktarmış, 1976 yılında kapsamlı biçimde açıklamış ve sonraki yıllarda çeşitli revizyonlar yapmıştır (Kacaroglu Vicdan & Gülseven Karabacak, 2014; Uygun, 2025). Modelin kavramsal altyapısında Coombs ve Snygg’in benlik kavramı, Selye’nin Genel Adaptasyon Teorisi, Maslow’un bireysel değer ve inanışları ile sosyal etkileşim kuramlarından yararlanılmıştır. Roy ayrıca hemşireliğin temel paradigmasını oluştururken Levine, Henderson, Nightingale ve Peplau’dan; davranışsal yaklaşımında Dorothy Johnson’dan, holistik yaklaşımında Martha Rogers’tan ve öz bakım kavramında Dorothea Orem’den etkilenmiştir. Modelin felsefi dayanağı ise hümanizmdir (Kacaroglu Vicdan & Gülseven Karabacak, 2014; Uygun, 2025).

Modeldeki Temel Kavramlar

İnsan: Roy’a göre insan, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan ve çevresiyle sürekli etkileşim hâlinde bulunan açık bir sistemdir. Birey içsel ve dışsal uyaranlara fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yanıt verir. Bu yanıtların olumlu olması “uyum”, olumsuz olması ise “uyumsuzluk” olarak değerlendirilir. Hemşireliğin temel amacı bireyin etkili ve olumlu uyum geliştirmesine yardımcı olmaktır (Kacaroglu Vicdan & Gülseven Karabacak, 2014; Uzun, 2017).

Sağlık/Hastalık: Birey, sürekli değişen çevresi içinde gelişen ve uyum sağlamaya çalışan bir sistemdir. Sağlık ve hastalık yaşam boyunca devam eden süreçlerdir. Bireyin baş etme mekanizmalarının yetersiz kalması hastalıkla, etkili uyum sağlaması ise sağlık durumunun sürdürülmesiyle ilişkilidir (Kacaroglu Vicdan & Gülseven Karabacak, 2014; Uzun, 2017).

Hemşirelik: Roy hemşireliği bilimsel bilginin uygulamaya aktarılması olarak ele almış ve hemşirelik girişimlerinin temel hedefini bireyin adaptasyonunu desteklemek olarak belirlemiştir. Hemşireliğin amacı, birey ve grupların dört adaptif alanda uyumunu geliştirerek sağlık ve yaşam kalitesine katkıda bulunmaktır (Kacaroglu Vicdan & Gülseven Karabacak, 2014; Uzun, 2017).

Çevre: Roy'un modelinde çevre, bireyin veya grubun gelişimini ve davranışlarını etkileyen her türlü içsel ve dışsal koşul, durum ve etkiyi kapsamıştır. Çevredeki sürekli değişim, kişiyi adaptif yanıtlar geliştirmeye zorlamıştır (Kacaroglu Vicdan & Gülseven Karabacak, 2014; Uzun, 2017).

Modeldeki Diğer Kavramlar

Sistem: istem; birbiriyle ilişkili parçalardan oluşan ve girdi, çıktı, kontrol ve geri bildirim süreçlerini içeren bir bütündür. İnsan adaptif sisteminde girdi uyaranları, çıktı davranışları, baş etme mekanizmaları ise uygun yanıtın oluşmasını sağlayan süreçleri ifade etmektedir (Uzun, 2017; Uygun, 2025).

Adaptasyon: Birey veya grubun çevre ile uyum içinde bütünleşmesini sağlayan süreç, sonuç ve başa çıkma biçimidir. Etkili adaptasyon; sağlık, genel iyilik hâli, yaşam kalitesi ve saygın bir ölümle ilişkilendirilmektedir (Uzun, 2017; Uygun, 2025).

Uyaran: İnsan ile çevre arasındaki etkileşimi oluşturan bileşenlerdir. Modelde üç tür uyaran tanımlanmıştır. Odak (fokal) uyaranlar, bireyi en çok etkileyen ve davranışı harekete geçiren içsel veya dışsal uyaranlardır. Bireyin dikkat ve enerjisi bu uyaranlara yoğunlaştığından, öncelikle bu uyaranlara karşı adaptasyon sağlamaya çalışır. Bağlamsal (kontekstüel) uyaranlar, odak uyaranın tetiklediği davranışı etkileyen ve odak uyaranın etkisini değiştiren, davranışın doğrudan nedeni olmayan ancak davranış üzerinde etkisi olan ve ölçülebilen uyaranlardır. Artık

(rezidüel) uyaranlar ise adaptif sistemin iç veya dış çevresinde bulunan, ancak davranış üzerindeki etkisi henüz kesinleşmemiş, bireyi etkileyebilen ancak objektif olarak ölçülemeyen uyaranlardır (Uzun, 2017; Uygun, 2025).

