



EDİTÖRLER

PROF. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM
DR. ÖĞR. ÜYESİ FEYZA DERELİ



TOPLUM
SAĞLIĞI



AİLE VE
TOPLUM
ODAKLI BAKIM



SAĞLIĞIN
GELİŞTİRİLMESİ



EĞİTİM VE
FARKINDALIK



SAĞLIKTA
EŞİTLİK



KÜRESEL
SAĞLIK



HASTALIKLARDAN
KORUNMA

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Alanında Uluslararası
Güncel Yaklaşımlar



Haziran 2026



EPİDEMİYOLOJİ

TOPLUM SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

SAĞLIK POLİTİKALARI

SAĞLIKLI YAŞAM

ÇEVRE SAĞLIĞI

KRONİK HASTALIKLAR



SAĞLIKLI TOPLUMLAR
GÜÇLÜ YARINLAR



Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Haziran 2026

ISBN • 978-625-8810-41-7

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruyenyayinevi.com

e-mail: seruyenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ALANINDA ULUSLARARASI GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

EDİTÖRLER
PROF. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM
DR. ÖĞR. ÜYESİ FEYZA DERELİ

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

TAMAMLAYICI UYGULAMALAR VE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SORUMLULUKLARI	1
<i>Neşe ERAY</i>	

BÖLÜM 2

DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLARDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ	25
<i>Eda ÜNAL</i>	
<i>Neslihan KÜRKÇÜ</i>	

BÖLÜM 3

İKLİM GERONTOLOJİSİ: İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ ÇAĞINDA YAŞLI SAĞLIĞI.....	45
<i>Nur Sema KAYNAR DEMİREL</i>	

BÖLÜM 4

HOLİSTİK SAĞLIK ANLAYIŞI VE HEMŞİRELİKTE BÜTÜNCÜL PERSPEKTİF	59
<i>Neşe ERAY</i>	

BÖLÜM 5

EVDE BAKIMDA CERRAHİ SONRASI REHABİLİTASYON HEMŞİRELİĞİ: HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMI	79
<i>Nuriye Nesrin İPEKÇİ</i>	
<i>Sibel ARSLAN</i>	



TAMAMLAYICI UYGULAMALAR VE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SORUMLULUKLARI

Neşe ERAY¹

1 Öğr. Grv. Neşe ERAY, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Diyaliz Programı, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3433-3121>

1. Giriş

Tamamlayıcı uygulamalar, bireyin sağlığını desteklemek, hastalık sürecinde yaşadığı bazı belirtileri hafifletmek, rahatlamasını sağlamak ve yaşam kalitesine katkıda bulunmak amacıyla kullanılan farklı yöntemleri kapsayan geniş bir alandır. Bu uygulamalar modern tıbbi tedavinin yerine geçmekten çok, uygun koşullarda mevcut tedavi sürecine ek olarak gündeme gelmektedir. Masaj, refleksoloji, akupunktur, akupresür, aromaterapi, müzik terapi, meditasyon, yoga, reiki, terapötik dokunma, fitoterapi, homeopati ve naturopati gibi farklı uygulamalar bu alan içinde değerlendirilmektedir (Balouchi vd., 2018; Eardley vd., 2012).

Tamamlayıcı uygulamalar ile alternatif uygulamalar çoğu zaman aynı anlamda kullanılsa da bu iki kavram arasında önemli bir fark vardır. Tamamlayıcı uygulama, bireyin almakta olduğu tıbbi tedaviyi desteklemek amacıyla kullanılan yöntemleri ifade eder. Alternatif uygulama ise modern tıbbi tedavinin yerine kullanılan yaklaşımları tanımlar. Bu ayrım, sağlık profesyonelleri açısından önemlidir; çünkü bireyin tamamlayıcı bir yöntemi destek amaçlı kullanması ile kanıta dayalı tıbbi tedaviyi bırakıp yerine başka bir yöntemle yönelmesi aynı klinik sonuçları doğurmaz (Khorshid ve Yapucu, 2005; Simpson, 2015).

Tamamlayıcı uygulamalara ilginin artmasında birçok neden bulunmaktadır. Kronik hastalıkların yaygınlaşması, bireylerin ilaç dışı yöntemlere ilgi duyması, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete ve stres gibi belirtilerle baş etme ihtiyacı, yaşam kalitesine verilen önemin artması ve bireyin kendi sağlık sürecinde daha aktif rol alma isteği bu nedenler arasında sayılabilir. Kanser, kronik ağrı, Parkinson hastalığı, hipertansiyon, fibromiyalji, palyatif bakım ve yaşlılık gibi alanlarda farklı tamamlayıcı uygulamaların destekleyici etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Angelopoulou vd., 2020; Guerra-Martín vd., 2021; Lopes-Júnior vd., 2020; Monti ve Yang, 2005).

Bununla birlikte tamamlayıcı uygulamalar tek tip bir grup değildir. Her uygulamanın teorik temeli, uygulama biçimi, kullanım amacı, kanıt düzeyi ve dikkat edilmesi gereken yönleri farklıdır. Örneğin masaj ve refleksoloji dokunma ve basınç uygulamasına dayanırken; reiki ve terapötik dokunma enerji alanı kavramı üzerinden açıklanır. Fitoterapi ve aromaterapi bitkisel ürünleri ve uçucu yağları içerirken; meditasyon, yoga ve müzik terapi zihin-beden ilişkisi üzerinden ele alınır. Bu nedenle tamamlayıcı uygulamaların tümünü aynı düzeyde değerlendirmek doğru değildir.

Sağlık profesyonellerinin bu alandaki rolü yalnızca uygulama yapmakla sınırlı değildir. Bireyin hangi tamamlayıcı uygulamaları kullandığını öğrenmek, bu uygulamaların mevcut tedaviyle ilişkisini değerlendirmek, bireyi doğru bilgiye yönlendirmek, gerçekçi olmayan beklentileri azaltmak ve gerektiğinde ilgili uzmana yönlendirmek sağlık profesyonellerinin temel görevleri arasındadır. Özellikle hemşireler, bireyle daha uzun süreli ve yakın iletişim kurdukları için tamamlayıcı uygulama kullanımını fark etme ve bireyi bilgilendirme açısından önemli bir konuma sahiptir (Balouchi vd., 2018; Khorshid ve Yapucu, 2005).

Tamamlayıcı uygulamalarla ilgili profesyonel yaklaşım, bu uygulamaları bütünüyle reddetmek ya da koşulsuz biçimde desteklemek üzerine değil; bireyin gereksinimini, mevcut tedavisini, beklentisini ve uygulamanın sınırlarını birlikte değerlendirmek üzerine kurulmalıdır (Balouchi vd., 2018; Simpson, 2015). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin tamamlayıcı uygulamalar hakkında temel bilgi sahibi olması, bireyin kullandığı yöntemleri açık iletişimle sorgulaması ve gerektiğinde güvenilir kaynaklara yönlendirme yapması önemlidir.

Bu bölümde tamamlayıcı uygulamalar ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları ele alınmaktadır. Öncelikle tamamlayıcı uygulamaların genel çerçevesi ve sınıflandırılması açıklanacak; ardından vücut/manüel temelli uygulamalar, enerji temelli uygulamalar, alternatif tıp sistemleri, bitkisel ve biyolojik temelli uygulamalar, zihin-beden temelli uygulamalar ve diğer tamamlayıcı uygulamalar kısaca değerlendirilecektir. Son bölümde ise sağlık profesyonellerinin bu alandaki temel sorumlulukları açıklanacaktır.

2. Tamamlayıcı Uygulamaların Genel Çerçevesi

Tamamlayıcı uygulamalar, bireyin sağlığını yalnızca hastalık tanısı üzerinden değil, yaşadığı belirtiler, günlük yaşamı, baş etme becerileri ve iyilik hâli açısından da ele alan destekleyici yöntemlerdir. Bu uygulamalar kimi zaman ağrıyı azaltmak, kimi zaman gevşeme sağlamak, kimi zaman bulantı, yorgunluk, uykusuzluk, kaygı veya stres gibi belirtileri hafifletmek amacıyla kullanılmaktadır. Ancak tamamlayıcı uygulamaların ortak bir etki mekanizmasına sahip olduğu söylenemez. Bazıları bedensel temas ve basınca, bazıları bitkisel ürünlere, bazıları nefes, gevşeme ve farkındalığa, bazıları ise enerji kavramına dayanır.

Tamamlayıcı uygulamaların tercih edilmesinde bireysel, kültürel, ekonomik ve psikolojik etkenler rol oynayabilir. Bazı bireyler daha doğal olduğunu düşündükleri yöntemlere yönelirken, bazıları uzun süre-

li tedavilerde yaşadıkları yan etkiler nedeniyle destekleyici seçenekleri araştırabilir. Bazı bireyler ise hastalık sürecinde kontrol duygusunu artırmak, kendini daha aktif hissetmek ya da kaygılarını azaltmak amacıyla tamamlayıcı uygulamalardan yararlanmak isteyebilir.

Bu noktada sağlık profesyonellerinin tutumu belirleyicidir. Bireyin tamamlayıcı uygulama kullandığını söylemekten çekinmemesi için açık, yargılayıcı olmayan ve güvene dayalı bir iletişim kurulmalıdır. Sağlık profesyoneli, “Bu tür yöntemleri neden kullanıyorsunuz?”, “Size nasıl katkı sağladığını düşünüyorsunuz?”, “Hangi sıklıkta uyguluyorsunuz?”, “Bunu hekiminiz ya da hemşirenizle paylaştınız mı?” gibi sorularla bireyin uygulamaya ilişkin deneyimini anlayabilir.

Tamamlayıcı uygulamaların bazıları hemşirelik uygulamaları içinde destekleyici biçimde yer alabilirken, bazıları özel eğitim, sertifikasyon ya da farklı mesleki yetkinlik gerektirebilir. Örneğin rahatlatıcı masaj, gevşeme, müzik dinletme ya da aromatik kokuların kontrollü biçimde kullanımı bazı klinik ortamlarda destekleyici uygulamalar olarak değerlendirilebilir. Buna karşılık akupunktur, osteopati, kayropratik, mezoterapi ya da ozon uygulamaları gibi yöntemler özel yetki ve eğitim gerektiren uygulamalardır.

Bu nedenle tamamlayıcı uygulamalarda sağlık profesyonelinin rolü her zaman “uygulayıcı” olmak zorunda değildir; çoğu zaman danışmanlık, izlem, kayıt, bilgilendirme ve uygun yönlendirme daha merkezi bir sorumluluk alanıdır (Khorshid ve Yapucu, 2005; Balouchi vd., 2018).

3. Tamamlayıcı Uygulamaların Sınıflandırılması

Tamamlayıcı uygulamalar farklı kaynaklarda farklı biçimlerde sınıflandırılmaktadır. Genel bir sınıflandırmaya göre bu uygulamalar vücut temelli terapiler, enerji temelli uygulamalar, alternatif tıp sistemleri, bitkisel ve biyolojik temelli uygulamalar ile zihin-beden uygulamaları olarak ele alınabilir (Balouchi vd., 2018; Çevik, 2013).

Vücut temelli uygulamalar, bedene temas, basınç, manipülasyon, hareket ya da belirli bölgelerin uyarılması yoluyla yapılan yöntemleri içerir. Masaj, refleksoloji, osteopati, kraniosakral terapi, shiatsu, akupunktur, akupresür ve kayropratik bu grupta değerlendirilebilir. Bu uygulamalarda amaç çoğu zaman gevşeme sağlamak, kas gerginliğini azaltmak, ağrı algısını hafifletmek, dolaşımı desteklemek veya belirli noktalara uyarı vermektir.

Enerji temelli uygulamalar, insan bedeninde bir enerji alanı bulun-

duğu ve bu alanın dengelenmesinin iyilik hâlini destekleyebileceği düşüncesine dayanır. Reiki ve terapötik dokunma bu grupta yer alır. Bu uygulamalarda fiziksel temas sınırlı olabilir ya da hiç olmayabilir. Uygulamanın temelinde enerji akışını düzenleme, dengeleme ya da destekleme düşüncesi yer almaktadır (Coppa, 2008; Sağkal ve Eşer, 2011).

Alternatif tıp sistemleri, kendine özgü teorik zemini, hastalık açıklaması ve uygulama yaklaşımı olan sistemleri ifade eder. Naturopati, homeopati, Ayurveda, geleneksel Çin tıbbı ve Tibet tıbbı bu grupta sayılabilir. Bu bölümde özellikle naturopati ve homeopati üzerinde durulacaktır.

Bitkisel ve biyolojik temelli uygulamalar; bitkiler, bitkisel ürünler, uçucu yağlar, vitaminler, besin destekleri ve hayvansal kaynaklı bazı ürünlerin sağlık amacıyla kullanımını içerir. Fitoterapi, aromaterapi ve apiterapi bu başlık altında değerlendirilebilir. Bu grup, toplumda yaygın ilgi görmesine karşın ürün-ilaç etkileşimi, doz, kalite, alerji ve yan etki gibi yönlerden dikkatle ele alınmalıdır (Cravotto vd., 2010; Ferreira vd., 2014; Fratellone vd., 2016).

Zihin-beden uygulamaları ise düşünce, duygu, dikkat, nefes, gevşeme, hareket ve beden farkındalığı üzerinden bireyin iyilik hâlini desteklemeyi amaçlar. Müzik terapi, meditasyon, yoga ve hipnoz bu grupta değerlendirilebilir. Bu uygulamalar özellikle stres, kaygı, ağrı, uyku ve yaşam kalitesi gibi alanlarla ilişkilendirilmektedir (Arias vd., 2006; Hart, 2008; Häuser vd., 2016; Trappe, 2012).

4. Vücut ve Manuel Temelli Uygulamalar

4.1. Masaj

Masaj, yumuşak dokulara elle ya da uygun mekanik araçlarla basınç, ovma, yoğurma, sıvazlama veya titreşim uygulanmasına dayanan eski ve yaygın bir yöntemdir. Masaj sırasında deri, kas, bağ dokusu ve mekanik reseptörler uyarılır. Bu uyarılar kas gevşemesi, rahatlama, dolaşımın desteklenmesi ve ağrı algısında azalma ile ilişkilendirilebilir (Field, 2016).

Masajın fiziksel etkilerinin yanında psikolojik rahatlama sağlayabildiği de belirtilmektedir. Bireyin sakin bir ortamda, kontrollü ve güvenli bir dokunma deneyimi yaşaması gevşemeyi artırabilir. Masaj; kas ağrıları, bel ve sırt ağrısı, fibromiyalji, doğum ağrısı, anksiyete, depresif belirtiler, Parkinson hastalığı ve bazı kronik hastalık süreçlerinde destekleyici bir yöntem olarak incelenmiştir (Angelopoulou vd., 2020; Field, 2016).