Adaptasyon Düzeyi: Her birey, aile veya grubun bilinen baş etme mekanizmalarını kullanarak ulaşabildiği uyum seviyesidir. Roy’a göre adaptasyon düzeyleri şunlardır:

- **Bütünleşik (denge durumu):** Uyarana olumlu yanıt verilen ve gereksinimin karşılandığı uyum düzeyidir. Bu düzeyde süreç sağlıklı bir biçimde sürdürülür.
- **Telafi edici (denge arama durumu):** Dengeye ulaşmak için düzenleyici ve bilişsel-duygusal sistemlerin devreye girdiği, uyum sürecinin olumlu yönde ilerlediği ancak gereksinimlerin tam karşılanmadığı durumdur.
- **Bozulmuş (dengesizlik durumu):** Uyarana olumsuz yanıt verilen ve gereksinimin karşılanmadığı uyum düzeyidir. Telafi edici süreç, eğer yeterliyse bütünleşik sürece dönüşerek adaptasyonu sağlayabilir; ancak yetersiz kaldığında bozulmuş süreç devam eder (Uzun, 2017; Uygun, 2025).

Adaptasyon Alanları: Adaptasyon alanları, bireyin içsel ve dışsal uyaranlara fiziksel ve psikososyal bir varlık olarak verdiği davranışsal tepkileri ifade etmektedir. Roy’un modelinde dört adaptasyon alanı bulunmaktadır (Uzun, 2017; Uygun, 2025). Modelde belirtilen adaptasyon alanları Tablo 4’te yer almaktadır.

Tablo 4. Roy’un Adaptasyon Modelindeki Adaptasyon Alanları (Uzun, 2017; Uygun, 2025)

Adaptasyon Alanı	Açıklama
Fizyolojik-fiziksel adaptasyon	Çevresel değişimlere karşı fizyolojik dengenin korunmasını; beslenme, oksijenlenme, sıvı-elektrolit dengesi, hareket-dinlenme, vücut ısısı ve eliminasyon gibi süreçleri içerir.
Benlik kavramı	Bireyin kendini algılayışını, görüşlerini, rollerini, ilişkilerini, maneviyatını ve sosyal kimliğini kapsar.
Rol fonksiyon	Bireyin iş, aile ve sosyal yaşamındaki rol ve sorumluluklarını yerine getirme ve değişikliklere uyum sağlama becerisini ifade eder.
Karşılıklı bağlılık	Bireyin ihtiyaçlarını karşılamak ve hedeflerine ulaşmak amacıyla başkalarıyla etkileşim kurmasını, ilişkilerini sürdürmesini ve başkalarına güvenmesini kapsar.

Modelin Özellikleri

Roy, modelini oluştururken tümevarım, tündengelim ve retrodüksiyon yöntemlerinden yararlanmıştır. Model, hemşirelik ve diğer disiplinlere ait kuramların sentezlenmesi ve mesleki deneyimlerle araştırmalardan yararlanılması yoluyla geliştirilmiştir. Bireyin odak, bağlamsal ve rezidüel uyaranlara dört adaptasyon alanında verdiği davranışlar incelenerek adaptasyon problemlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (Uzun, 2017; Uygun, 2025). Model, hemşirelik tanımı açısından bir sistem kuramı olarak sınıflandırılmaktadır. Hemşirelik problemleri, bireyin

bütünlüğünü bozan adaptif olmayan yanıtlarla ilişkili etkisiz baş etme süreçleri üzerinden ele alınmaktadır. Hemşireliğin amacı ise birey ve grupların dört adaptasyon alanındaki uyumunu geliştirerek sağlık, yaşam kalitesi ve saygın bir ölüme katkıda bulunmaktır (Uzun, 2017; Uygun, 2025).

3.4. WATSON'IN İNSAN BAKIM MODELİ

Jean Watson tarafından geliştirilen Watson İnsan Bakım Modeli, hemşirelik alanında önemli bir yere sahiptir. Hemşire teorisyen ve profesör olan Jean Watson, 1975-1979 yılları arasında bu kuramsal modeli geliştirmiştir. Modelin amacı, hasta bakımının kalitesini artırmak ve etkili hasta-hemşire iletişimini sağlamaktır. Watson, kişisel deneyimlerinden büyük ölçüde etkilenmiştir; yaşadığı bir kaza sonucu görme yetisini kaybetmesi ve eşinin ölümü, hemşireliğe bakış açısını değiştirmiştir. Modelin temel odakları arasında bakım felsefesi ile kayıp ve yas süreci yer almaktadır. Watson İnsan Bakım Teorisi, hemşirelikte bütüncül ve empatik bakımın önemini vurgulayan bir teoridir. Bu teoriye göre bakım, yalnızca teknik ve işlem odaklı bir etkinlik değil, aynı zamanda etik bir ideali de içerir. Jean Watson, insanların kendilerine ve başkalarına iyi bakmalarının etik bir sorumluluk olduğunu savunur. Hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında rehberlik eden bu teori, hemşirelerin hastalarla daha insancıl ilişkiler kurmalarına katkı sağlar (Kol, 2017; Alharbi vd., 2020).