Sağlık profesyonelleri açısından masaj, her durumda standart bir uygulama olarak görülmemelidir. Bireyin cilt bütünlüğü, ağrı bölgesi, dolaşım durumu, kanama eğilimi, enfeksiyon bulguları ve genel klinik durumu değerlendirilmelidir. Özellikle açık yara, akut enfeksiyon, derin ven trombozu, yeni kırık, yeni cerrahi alan, ağır osteoporoz veya kontrollsüz ağrı gibi durumlarda masajdan kaçınılmalıdır.

Hemşirelik açısından masaj, uygun eğitim, kurum politikası ve bireyin onamı doğrultusunda rahatlatıcı bir destek uygulaması olarak kullanılabilir. Ancak masajın tıbbi tedavi yerine geçmediği, daha çok gevşeme ve semptom rahatlatmaya yönelik olduğu açık biçimde ifade edilmelidir.

4.2. Refleksoloji

Refleksoloji, el, ayak ya da kulakta yer aldığı kabul edilen belirli refleks noktalarına basınç uygulanması esasına dayanır. Bu uygulamada vücudun belirli bölgelerinin organ ve sistemlerle ilişkili olduğu varsayılır. Refleksoloji en sık ayak bölgesine uygulanır; çünkü ayaklarda organları temsil ettiği düşünülen bölgelerin daha belirgin olduğu kabul edilir (Çevik, 2013).

Refleksoloji doğrudan hastalık tanısı koyma ya da hastalığı tedavi etme yöntemi olarak değerlendirilmemelidir. Daha çok ağrı, yorgunluk, gevşeme, kaygı, uyku sorunları ve yaşam kalitesini destekleme gibi alanlarda tamamlayıcı bir yöntem olarak ele alınır. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk, ağrı ve kramplar üzerinde etkisini inceleyen çalışmalar; doğumda ağrı ve kaygı, hipertansiyonda kan basıncı, meme kanserinde yaşam kalitesi ve multipl sklerozda bazı belirtiler üzerine refleksoloji çalışmalarının bulunduğunu göstermektedir (Kotruchin vd., 2020; Moghimi-Hanjani vd., 2015; Özdelikara ve Tan, 2017; Özdemir vd., 2013; Sajadi vd., 2020).

Refleksolojinin etki mekanizması konusunda farklı açıklamalar bulunmaktadır. Bazı görüşler sinir uçlarının uyarılması ve gevşeme yanıtı üzerinde dururken, bazıları enerji akışı ya da beden dengesi kavramlarına vurgu yapmaktadır. Ancak bu açıklamaların kesin tedavi mekanizması gibi sunulmaması gerekir. Refleksoloji uygulamasının destekleyici nitelikte olduğu ve mevcut tedavinin yerine geçmediği belirtilmelidir.

Refleksoloji uygulamasında da dikkat edilmesi gereken durumlar vardır. Ateşli hastalık, akut enfeksiyon, derin ven trombozu, aktif gut artriti, kontrollsüz hipertansiyon, yeni geçirilmiş kalp krizi, uygulama bölgesinde yara veya gebeliğin erken dönemi gibi durumlarda uygulama

uygun olmayabilir. Sağlık profesyonelleri, refleksoloji kullanan bireylerde bu durumları sorgulamalı ve gerektiğinde yönlendirme yapmalıdır.

4.3. Osteopati

Osteopati, bedenin yapı ve işlev ilişkisine odaklanan, manuel tekniklerin kullanıldığı bir tamamlayıcı uygulama alanıdır. Osteopatik yaklaşımda bedenin kendi kendini düzenleme ve iyileştirme kapasitesine sahip olduğu, beden yapısı ile fizyolojik işlevler arasında karşılıklı ilişki bulunduğu kabul edilir. Osteopati genellikle sırt ağrısı, boyun ağrısı, postür sorunları, kas-iskelet sistemi yakınmaları ve bazı fonksiyonel rahatsızlıklar bağlamında gündeme gelmektedir (Cerritelli vd., 2017; Vaucher vd., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün osteopati eğitim ölçütlerinde osteopatik yaklaşım, bedenin bir bütün olarak değerlendirilmesi, yapı-işlev ilişkisi ve bireyin fizyolojik düzeninin desteklenmesi çerçevesinde ele alınmaktadır (World Health Organization, 2010). Osteopati uygulamalarında değerlendirme, manuel palpasyon, hareket açıklığı, duruş, doku gerginliği ve fonksiyonel kısıtlılık gibi alanları içerebilir.

Osteopati özel eğitim ve yetkinlik gerektiren bir uygulamadır. Bu nedenle her sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilecek bir yöntem olarak düşünülmemelidir. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, osteopati yaptırmak isteyen bireylerde uygulayıcının yetkinliğini, bireyin klinik durumunu ve tıbbi tedavinin sürdürülüp sürdürülmediğini sorgulayabilir.

Kemik-eklem stabilitesini bozan durumlar, akut kırıklar, kanama bozuklukları, ciddi osteoporoz, bazı maligniteler, nörolojik defisitler ve ileri düzey dolaşım sorunları osteopatik manipülasyon açısından dikkat gerektiren alanlardır. Sağlık profesyonelinin temel görevi bu tür riskleri fark etmek ve bireyi uygun değerlendirmeye yönlendirmektir.

4.4. Kraniosakral Terapi

Kraniosakral terapi, kranium, omurga, sakrum, meninksler ve beyin omurilik sıvısı çevresindeki ritmik hareketler üzerine temellendirilen nazik manuel teknikleri içeren bir uygulamadır. Osteopatik yaklaşımlarla ilişkili olan bu yöntemde hafif dokunma ve palpasyon teknikleri kullanılır. Amaç, bedensel kısıtlılıkların azaltılması, gevşemenin desteklenmesi ve bireyin rahatlamasına katkı sağlanmasıdır (Haller vd., 2016; Jäkel ve von Hauenschild, 2012).

Kraniosakral terapi; kronik boyun ağrısı, bel ağrısı, migren ve fibromiyalji gibi durumlarda incelenmiştir. Bazı çalışmalarda ağrı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler bildirilmektedir (Castro-Sanchez vd., 2016; Haller vd., 2016; Matarán-Peñarrocha vd., 2011). Bununla birlikte bu uygulama, kanıt düzeyi ve mekanizma açıklamaları açısından dikkatli değerlendirilmesi gereken yöntemlerden biridir.

Kafa travması, beyin anevrizması, intrakraniyal basınç artışı, beyin omurilik sıvısı dolaşım bozukluğu, ciddi nörolojik hastalıklar ve yapısal kraniyal anomaliler gibi durumlarda bu tür uygulamalar uygun olmayabilir. Sağlık profesyonelleri, bireyin bu uygulamaya başvurma nedenini öğrenmeli ve riskli durumlarda tıbbi değerlendirme önermelidir.

4.5. Shiatsu

Shiatsu, Japonya kökenli bir basınç uygulamasıdır. Japoncada “parmak basıncı” anlamına gelen shiatsu, bedenin belirli noktalarına parmak, başparmak ya da avuç içiyle basınç uygulanmasına dayanır. Uygulamada bedenin doğal dengesini destekleme, gevşeme sağlama ve enerji akışını düzenleme düşüncesi öne çıkar (Beresford-Cooke, 2016; Meeus ve Lundberg, 2018).

Shiatsu genellikle stres, kas gerginliği, ağrı, yorgunluk ve gevşeme gereksinimi olan bireylerde destekleyici amaçla kullanılmaktadır. Fibromiyalji belirtileri, Alzheimer hastalarında depresif belirtiler ve genel iyilik hâli üzerine shiatsu uygulamalarını inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Lanza vd., 2018; Long, 2008; Yuan vd., 2013).

Shiatsu uygulamasında basınç şiddeti, uygulama bölgesi ve bireyin klinik durumu önemlidir. Kanama bozukluğu, ciddi osteoporoz, kırık, akut inflamasyon, ateşli hastalık, malignite, cilt bütünlüğünün bozulduğu alanlar ve yeni cerrahi bölgelerde dikkatli olunmalıdır. Sağlık profesyonelleri bireyin uygulama sırasında ağrı, baş dönmesi, aşırı hassasiyet veya rahatsızlık hissetmesi durumunda uygulamanın durdurulması gerektiğini bilmelidir.

4.6. Akupunktur ve Akupresür

Akupunktur, geleneksel Çin tıbbına dayanan ve vücuttaki belirli noktalara steril iğnelerle uyarı verilmesini içeren bir uygulamadır. Geleneksel açıklamalarda bu noktaların enerji kanallarıyla ilişkili olduğu kabul edilirken, biyomedikal açıklamalarda sinir sistemi, endojen opioidler, serotonin, norepinefrin ve ağrı modülasyonu gibi mekanizmalar üzerinde durulmaktadır (Kelly, 2009; Zhuang vd., 2013).

Akupunktur ağrı, migren, kas-iskelet sistemi sorunları, bulantı-kusma, anksiyete ve bazı kronik semptomlar bağlamında incelenmiştir. Ancak akupunktur özel eğitim, steril teknik ve yetki gerektirir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin bu uygulamayı yalnızca genel bilgi düzeyinde bilmesi yeterli değildir; uygulama yapacak kişinin eğitilmiş ve yetkili olması gerekir (Appleyard, 2018; Van Hal vd., 2020).

Akupresür ise akupunktur noktalarına iğne yerine parmak veya el basıncı uygulanması esasına dayanır. Daha az invaziv olması nedeniyle bazı klinik alanlarda destekleyici olarak gündeme gelebilir. Sistemik derlemelerde akupresürün özellikle semptom yönetimi, bulantı-kusma, uyku sorunları ve bazı ağrı durumlarında incelendiği görülmektedir (Lee ve Frazier, 2011; Shariati vd., 2012; Song vd., 2015; Wagner, 2015).

Akupunktur ve akupresürde uygulama noktaları, bireyin klinik durumu, gebelik durumu, cilt bütünlüğü, kanama riski ve enfeksiyon olasılığı dikkate alınmalıdır. Sağlık profesyonelleri, bireyin bu uygulamaları tıbbi tedavinin yerine kullanmaması gerektiğini açıklamalı ve yetkin uygulayıcıya yönlendirme yapmalıdır.

4.7. Kayropratik

Kayropratik, kas-iskelet sistemi ve özellikle omurga ile ilişkili mekanik sorunların değerlendirilmesi ve manuel tekniklerle ele alınmasına dayanan bir uygulama alanıdır. Kayropratik uygulamalarda omurga manipülasyonu, eklem ve yumuşak doku teknikleri, egzersiz önerileri ve duruşla ilişkili değerlendirmeler yer alabilir (Hartvigsen ve French, 2020).

Kayropratik genellikle bel ağrısı, boyun ağrısı, omurga kaynaklı yakınmalar, yumuşak doku sorunları ve bazı kas-iskelet sistemi problemleri için gündeme gelmektedir. Bununla birlikte bu alanda yarar ve risk tartışmaları bulunmaktadır. Ernst (2008), kayropratik uygulamaların eleştirel biçimde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Akut kırık, ciddi osteoporoz, malignite, omurilik basısı, nörolojik defisit, hematoma, enfeksiyon, damar patolojileri ve travma sonrası gelişen açıklanamayan ağrı gibi durumlar kayropratik uygulamalar açısından dikkat gerektirir. Sağlık profesyonelleri, özellikle ani güç kaybı, idrar-gaita kontrolünde bozulma, ateş, kilo kaybı, gece ağrısı veya malignite öyküsü gibi belirtilerde bireyi tıbbi değerlendirmeye yönlendirmelidir.

5. Enerji Temelli Uygulamalar

5.1. Reiki

Reiki, enerji aktarımı ve enerji dengesinin desteklenmesi düşüncesine dayanan bir tamamlayıcı uygulamadır. Sözcük olarak “rei” ve “ki” kavramlarından oluştuğu, “ki”nin yaşam enerjisi anlamında kullanıldığı belirtilmektedir. Reiki yaklaşımında bedende enerji akışının dengeli olması gerektiği, enerjideki tıkanıklık ya da dengesizliğin rahatsızlıklarla ilişkili olabileceği kabul edilir (Sağkal ve Eşer, 2011; Sağkal vd., 2013).

Reiki uygulamasında uygulayıcının elleri bedenın belirli bölgelerine yakın tutulabilir ya da hafif temas kullanılabilir. Uygulama çoğunlukla rahat bir pozisyonda, sakin bir ortamda gerçekleştirilir. Reiki'nin ağrı, anksiyete ve bazı hemodinamik parametreler üzerine etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin sezaryen sonrası ağrı ve anksiyete üzerinde reiki uygulamasını değerlendiren randomize kontrollü çalışma bu alandaki örneklerden biridir (Midilli ve Eser, 2015).

Reiki uygulamasının ciddi yan etkileri düşük düzeyde bildirilse de etkisine ilişkin açıklamalar bilimsel açıdan tartışmalı olabilir. Sağlık profesyoneli bu nedenle reiki kullanan bireyi yargılamadan dinlemeli; ancak uygulamanın tıbbi tedavinin yerine geçmeyeceğini de açık biçimde belirtmelidir. Reiki, rahatlama ve destekleyici deneyim olarak değerlendirilebilir; fakat kesin tedavi yöntemi gibi sunulmamalıdır.

5.2. Terapötik Dokunma

Terapötik dokunma, 1970'li yıllarda Dora Kunz ve Dolores Krieger tarafından geliştirilen, enerji alanı kavramına dayalı noninvaziv bir uygulamadır. Bu yöntemde uygulayıcı ellerini kullanarak bireyin çevresindeki enerji alanını değerlendirmeye ve dengelemeye çalışır. Adında “dokunma” ifadesi yer alsa da uygulama sırasında fiziksel temas her zaman gerekli değildir (Coppa, 2008; Monroe, 2009; Turan, 2015).

Terapötik dokunma, hemşirelik literatüründe özellikle ağrı, anksiyete, rahatlama ve yoğun bakım ortamında destekleyici uygulamalar bağlamında ele alınmıştır. Monroe (2009), terapötik dokunmanın ağrı üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar bulunduğunu belirtmektedir. Turan (2015) ise yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunmanın öneme dikkat çekmektedir.

Sağlık profesyonelleri açısından terapötik dokunma, bireyin rahatlama ve destek gereksinimiyle ilişkili olarak değerlendirilebilir. Ancak uygulamanın etkisi konusunda kesin ifadelerden kaçınılmalı, bireyin beklentileri gerçekçi düzeyde tutulmalı ve uygulama tıbbi tedavinin yerine geçirilmemelidir.