Modeldeki Temel Kavramlar

İnsan: Doğada eşsiz bir varlık olup, akıl, beden ve ruh bileşenlerinden oluşur; kendine özgü deneyimleri vardır ve bilinçli seçimler yapabilir (Kol, 2017; Devi vd., 2022).

Sağlık/Hastalık: Sadece hastalığın yokluğu değil, akıl, beden ve ruhun uyum içerisinde bulunmasıdır. Bireyin fiziksel iyileşmesi tek başına yeterli olmayıp, çevre, doğa ve evrenin de iyileşme sürecinde etkili olduğu vurgulanır (Kol, 2017; Devi vd., 2022).

Hemşirelik: Bireyi bütüncül bir yaklaşımla ele alan, insan bakım bilimini uygulamalarına dahil eden ve bilimsel temellere dayanan profesyonel bir disiplindir (Kol, 2017; Devi vd., 2022).

Çevre: Bireyin rahatını ve huzurunu sağlayan, görsel, fiziksel, duygusal ve ruhsal açıdan destekleyici bir ortamdır (Kol, 2017; Devi vd., 2022).

Modelde Açıklanan Diğer Kavramlar

Bakım: Watson'ın modelindeki temel kavramlardan biri olan bakım, profesyonel hemşireliğin önemli bir göstergesi ve aynı zamanda bir bilim olarak ele alınmaktadır. Bakım davranışlarının uygulanması ve birey tarafından algılanması, bakımın etkili olmasında önemlidir (Watson, 2009; Kol, 2017).

Maneviyat/Ruh: Watson ruhu bireyin içsel niteliği, iç dünyası ve manevi özü olarak tanımlamaktadır. Maneviyat ise bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, yaşamın anlam ve amacını kavrama ve kabul etme çabasını ifade etmektedir (Watson, 2009; Kol, 2017).

Modelin Özellikleri

Watson, İnsan Bakım Modelini üç temel kavram üzerinde ele almaktadır. Bunlar;

1. Kişilerarası Bakım İlişkisi: Kişilerarası bakım ilişkisi, hemşire ile birey arasındaki bilimsel, mesleki, etik, estetik ve kişiye özgü etkileşimi ifade etmektedir. Duyarlılık, güven, saygı, empati, içtenlik ve etik sorumluluk bu ilişkinin temel değerlerindendir. Hemşire-birey arasındaki akıl-beden-ruh uyumu, kişiselleştirilmiş bakım ilişkisinin temelini oluşturur. Bu ilişki uzun süreli terapötik iletişim yoluyla veya kısa süreli karşılaşmalar sırasında gelişebilir. Hemşirenin bireyin deneyimlerini, duygularını, düşüncelerini, manevi inançlarını, hedeflerini ve beklentilerini anlamaya çalışması, bakım sürecinin iyileştirici yönünü desteklemektedir (Watson, 2009; Kol, 2017; Devi vd., 2022).

2. Bakım Durumu ve Bakım Anı: Bakım durumu, hemşire ile bireyin yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarının etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Bu süreçte bireyin duyguları, düşünceleri, manevi inançları, hedefleri ve çevresine ilişkin farkındalıkları geçmişi, mevcut durumu ve geleceğiyle birlikte değerlendirilir. Saygı ve güvene dayalı bu etkileşim, bireyin kendisine değer verildiğini hissetmesine katkı sağlar (Kol, 2017; Kabasakal & Kitiş, 2021). Bakım anı ise hemşire ile bireyin bir araya gelmesiyle bakım sürecinin başladığı ve hemşirenin farkındalığı aracılığıyla doğal, insana özgü iletişim ve etkileşimin geliştiği aşamadır (Kol, 2017; Kabasakal & Kitiş, 2021).

3. İyileştirme Süreçleri

Watson'a göre hemşireliğin temeli bilim, sanat ve bakımın birleştiği “iyileştirme süreçleri”dir. Bu süreçler, hemşirenin bireye yönelik bakımında değer verme, önemseme ve sevgi gibi yaklaşımları içermekte; yaratıcı problem çözme ve eleştirel düşünmeye rehberlik etmektedir. İyileştirme süreçleri birbirinden bağımsız olmayıp bir bütün olarak etkileşim içindedir (Kol, 2017; Kabasakal & Kitiş, 2021). Watson'ın iyileştirme süreçleri 10 temel süreçten oluşmaktadır. Bu süreçler doğrusal değildir; birbirleriyle bağlantılıdır ve bilimsel bilginin yanı sıra etik ve estetik anlayışı da içermektedir. Süreçlerin yaratıcı, esnek ve insancıl bir bakım yaklaşımı gerektirdiği belirtilmektedir (Kol, 2017; Kabasakal & Kitiş, 2021).