6. Alternatif Uygulamalar

6.1. Naturopati

Naturopati, hastalık ve iyileşme sürecini bedenin doğal düzenleme kapasitesi üzerinden açıklayan bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu yöntemde sağlığı desteklemek için yaşam tarzı düzenlemeleri, beslenme, bitkisel ürünler, hidroterapi, egzersiz ve bazı doğal yöntemler kullanılabilir. Naturopatide hastalık yalnızca tek bir belirti olarak değil, bireyin yaşam alışkanlıkları, beslenmesi, stres düzeyi ve çevresel etkenleriyle ilişkili biçimde ele alınır (Fleming ve Gutknecht, 2010).

Naturopatik yaklaşımda ilk aşama genellikle yaşam tarzı ve beslenme düzeninin iyileştirilmesidir. Daha sonra bedenin doğal iyileşme süreçlerini desteklediği düşünülen yöntemler gündeme gelebilir. Bazı yaklaşımlarda bitkisel ürünler, yoga, egzersiz ya da hidroterapi gibi uygulamalar da sürece eklenebilir (Fleming ve Gutknecht, 2010).

Sağlık profesyonelleri açısından naturopati konusunda dikkat edilmesi gereken temel nokta, bireyin tıbbi tedavisini bırakmamasıdır. Birey naturopatik yöntemlere yöneliyorsa kullandığı bitkisel ürünler, besin destekleri ve yaşam tarzı değişiklikleri sağlık ekibiyle paylaşılmalıdır. Özellikle kronik hastalığı olan, ilaç kullanan, gebe, yaşlı veya bağışıklığı baskılanmış bireylerde bu tür yöntemler daha dikkatli değerlendirilmelidir.

6.2. Homeopati

Homeopati, yaklaşık iki yüz yıl önce Samuel Hahnemann tarafından geliştirilen bir yaklaşımdır. Temel ilkesi “benzer benzeri iyileştirir” düşüncesine dayanır. Bu yaklaşıma göre sağlıklı bireyde belirti oluşturan maddelerin çok düşük dozlarda verilmesiyle, hastanın iyileşme yanıtının uyarılabileceği kabul edilir (Loudon, 2006).

Homeopatik ürünler bitkisel, mineral veya hayvansal kaynaklardan hazırlanabilir ve damla, tablet, krem, jel veya merhem gibi farklı formlarda sunulabilir. Homeopatide tedavi kişiye özgü olarak planlanır; aynı yakınmaya sahip bireylerde farklı ürünlerin önerilebileceği belirtilmek-

tedir. Homeopati baş ağrısı, uykusuzluk, alerji, diş ağrısı ve bazı ruhsal belirtiler gibi alanlarda kullanılabilmektedir (Loudon, 2006; Stub vd., 2020).

Homeopatik ürünler genellikle düşük dozlarla ilişkilendirilse de sağlık profesyonelleri bireyin bu ürünleri nasıl kullandığını öğrenmelidir. Özellikle tıbbi tedaviyi bırakma, ciddi hastalıklarda yalnızca homeopatik ürüne güvenme veya güvenilir olmayan ürün kullanma durumları risk oluşturabilir. Sağlık profesyoneli, bireyin tercihinine saygı gösterirken mevcut tedavinin sürdürülmesi gerektiğini vurgulamalıdır.

7. Bitkisel ve Biyolojik Temelli Uygulamalar

7.1. Fitoterapi

Fitoterapi, şifalı bitkilerden elde edilen ürünlerin sağlık amacıyla kullanımını inceleyen ve uygulayan bir alandır. Bitkilerde bulunan aktif bileşenlerin bazı belirtilerin hafifletilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Fitoterapi; jinekolojik, onkolojik, nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler alanlarda çeşitli çalışmalarla ele alınmıştır (Cravotto vd., 2010; Ferreira vd., 2014; Yıldırım vd., 2020).

Fitoterapide kullanılan bitkiler arasında ekinezya, lavanta, kedi otu, yeşil çay, sarımsak, ginseng, nar, yaban mersini, aynışefa, hatmi çiçeği ve çarkıfelek gibi örnekler sayılabilir. Bu ürünler çay, kapsül, tablet, krem, merhem, ekstre ya da yağ formunda kullanılabilir. Ancak bitkisel olması, bir ürünün her zaman güvenli olduğu anlamına gelmez.

Sağlık profesyonelleri açısından fitoterapide en önemli konulardan biri ürün-ilaç etkileşimidir. Bazı bitkisel ürünler kanama riskini artırabilir, ilaç metabolizmasını etkileyebilir, karaciğer veya böbrek fonksiyonları üzerinde yük oluşturabilir ya da alerjik reaksiyona neden olabilir. Pittler ve Ernst (2005), tamamlayıcı uygulamalarda yan etki ve uzun dönem izlemin önemine dikkat çekmektedir.

Yara iyileşmesinde bazı bitkisel ürünlerin kullanılması hemşirelik uygulamaları açısından da tartışılan bir alandır. Sançar, Canbulat ve İlhan (2017), yara bakımında kullanılan bitkisel yöntemleri ve hemşirelik açısından değerlendirilmesini ele almıştır. Ancak yara bakımında kullanılacak ürünlerin sterilite, etkinlik, cilt reaksiyonu ve kurum protokolleri açısından değerlendirilmesi gerekir.

7.2. Aromaterapi

Aromaterapi, bitkilerden elde edilen uçucu yağların inhalasyon,

topikal uygulama, banyo, masaj veya kompres gibi yöntemlerle kullanılmasıdır. Aromaterapi fitoterapinin bir alt alanı olarak da değerlendirilmektedir. Bu uygulamada lavanta, nane, limon, okaliptus, kekik, kantaron ve buhur gibi uçucu yağlar farklı amaçlarla kullanılabilir (Bilgiç, 2017; Gnatta vd., 2016; Özdemir ve Öztünç, 2013).

Aromaterapinin etkisi genellikle koku duyusu, limbik sistem, gevşeme yanıtı ve duyuşsal algılar üzerinden açıklanmaktadır. İnhalasyon yoluyla alınan kokular bireyde sakinleşme, rahatlatma, bulantıda azalma ya da uykuya geçişi kolaylaştırma gibi etkiler oluşturabilir. Ancak bu etkiler kişisel deneyim, kültür, önceki koku hafızası, cinsiyet, kişilik ve sağlık durumu gibi birçok değişkene bağlı olarak farklılık gösterebilir (Bilgiç, 2017).

Aromaterapi hemşirelik alanında ilgi gören tamamlayıcı uygulamalardan biridir. Gnatta ve arkadaşları (2016), aromaterapi ile hemşirelik arasındaki tarihsel ve teorik ilişkiye dikkat çekmektedir. Bununla birlikte uçucu yağların doğrudan cilde uygulanması, ağız yoluyla alınması veya yoğun biçimde solunması bazı bireylerde irritasyon, alerji, baş ağrısı, solunum sıkıntısı veya ilaç etkileşimi gibi sorunlara yol açabilir.

Sağlık profesyonelleri aromaterapi konusunda özellikle gebeler, çocuklar, yaşlı bireyler, astım veya alerji öyküsü olanlar ve çoklu ilaç kullanan bireylerde dikkatli olmalıdır. Uçucu yağların seyreltilmesi, uygulama süresi, uygulama yolu ve bireyin hassasiyeti göz önünde bulundurulmalıdır.

7.3. Apiterapi

Apiterapi, arı ve arı ürünlerinin sağlık amacıyla kullanılmasını ifade eder. Bal, propolis, arı sütü, balmumu, arı poleni ve arı zehri apiterapi kapsamında değerlendirilen ürünlerdir. Bu ürünler antioksidan, antimikrobiyal, bağışıklık destekleyici veya yara iyileşmesini destekleyici özellikleri nedeniyle ilgi görmektedir (Fratellone vd., 2016; Miran, 2019).

Balın yara ve yanık iyileşmesinde destekleyici olarak kullanılmasına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Propolis ve arı sütü gibi ürünler ise bağışıklık, inflamasyon ve antioksidan özellikleri bağlamında değerlendirilmektedir. Arı zehri ise romatizmal hastalıklar, kas-eklem ağrıları ve bazı nörolojik durumlarda tartışılan uygulamalardan biridir (Fratellone vd., 2016; Miran, 2019).

Apiterapide en önemli konulardan biri alerji riskidir. Arı ürünle-

rine duyarlılığı olan bireylerde ciddi alerjik reaksiyonlar gelişebilir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri, apiterapi kullanan ya da kullanmayı düşünen bireylerde alerji öyküsünü mutlaka sorgulamalıdır. Ayrıca apiterapinin tıbbi tedavinin yerine kullanılmaması gerektiği belirtilmelidir.

8. Zihin-Beden Temelli Uygulamalar

8.1. Müzik Terapi

Müzik terapi, bireyin fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal gereksinimlerini desteklemek amacıyla müzikten yararlanılan bir uygulamadır. Müzik dinleme, ritim, ses, melodi ve terapötik etkileşim bu uygulamanın temel unsurları arasında yer alabilir. Müzik terapi özellikle anksiyete, stres, ağrı, yoğun bakım, palyatif bakım ve nörolojik hastalıklar gibi alanlarda ele alınmaktadır (Ince ve Çevik, 2017; Trappe, 2012).

Müziğin etkisi bireyin müzik tercihi, kültürel geçmişi, duygusal durumu, ortamın özellikleri ve uygulamanın amacına göre değişebilir. Sakinleştirici müzikler gevşeme sağlayabilirken, bazı ritimler bireyde uyarılma ya da hareket isteğini artırabilir. Bu nedenle müzik uygulamalarında bireyin tercihi önemlidir.

Hemşirelik uygulamalarında müzik dinletme, özellikle anksiyeteyi azaltma ve rahatlama sağlama amacıyla kullanılabilir. Ancak müzik terapi, uzmanlık gerektiren yapılandırılmış bir alan olduğunda eğitimli müzik terapistleri tarafından yürütülmelidir. Sağlık profesyonelleri, bireyin tercih ettiği müzik türünü, ses düzeyini, uygulama süresini ve ortam koşullarını dikkate almalıdır.

8.2. Meditasyon ve Yoga

Meditasyon, dikkati belirli bir noktaya, nefese, bedensel duyuma ya da düşünce akışına yönlendirmeye dayanan eski bir uygulamadır. Farklı kültürlerde ve inanç sistemlerinde çeşitli meditasyon biçimleri bulunmaktadır. Meditasyonun stres azaltma, dikkat düzenleme, gevşeme ve iyilik hâlini destekleme amacıyla kullanıldığı belirtilmektedir (Arias vd., 2006).

Yoga ise Hindistan kökenli, beden duruşları, nefes egzersizleri, gevşeme ve zihinsel odaklanmayı içeren bir uygulamadır. Terapötik yoga, bireyin sağlık durumuna göre uyarlanmış yoga uygulamalarını ifade eder. Yoga, ağrı, stres, esneklik, denge, solunum, ruhsal iyilik hâli ve yaşam kalitesi gibi alanlarla ilişkilendirilmektedir (Hart, 2008; Jeter vd., 2015).

Sağlık profesyonelleri açısından meditasyon ve yoga, bireyin fiziksel kapasitesine, hastalık durumuna, yaşına ve beklentisine göre değerlendirilmelidir. Özellikle denge sorunu, kas-iskelet sistemi kısıtlılığı, gebelik, kalp hastalığı, ileri yaş veya ciddi solunum sorunu olan bireylerde uygulamalar uygun biçimde uyarlanmalıdır. Bireye zorlayıcı hareketlerden kaçınması ve gerekirse eğitilmiş bir uygulayıcıdan destek alması önerilebilir.

8.3. Hipnoz

Hipnoz, bireyin dikkatinin yoğunlaştığı, telkine açıklığının arttığı ve bilinç durumunda değişikliklerin gözlenebildiği özel bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Hipnotik trans sırasında fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerde değişiklikler ortaya çıkabilir. Hipnoz, bir terapist tarafından uygulanabileceği gibi bazı durumlarda kendi kendine hipnoz biçiminde de kullanılabilir (Häuser vd., 2016).

Hipnoz; ağrı, anksiyete, cerrahi işlemler, uyku sorunları, yeme davranışı, bağımlılık ve bazı psikolojik belirtiler bağlamında incelenmiştir. Häuser ve arkadaşları (2016), medikal hipnozun etkinliği, güvenliği ve kullanım alanlarına ilişkin meta-analizleri değerlendirmiştir.

Hipnoz özel eğitim gerektiren bir uygulamadır. Psikotik bozukluklar, ağır depresyon, demans, ciddi bilişsel bozukluklar ve gerçeklik değerlendirmesinin bozulduğu durumlarda uygun olmayabilir. Sağlık profesyonelleri hipnoz konusunda bireyi yetkin uygulayıcıya yönlendirmeli ve hipnozun tıbbi tedavinin yerine kullanılmaması gerektiğini açıklamalıdır.

9. Diğer Tamamlayıcı Uygulamalar

Tamamlayıcı uygulamalar içinde ozon terapi, mezoterapi, kupa terapisi, sülük terapisi, larva terapisi ve hipoterapi gibi farklı yöntemler de yer almaktadır. Bu uygulamaların her biri farklı tekniklere, uygulama amaçlarına ve dikkat edilmesi gereken yönlerle sahiptir.

Ozon terapi, ozon gazının belirli yollarla vücuda uygulanması esasına dayanır. Bağışıklık, dolaşım, inflamasyon ve bazı kronik durumlar bağlamında gündeme gelebilir. Ancak ozon uygulamaları özel eğitim ve uygun koşullar gerektirir. Yüksek tansiyon, bazı kan hastalıkları ve özel metabolik durumlar açısından dikkatli olunmalıdır.

Mezoterapi, belirli maddelerin cilt altına küçük dozlarla enjekte edilmesine dayanan bir uygulamadır. Bölgesel zayıflama, cilt yenileme, ağrı ve bazı dermatolojik amaçlarla kullanılabilmektedir. Enjeksiyon

içeren bir işlem olduğu için enfeksiyon, alerji, kanama, morarma ve lokal reaksiyon riski vardır. Gebelik, emzirme, kanser, pıhtılaşma sorunları ve kullanılan ilaçlar dikkate alınmalıdır.

Kupa terapisi, cilt üzerine yerleştirilen kupalarla vakum oluşturulmasına dayanır. Bazı uygulamalarda deri çizilerek kan alınması da söz konusu olabilir. Kas-iskelet sistemi ağrıları ve dolaşımın desteklenmesi gibi amaçlarla kullanılmaktadır. Cilt bütünlüğü, kanama riski, enfeksiyon riski ve steril koşullar bu uygulamada önemlidir.