Tablo 5. İyileştirme Süreçleri ve İyileştirici Faktörler (Kol, 2017; Kabasakal & Kitiş, 2021)

İyileştirme Süreçleri	İyileştirici Faktörler
1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi	İnsancılık ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye, sevgiyle, şefkatle yaklaşma
2. İnanç-umut	Bireye inanç ve umudu aşılama
3. Duyarlılık	Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olma
4. Yardım – güven ilişkisi	Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme
5. Duyguların ifadesi	İnsanların öykülerini içtenlikle dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlama
6. Problem çözme	Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma
7. Öğretme-öğrenme	Bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama
8. İyileştirme çevresi	Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre oluşturma
9. Gereksinimlere yardım	Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma
10. Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma	Yaşamı anlamlandırmak için rüya, hayal, sezgi, efsane vb. öğelere yer verme

3.5. HENDERSON TEMEL İNSAN GEREKSİNİMLERİ MODELİ

Henderson, sağlığın korunması veya yeniden kazandırılması için bireye bütüncül bakım anlayışıyla yardımcı olunması gerektiğini savunan bir hemşirelik kuramcısıdır. Hemşirenin temel rolü, bireyin yerine geçen, destekleyen ve tamamlayan bir işlev üstlenerek mümkün olduğunca bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmaktır. Henderson'un hemşirelik tanımının temelinde insanın temel gereksinimleri yer almakta olup, bu yaklaşım Maslow'un Gereksinimler Hiyerarşisi'nden etkilenmiştir. Modeldeki 14 temel gereksinimin ilk dokuzu fizyolojik ve güvenlik gereksinimleriyle, diğer beşi ise sevgi, ait olma ve kendini gerçekleştirme gereksinimleriyle ilişkilidir (Tablo 6). Bu doğrultuda Henderson, insanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarını kapsayan bütüncül bir hemşirelik tanımına ulaşmıştır (Avşar, 2017; Acun vd., 2022).

Henderson'a göre hemşirelik süreci, bireylerin karşılaştığı sorunlara yönelik kanıta dayalı bir problem çözme yaklaşımıdır. Hemşire, veri analizi yoluyla bireyin 14 temel gereksinimden hangisini karşılayamadığını ve bu durumun nedenlerini belirler (Avşar, 2017; Acun vd., 2022).

Tablo 6. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi ile Henderson'ın 14 Temel Gereksiniminin Karşılaştırılması (Acun vd., 2022)

Maslow	Henderson
Fiziksel ihtiyaçlar	1. Normal nefes almak 2. Yeterli yeme, içme 3. Beden atıklarını boşaltma 4. Hareket ve uygun pozisyon alabilme 5. Uyku ve dinlenme 6. Uygun giysi seçme, giyinme ve soyunma 7. Ortamın sıcaklığının düzenlenmesi ve uygun giyinme yolu ile beden sıcaklığını normal sınırlar içinde sürdürülmesi 8. Vücudu temiz tutabilme ve deri bütünlüğünü koruma
Güvenlik ihtiyaçları	9. Çevredeki tehlikelerden korunma ve başkalarını incitmekten kaçınma
Sevgi ve ait olma ihtiyacı	10. Duygularını, gereksinimlerini, korkularını veya düşüncelerini ifade ederek başkalarıyla iletişim kurabilme
Öz-saygı ihtiyacı	11. İnançlarına göre ibadet edebilme 12. Başarı duygusu ile çalışabilme 13. Oyun ya da eğlenme 14. Normal gelişme sağlık için mevcut sağlık olanaklarından yararlanabilmek üzere öğrenme, keşfetme ve merakını giderebilme

Modeldeki Temel Kavramlar

İnsan: Her birey bağımsız olmayı ister ve bunun için çaba gösterir. Henderson insanı temel gereksinimleri bulunan; biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ahlaki boyutları bir bütün olarak ele alınması gereken bir varlık olarak değerlendirir (Avşar, 2017; Arabacı vd., 2022)

Sağlık/Hastalık: Henderson'a göre sağlık, bireyin 14 temel gereksinimini karşılayabilmesi ve akıl-beden bütünlüğünü sürdürebilmesiyle ilişkilidir. Hastalık ise bireyin geçici olarak bağımlılık yaşadığı ve mümkün olan en kısa sürede yeniden bağımsızlığını kazanması gereken bir dönemdir. Bu nedenle modelde yalnızca yaşamın sürdürülmesi değil, yaşam kalitesinin yükseltilmesi de önem taşımaktadır (Avşar, 2017; Arabacı vd., 2022)

Hemşirelik: Henderson'a göre hemşirelik; hasta veya sağlıklı bireyin temel gereksinimlerini karşılayarak bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olma sürecidir (Avşar, 2017; Arabacı vd., 2022).