Sülük terapisi, tıbbi amaçla kullanılan steril sülüklerin belirli bölgelere uygulanmasına dayanır. Sülük salgısında bulunan bazı maddelerin dolaşım ve inflamasyon üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak enfeksiyon, kanama, alerjik reaksiyon ve uygulama sonrası izlem gerekliliği nedeniyle dikkatli değerlendirme gerekir.

Larva terapisi, steril larvaların özellikle kronik yaralarda ölü dokuyu temizlemek amacıyla kullanılmasına dayanır. Bu yöntem yara bakımında belirli koşullarda gündeme gelebilir. Ancak sterilite, yara tipi, enfeksiyon durumu, hasta uyumu ve kurum protokolleri açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Hipoterapi ise atın ritmik hareketlerinden yararlanarak motor, duysal ve postüral gelişimi desteklemeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Özellikle nörolojik ve fiziksel yetersizlikleri olan bireylerde rehabilitasyon sürecine katkı sağlayabilir. Uygulamanın güvenli ortamda, eğitilmiş kişilerle ve uygun hasta seçimiyle yapılması gerekir.

Bu uygulamalar sağlık profesyonellerinin doğrudan ve standart biçimde uygulayacağı yöntemler olarak görülmemelidir. Çoğu özel eğitim, yetki, kurum onayı ve uygun uygulama koşulları gerektirir. Sağlık profesyonelinin temel rolü, bireyin bu uygulamalara ilişkin bilgisini değerlendirmek, gerçekçi olmayan beklentileri azaltmak ve gerektiğinde uygun sağlık birimine yönlendirmektir.

10. Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları

Tamamlayıcı uygulamalar konusunda sağlık profesyonellerinin temel sorumluluğu, bireyin güvenli ve bilinçli karar verebilmesini desteklemektir. Bu sorumluluk yalnızca belirli bir uygulamayı bilmekten ibaret değildir. Bireyin tamamlayıcı uygulama kullanıp kullanmadığını sorgulamak, uygulamanın amacını öğrenmek, mevcut tedaviyle ilişkisini değerlendirmek, olası riskleri fark etmek, kayıt tutmak ve gerektiğinde yönlendirme yapmak bu sürecin temel parçalarıdır.

Birçok birey tamamlayıcı uygulama kullandığını sağlık profesyonelleriyle paylaşmayabilir. Bunun nedeni yargılanma kaygısı, sağlık profesyonelinin ilgilenmeyeceğini düşünme, kullanılan yöntemi önemsiz görme ya da “doğal olduğu için zararsızdır” inancı olabilir. Bu nedenle sağlık profesyoneli açık ve yargılayıcı olmayan sorular sormalıdır. Örneğin “Tedavinizin yanında kullandığınız bitkisel ürün, masaj, akupunktur, dua, meditasyon, aromaterapi ya da benzeri bir yöntem var mı?” sorusu bireyin kullandığı yöntemleri paylaşmasını kolaylaştırabilir.

İkinci sorumluluk, uygulamanın tıbbi tedaviyle ilişkisini değerlendirmektir. Bazı bireyler tamamlayıcı uygulamaları destek amaçlı kullanırken, bazıları ilaçlarını azaltma ya da bırakma eğiliminde olabilir. Bu durum özellikle kronik hastalığı olan bireylerde risk oluşturabilir. Sağlık profesyoneli, bireyin ilaçlarını, takiplerini ve tedavi planını sürdürüp sürdürmediğini öğrenmelidir.

Üçüncü sorumluluk, ürün ve uygulama risklerini fark etmektir. Fitoterapi, aromaterapi ve apiterapi gibi biyolojik temelli uygulamalarda alerji, yan etki ve ilaç etkileşimi olasılığı vardır. Masaj, refleksoloji, osteopati, kayropratik ve akupunktur gibi bedene yönelik uygulamalarda ise kanama, enfeksiyon, cilt bütünlüğü, kemik-eklem sağlığı, gebelik ve nörolojik bulgular dikkate alınmalıdır.

Dördüncü sorumluluk, mesleki sınırları bilmektir. Her sağlık profesyoneli her tamamlayıcı uygulamayı yapamaz. Bazı uygulamalar özel eğitim ve yetkilendirme gerektirir. Sağlık profesyoneli eğitimini almadığı, kurum protokolünde yer almayan veya yetki gerektiren uygulamaları yapmamalıdır. Bu durum hem bireyin güvenliği hem de mesleki sorumluluk açısından önemlidir.

Beşinci sorumluluk, kayıt ve izlem yapmaktır. Bireyin kullandığı tamamlayıcı uygulama, kullanım amacı, sıklığı, uygulayıcı bilgisi, kullanılan ürünler ve gözlenen etkiler kayıt altına alınmalıdır. Özellikle hastanede yatan bireylerde tamamlayıcı uygulamalar tedavi planını etkileyebilir. Örneğin bitkisel ürün kullanan bir bireyde kanama riski, uçucu yağ kullanan bir bireyde alerji, akupunktur yaptıran bireyde enfeksiyon veya kanama riski izlenmelidir.

Altıncı sorumluluk, bireyi dengeli bilgiyle desteklemektir. Sağlık profesyoneli tamamlayıcı uygulamaları bütünüyle reddetmek yerine, uygulamanın ne amaçla kullanıldığını, hangi sınırlılıkları bulunduğunu ve hangi durumlarda dikkatli olunması gerektiğini açıklamalıdır. Böylece bireyin

tercihleri yok sayılmadan daha bilinçli karar vermesi sağlanabilir.

Tamamlayıcı uygulamalarda profesyonel danışmanlık, bireyin seçimlerini kontrol altına almak değil; bireyin sağlığıyla ilgili kararlarını daha bilinçli, gerçekçi ve tıbbi tedaviyle uyumlu biçimde verebilmesine katkı sağlamaktır (Khorshid ve Yapucu, 2005; Balouchi vd., 2018).

11. Sonuç

Tamamlayıcı uygulamalar, günümüzde bireylerin sağlıklarını desteklemek, semptomlarla baş etmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla başvurdukları geniş bir uygulama alanını oluşturmaktadır. Masaj, refleksoloji, osteopati, akupunktur, aromaterapi, fitoterapi, reiki, müzik terapi, yoga, meditasyon ve benzeri yöntemler farklı teorik temellere, kullanım alanlarına ve uygulama biçimlerine sahiptir. Bu nedenle tamamlayıcı uygulamaların tümünü aynı düzeyde değerlendirmek doğru değildir.

Sağlık profesyonellerinin bu alandaki temel görevi, bireyin kullandığı tamamlayıcı uygulamaları fark etmek, kullanım amacını ve olası etkilerini değerlendirmek, tıbbi tedavinin aksamasını önlemek, gerekli durumlarda uygun yönlendirme yapmak ve bireyin bilinçli karar vermesini desteklemektir. Bu yaklaşım, tamamlayıcı uygulamaların kontrolsüz kullanımını azaltırken, bireyin sağlık sürecine daha güvenli ve bilinçli biçimde katılmasına katkı sağlar.