Çevre: Henderson, çevre ve toplum kavramlarına geniş yer vermemekle birlikte çevreyi, organizmanın yaşamını ve gelişimini etkileyen tüm dış koşullar olarak tanımlar. Bu koşulları bireyin iyilik halini destekleyen bir ortam olarak görür (Avşar, 2017; Arabacı vd., 2022)

Modelde Açıklanan Diğer Kavramlar

Henderson, iletişim ve etkileşim kavramı üzerinde durmuştur. Ona göre hemşire, hastanın sözel olmayan iletişim mesajlarına duyarlı olmalı ve duygularını ifade etmesine yardımcı olmalıdır. Henderson, hemşirenin; bilinçsiz bireyin geçici bilinci, intihar eğilimi olan kişinin yaşam umudu, bacağı kesilmiş kişinin bacağı, yeni görme kaybı yaşayan kişinin gözleri, bebeğin

hareket aracı, genç annenin güven ve bilgi kaynağı, güçsüzlerin ve konuşamayacak kadar içine kapanık kişilerin sesi olduğunu belirtmiştir (Avşar, 2017).

Modelin Özellikleri

Henderson'ın 14 temel insan gereksinimi, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle bütüncül olarak değerlendirilmesine olanak sağlar. Hemşire, bu gereksinimleri sistematik biçimde değerlendirerek gözlem, dinleme, hissetme ve anlama gibi yöntemlerle veri toplar; elde edilen verileri normal değerlerle karşılaştırarak bireyin bakım gereksinimlerini belirler. Bireyin hemşirelik bakımına duyduğu gereksinim yaş, kültürel geçmiş, duygusal durum ve fiziksel-zihinsel kapasite gibi faktörlerden etkilenir. Henderson, bakım planının yazılı olmasını ve diğer bakım verenler için yol gösterici nitelik taşımasını vurgulamış, hemşirelik bakımının tıbbi tedavi planıyla uyumlu olması gerektiğini belirtmiştir. Hemşire, bireyin 14 gereksinimi ne ölçüde bağımsız karşılayabildiğini bakımın başlangıcında değerlendirir; bakım sonrasında bağımsızlık düzeyini yeniden değerlendirerek bakım sürecini buna göre şekillendirir (Avşar, 2017; Arabacı vd., 2022; Güner Başara & Çalışır, 2022; İlyas vd., 2025)

3.6. FAYE ABDELLAH 21 HEMŞİRELİK PROBLEMİ MODELİ

Faye Glenn Abdellah, hemşireliğin profesyonel bir disiplin haline gelebilmesi için güçlü bir bilgi temeline ve araştırmaya dayalı bir yapıya sahip olması gerektiğini savunmuştur. Hemşireliğin tıp ve hastalık merkezli yaklaşımdan uzaklaşarak birey merkezli bir anlayışa yönelmesini vurgulamıştır. Abdellah'a göre hemşirelik; hemşirenin bilgi, beceri ve düşünsel yetkinliklerini bireylerin sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılamaya yönelik kullandığı bir bilim ve sanattır. Model, bireyin fiziksel, ruhsal, zihinsel, sosyal ve manevi gereksinimlerini bütüncül olarak ele alır ve hemşirelik bakımını 21 hemşirelik problemi üzerinden açıklar (Karadağ, 2017; Beker & Dil, 2022). Abdellah'ın hemşirelik bakımına ilişkin yaklaşımı, bireyin gereksinimlerini sistematik biçimde ele alan 21 hemşirelik problemi üzerinden açıklanmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Abdellah Modelindeki 21 Hemşirelik Problemi (Çubukcu vd., 2023)

Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Sorunları
Temel bakım gereksinimleri	1. İyi bir hijyen ve fiziksel rahatlığı sağlamak
	2. Hareket, egzersiz, uyku ve dinlenmeyi sağlamak
	3. Kaza, yaralanma veya diğer travmaların önlenmesi ve enfeksiyonun yayılmasını önlemek için gerekli önlemleri alarak güvenliği sağlamak
	4. Düzgün vücut mekaniği sağlamak, deformiteleri önlemek ve düzeltmek
Destekleyici bakım gereksinimleri	5. Vücudun tüm hücrelerinin oksijenlenmesini kolaylaştırmak
	6. Vücudun tüm hücrelerinin beslenmesini kolaylaştırmak
	7. Eliminasyonu sağlamak
	8. Sıvı ve elektrolit dengesini sağlamak
	9. Hastalık durumunda vücudun fizyolojik, patolojik ve kompensasyon belirtilerini tanımak
	10. Vücudun düzenleyici mekanizmalarının ve fonksiyonlarının devamlılığını sağlamak
İyileştirici bakım gereksinimleri	11. Duyusal fonksiyonların devamlılığını sağlamak
	12. Olumlu ya da olumsuz ifadeleri, duyguları ve tepkileri tanımlamak ve kabul etmek
	13. Duygusal durum ile organik hastalıklar arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve kabul etmek
	14. Sözlü ve sözsüz iletişimin etkin bir şekilde sürdürülmesine olanak sağlamak
	15. Kişiler arası olumlu ilişkiler geliştirmek
	16. Bireyin amacına yönelik başarı sağlamasına yardımcı olmak
	17. Tedavi için uygun bir ortam sağlamak ya da sürdürmek
	18. Her bireyin fiziksel, emosyonel ve gelişimsel gereksinimleri yönünden farkındalık geliştirmesini sağlamak
Güçlendirici bakım gereksinimi	19. Hastanın fiziksel ve duygusal sınırlılıklarını göz önüne alarak, olası optimum hedefleri kabullenmek
	20. Toplumsal kaynakları, hastalık dolayısıyla ortaya çıkan problemleri çözmek için kullanmak
	21. Sosyal faktörlerin de hastalıkların oluşmasında rolü olduğunun farkına varmak

Modeldeki Temel Kavramlar

İnsan: Abdellah’a göre insan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal boyutları bulunan, bakım gereksinimleri olan bütüncül bir varlıktır. Hemşirelik bakımının merkezinde bireyin kendine özgü gereksinimleri yer alır (Karadağ, 2017).

Sağlık: Sağlık, yalnızca hastalığın bulunmaması değil, bireyin mümkün olan en yüksek fonksiyonel kapasiteye ulaşması ve kendi bakımını sürdürebilmesi olarak ele alınır. Hemşirelik bakımı, bireyin fonksiyonel yeteneklerini geliştirmeye ve hastalık durumunda desteklemeye yöneliktir (Karadağ, 2017).

Hemşirelik: Abdellah’a göre hemşirelik bilim ve sanatın birleşimidir. Hemşirenin temel görevi bireyin bakım gereksinimlerini belirlemek, sağlık sorunlarını çözmek ve uygun bakımı planlayarak uygulamaktır (Karadağ, 2017).

Çevre: Çevre, bireyin yaşadığı ve etkileşimde bulunduğu sosyal, fiziksel ve psikolojik ortamı kapsar. Çevresel faktörlerin değerlendirilmesi ve uygun biçimde düzenlenmesi, bireyin sağlık durumunun desteklenmesine katkı sağlar (Karadağ, 2017).

Modelin Özellikleri

Abdellah’ın modelinde hemşirelik problemleri açık veya gizli olabilir. Açık problemler doğrudan gözlenebilirken, gizli problemler çoğunlukla duygusal, sosyal ve kişilerarası ilişkilerle ilişkilidir ve fark edilmesi daha güç olabilir. Bu problemler, hemşirenin bireye hangi alanlarda destek sağlaması gerektiğini belirlemesine yardımcı olur. Abdellah, hemşirelik problemlerinden çok hasta sonuçlarına odaklanması gerektiğini vurgulamıştır (Karadağ, 2017).

3.7. KATHERİNE KOLCABA KONFOR MODELİ

Katharine Kolcaba, gerontoloji alanındaki klinik deneyimlerinden ve Watson’un insani bakım yaklaşımından yararlanarak Konfor Kuramı’nı geliştirmiştir. Kuram, bireyin fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel alanlardaki gereksinimlerinin karşılanması sonucunda ortaya çıkan konfor ve güçlenme durumuna odaklanmaktadır (Aydın, 2024). Kolcaba, konforun bireyin gereksinimlerinin karşılanması ve sağlığının geliştirilmesi açısından önemli olduğunu vurgulamış ve kuramını üç konfor düzeyi ile dört konfor boyutundan oluşan taksonomik bir yapı üzerine temellendirmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Kolcaba Konfor Kuramı’nın Taksonomik Yapısı (Aydın, 2024)

Konfor Boyutları	Düzeyleri		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Çevresel			
Sosyokültürel			

Konfor Düzeyleri

Kolcaba’nın kuramında konfor; ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır. Ferahlama, bireyin karşılanmamış gereksinimlerinin giderilmesiyle sıkıntıdan kurtulması ve gevşemesi; rahatlama, huzurlu, sakin ve güven içinde hissetmesi; üstünlük ise bireyin sorunlarıyla baş edebilmesi ve kendisini güçlenmiş hissetmesi olarak açıklanmaktadır.

Üstünlük düzeyi, bireyin olağan işlevselliğinin ötesine geçebilmesini ifade eder (Taşkın Duman vd., 2020; Balkan & Oskay, 2023).

Konfor Boyutları

Konfor; fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört boyutta incelenmektedir. Fiziksel konfor; dinlenme, beslenme, fizyolojik yanıtlar, homeostazis ve ağrı gibi bireyin fiziksel durumuyla ilişkili unsurları; psikospiritüel konfor, zihinsel, duygusal ve manevi özellikler ile benlik algısı, öz saygı ve yaşamda anlam bulmayı; çevresel konfor, aydınlatma, gürültü, ısı, güvenlik ve çevresel düzenlemeleri; sosyokültürel konfor ise aile, sosyal çevre, dini inançlar, kişilerarası iletişim, finansal destek ve taburculuk eğitimi gibi unsurları kapsamaktadır (Taşkın Duman vd., 2020; Balkan & Oskay, 2023).

Modeldeki Temel Kavramlar

İnsan: Hemşirelik bakımının sunulduğu kişi; hasta, birey, aile ya da toplum olabilir. Bu kişiler, primer, sekonder veya koruyucu bakım gereksinimi olan gruplardır (Karabacak & Potur, 2017; Çakın, 2025).

Sağlık/Hastalık: Birey, aile veya toplumun konforunun artırılmasıyla, onların en yüksek fonksiyonel kapasiteye ulaşmasının sağlanmasıdır. Kolcaba kuramda hastalık kavramına değinmemiştir (Karabacak & Potur, 2017; Çakın, 2025).

Hemşirelik: Hastanın, bireyin ailesinin veya toplumun ihtiyaçları doğrultusunda, onların konfor düzeyini artırmayı amaçlayan bakım planlarının hazırlanması ve uygulanması sürecidir. Bu bakım sonrasında hastaların konfor düzeyi tekrar değerlendirilir (Karabacak & Potur, 2017; Çakın, 2025).

Çevre: Bireyin içinde bulunduğu dış ortamdır. Çevre, bireyin konforunu etkileyen ve gerektiğinde konfor düzeyini artırmak amacıyla müdahale edilebilen bir faktördür (Karabacak & Potur, 2017; Çakın, 2025).

KAYNAKÇA

- Acun, A., Doğan Tekeli, N., & Çalışkan, N. (2022). Henderson hemşirelik modeli'ne göre palyatif bakım merkezi'nde yatan hastanın hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 413–423.
- Akçay, E., & Ören, B. (2024). Roper, Logan ve Tierney'in yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre ülseratif kolit olgu değerlendirmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(2), 250–259.
- Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140–152.
- Alharbi, K. N., & Baker, O.G. (2020). Jean Watson's middle range theory of human caring: A critique. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Scientific Research*, 3(1), 1–14.
- Ambushe, S. A., Awoke, N., Demissie, B. W., & Tekalign, T. (2023). Holistic nursing care practice and associated factors among nurses in public hospitals of Wolaita zone, South Ethiopia. *BMC Nursing*, 22(1), 390.
- Arabacı, Z., Yıldırım, Y., Şenuzun Aykar, F., & Fadiloğlu, Z. Ç. (2022). Virginia Henderson'ın teorisine göre Tip I DM'nin değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *Health Academy Kastamonu*, 7(1), 197–206.
- Avşar, P. (2017). Virginia Henderson: Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. G. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (ss. 145–160). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Aydın, S. (2024). *Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellendirilmiş eğitimin inme geçiren hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve konfor düzeyine etkisi* [Doktora tezi, Ege Üniversitesi].
- Aytekin Kanadlı, K., Sazak, Y., & Olgun, N. (2024). Diyabet komplikasyonlu olgu örneğinde hemşirelik gereksinimlerinin Orem'in öz bakım kuramına göre değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, 3(2), 66–70.
- Balkan, E., & Oskay, Ü. (2023). Kolcaba'nın konfor kuramı doğrultusunda serviks kanserli bir hastanın hemşirelik bakımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 166–173.

- Beker, C., & Dil, S. (2022). Palyatif bakım hastasına Faye Glenn Abdellah'ın modeline göre hemşirelik bakımı: Bir olgu sunumu. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 5(3), 221–232.
- Bulut, H., & Güler Demir, S. (2017). Nancy Roper, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney: Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. G. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (pp. 531–575). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Choi, H., & Seomun, G. A. (2024). Nurse-led self-care interventions for older adults with multiple chronic conditions: A protocol for a systematic review and network meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(1), e0298082.
- Çakın, Z. (2025). *Kolcaba'nın konfor kuramına göre temellendirilmiş hemşirelik eğitiminin anjiyografi sonrası yoğun bakımda hastaların konfor düzeyine etkisinin değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi, Fenerbahçe Üniversitesi].
- Çakır, C., & Yıldız, H. (2023). Hemşirelikte bakım modeli geliştirme basamakları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(2), 306–315.
- Çubukcu, E., Yıldırım, Y., & Türeyen, A. (2023). Vulva Kanseri Tanısı ile Takip Edilen Osteomiyelitli Hastada Abdellah'ın Hemşirelik Modeli'nin Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 555–561.
- Devi, B., Pradhan, M. S., Giri, M. D., & Lepcha, M. N. (2022). Watson's theory of caring in nursing education: Challenges to integrate into nursing practice. *Journal Of Positive School Psychology*, 6(4), 1464–1471.
- Ergen, M. (2024). *İmmünoterapi uygulanan kanser hastalarında Orem öz bakım eksikliği kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin semptom yönetimi, bakım ihtiyaçları ve yaşam kalitesine etkisi* [Doktora tezi, Akdeniz Üniversitesi].
- Eroğlu, H. (2024). *Roper, Logan ve Tierney günlük yaşam aktiviteleri modeline göre yapılandırılan ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının hipertansif bireylerde öz bakım, ilaç uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi* [Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi].
- Fontaine, G., Vinette, B., Weight, C., Maheu-Cadotte, M.-A., Lavallée, A., Deschênes, M.-F., ... Middleton, S. (2024). Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 19, 68.

- Greenway, K., Butt, G., & Walthall, H. (2019). What is a theory-practice gap? An exploration of the concept. *Nurse Education in Practice*, 34, 1–6.
- Güner Başara, S., & Çalışır, H. (2022). Spinal müsküler atrofi’li çocuk hastanın Henderson hemşirelik modeline göre değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 345–353.
- Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's self-care deficit nursing theory: Relevance and need for refinement. *Nursing Science Quarterly*, 35(1), 70–76.
- Ilyas, A., Masih, S., & Afzal, M. (2025). Dependence level of stroke patients through nurse-led interventions based on Virginia Henderson nursing theory. *Vascular and Endovascular Review*, 8(9s), 15–21.
- Jamshidzahe DeJange, M., Kiani, F., Tabatabaei, S. M., & Tasbandi, M (2018). Effect of Orem's self-care model training program on anxiety of women with breast cancer: A clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(2), e80605.
- Kabasakal, A., & Kitiş, Y. (2021). Watson’ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 6(2), 45–50.
- Kacaroglu Vicdan, A., & Gülseven Karabacak, B. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 255–259.
- Karabacak, Ü., & Potur, D. (2017). Katharine Kolcaba: Konfor teorisi. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. G. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (pp. 654–675). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Karadağ, M. (2017). Faye Glenn Abdellah: 21 hemşirelik problemi. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. G. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (pp. 166–187). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The effect of self care education based on Orem’s nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(2), 140–149.
- Koç, A., Tayaz, E., & Ceylan, E. (2020). İç hastalıkları hemşireliği doktora programının önemi ve Türkiye’deki durum analizi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 10(1), 144–152.

- Kol, E (2017). Jean Watson: İnsan bakım modeli. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. G. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (pp. 439–460). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Menekli, T. (2017). Dorothea E Orem: Öz-bakım yetersizliği teorisi. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. G. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (pp. 352–369). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Özalp, C., & Avşar, G. (2024). Hemşirelikte kuram veya model kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi: Sistemik derleme. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 7(3), 532–540.
- Özkan, S., & Öztürk, H. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistemik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 1–12.
- Özkan, S., Kılınçat, B., & Yılmaz, M. (2023). Roper-Logan-Tierney hemşirelik modeline temelli pediatri hemşireliği: Olgu sunumu. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(1), 61–78.
- Pazarcıkcı, F., & Uçak, A. (2021). Hemşirelik eğitiminde hemşirelik kuram ve modellerinin kullanılmasının önemi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 25–33.
- Rakhshani, T., Najafi, S., Javady, F., Taghian Dasht Bozorg, A., Mohammadkhah, F., & Khani Jeihooni, A. (2022). The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: a randomized clinical trial. *BMC Cancer*, 22(1), 770.
- Ren, Y., & Salvador, J. T. (2024). The usefulness of nursing theory in guiding nursing practice in China: A systematic review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 38(1), 43–71.
- Singh, K., Alomari, A. M. A., Al Sayed, H. M., Mannethodi, K., Kunjavara, J., Joy, G. V., Hassan, N., Martinez, E., & Al Lenjawi, B. A. (2024). Barriers and solutions to the gap between theory and practice in nursing services: A systematic review of qualitative evidence. *Nursing Forum*, 2024(1), 7522900.
- Taşkın Duman, H., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç., & Şenuzun Aykar, F. (2020). Kolcaba'nın konfor kuramına göre atriyal fibrilasyon olgusu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 11(24), 37–42.

- Tok Yıldız, F., & Kaşıkçı, M. (2020). Impact of training based on Orem's theory on self-care agency and quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Nursing Research*, 28(6), e125.
- Uygun, E. T. (2025). *Roy Adaptasyon Modeli'ne dayalı taburculuk eğitiminin palyatif bakım hastaları ile bakım vericilerinin yaşam kalitesi ve uyumuna etkisi* [Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa].
- Uzun, Ş. (2017). Adaptasyon modeli. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. G. Baykara (Eds.), *Hemşirelik teorileri ve modelleri* (pp. 369–442). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Üstün Şahin, E., Küçükoğlu, S., & Taş Arslan, F. (2023). Epidermolizis bülloza tanılı çocuğun Roper Logan ve Tierney hemşirelik modeline dayalı hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(3), 487–502.
- Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 466–482.
- Williams, B.C. (2017). The Roper-logan-tierney model of nursing. *Nursing Critical Care*, 12(1), 17–20.
- Yazıcıoğlu, İ., & Bağcıvan, G. (2022). Kronik Hastalık Yönetim Modelleri: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 14(4), 1251–1257.
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: An integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 540–555.
- Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57–74.