KAYNAKÇA

- Angelopoulou, E., Anagnostouli, M., Chrousos, G. P., & Bougea, A. (2020). Massage therapy as a complementary treatment for Parkinson's disease: A systematic literature review. *Complementary Therapies in Medicine*, 49, 102340. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102340>
- Appleyard, I. (2018). Use of acupuncture in the management of pain. *Nursing Standard*, 33(9), 24–29. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11303>
- Arias, A. J., Steinberg, K., Banga, A., & Trestman, R. L. (2006). Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 12(8), 817–832. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.817>
- Balouchi, A., Mahmoudirad, G., Hastings-Tolsma, M., Shorofi, S. A., Shahdadi, H., & Abdollahimohammad, A. (2018). Knowledge, attitude and use of complementary and alternative medicine among nurses: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.014>
- Beresford-Cooke, C. (2016). Shiatsu theory and practice. Singing Dragon.
- Bilgiç, Ş. (2017). Hemşirelikte holistik bir uygulama; aromaterapi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(3), 134–141.
- Castro-Sánchez, A. M., Lara-Palomo, I. C., Matarán-Peñarrocha, G. A., Saavedra-Hernández, M., Pérez-Mármol, J. M., & Aguilar-Ferrándiz, M. E. (2016). Benefits of craniosacral therapy in patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(8), 650–657. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0068>
- Cerritelli, F., Lacorte, E., Ruffini, N., & Vanacore, N. (2017). Osteopathy for primary headache patients: A systematic review. *Journal of Pain Research*, 10, 601–611. <https://doi.org/10.2147/JPR.S130514>
- Coppa, D. (2008). The internal process of therapeutic touch. *Journal of Holistic Nursing*, 26(1), 17–24. <https://doi.org/10.1177/0898010107307049>
- Cravotto, G., Boffa, L., Genzini, L., & Garella, D. (2010). Phytotherapeutics: An evaluation of the potential of 1000 plants. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 35(1), 11–48. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2009.01097.x>
- Çevik, K. (2013). Hemşirelikte tamamlayıcı alternatif tedavi: Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 71–82.
- Eardley, S., Bishop, F. L., Prescott, P., Cardini, F., Brinkhaus, B., Santos-Rey, K., ... & Lewith, G. (2012). A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Complementary Medicine Research*, 19(Suppl. 2), 18–28. <https://doi.org/10.1159/000342708>
- Ernst, E. (2008). Chiropractic: A critical evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5), 544–562. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.07.004>

- Ferreira, T., Moreira, C., Cária, N., Victoriano, G., Silva, W., Jr., & Magalhães, J. (2014). Phytotherapy: An introduction to its history, use and application. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, 16(2), 290–298. <https://doi.org/10.1590/S1516-05722014000200019>
- Field, T. (2016). Massage therapy research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.005>
- Fleming, S. A., & Gutknecht, N. C. (2010). Naturopathy and the primary care practice. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 37(1), 119–136. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2009.09.002>
- Fratellone, P. M., Tsimis, F., & Fratellone, G. (2016). Apitherapy products for medicinal use. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(12), 1020–1022. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0345>
- Gnatta, J. R., Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., & Silva, M. J. P. (2016). Aromatherapy and nursing: Historical and theoretical conception. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), 127–133. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100017>
- Guerra-Martín, M. D., Tejedor-Bueno, M. S., & Correa-Casado, M. (2021). Effectiveness of complementary therapies in cancer patients: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1017. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031017>
- Haller, H., Lauche, R., Cramer, H., Rampp, T., Saha, F. J., Ostermann, T., & Dobos, G. (2016). Craniosacral therapy for the treatment of chronic neck pain: A randomized sham-controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 32(5), 441–449. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000290>
- Hart, J. (2008). An overview of clinical applications of therapeutic yoga. *Alternative & Complementary Therapies*, 14(1), 29–32. <https://doi.org/10.1089/act.2008.14101>
- Hartvigsen, J., & French, S. D. (2020). So, what is chiropractic? Summary and reflections on a series of papers in Chiropractic & Manual Therapies. *Chiropractic & Manual Therapies*, 28(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12998-019-0293-6>
- Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: A systematic review of meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(17), 289–296. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0289>
- Ince, S., & Çevik, K. (2017). The effect of music listening on the anxiety of nursing students during their first blood draw experience. *Nurse Education Today*, 52, 10–14. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.005>
- Jäkel, A., & von Hauenschild, P. (2012). A systematic review to evaluate the clinical benefits of craniosacral therapy. *Complementary Therapies in Medicine*, 20(6), 456–465. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2012.07.009>
- Jeter, P. E., Slutsky, J., Singh, N., & Khalsa, S. B. S. (2015). Yoga as a therapeutic in-

- tervention: A bibliometric analysis of published research studies from 1967 to 2013. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(10), 586–592. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0275>
- Kelly, R. B. (2009). Acupuncture for pain. *American Family Physician*, 80(5), 481–484.
- Khorshid, L., ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 124–130.
- Kotruchin, P., Imoun, S., Mitsungnarn, T., Aountraï, P., Domthaisong, M., & Kario, K. (2021). The effects of foot reflexology on blood pressure and heart rate: A randomized clinical trial in stage-2 hypertensive patients. *The Journal of Clinical Hypertension*, 23(3), 680–686. <https://doi.org/10.1111/jch.14103>
- Lanza, G., Centonze, S. S., Destro, G., Vella, V., Bellomo, M., Pennisi, M., Bella, R., & Ciavardelli, D. (2018). Shiatsu as an adjuvant therapy for depression in patients with Alzheimer's disease: A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 38, 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.04.003>
- Lee, E. J., & Frazier, S. K. (2011). The efficacy of acupressure for symptom management: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(4), 589–603. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.007>
- Long, A. F. (2008). The effectiveness of shiatsu: Findings from a cross-European, prospective observational study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(8), 921–930. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0072>
- Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., Schuab, S. I. P. C., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H. C. (2020). Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3318. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3379.3318>
- Loudon, I. (2006). A brief history of homeopathy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(12), 607–610. <https://doi.org/10.1177/014107680609901211>
- Matarán-Peñarrocha, G. A., Castro-Sánchez, A. M., García, G. C., Moreno-Lorenzo, C., Carreño, T. P., & Zafra, M. D. O. (2011). Influence of craniosacral therapy on anxiety, depression and quality of life in patients with fibromyalgia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, Article ID 578714. <https://doi.org/10.1093/ecam/nep125>
- Meeus, C., & Lundberg, P. (2018). *Secrets of shiatsu*. Ivy Press.
- Midilli, T. S., & Eser, İ. (2015). Effects of Reiki on post-cesarean delivery pain, anxiety, and hemodynamic parameters: A randomized, controlled clinical trial. *Pain Management Nursing*, 16(3), 388–399. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.09.005>
- Miran, K. (2019). Rediscovery of apitherapy mechanisms: A novel challenge in cardiovascular autonomic neuropharmacology. *Neurology & Neurotherapy Open Access Journal*, 4(1), 000134. <https://doi.org/10.23880/nnoaj-16000134>
- Moghimi-Hanjani, S., Mehdizadeh-Tourzani, Z., & Shoghi, M. (2015). The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labor in primigravida

- women. *Acta Medica Iranica*, 53(8), 507–511.
- Monroe, C. M. (2009). The effects of therapeutic touch on pain. *Journal of Holistic Nursing*, 27(2), 85–92. <https://doi.org/10.1177/0898010108327213>
- Monti, D. A., & Yang, J. (2005). Complementary medicine in chronic cancer care. *Seminars in Oncology*, 32(2), 225–231. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2004.11.011>
- Özdelikara, A., ve Tan, M. (2017). The effect of reflexology on the quality of life with breast cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.09.004>
- Özdemir, G., Ovayolu, N., ve Ovayolu, Ö. (2013). The effect of reflexology applied on haemodialysis patients with fatigue, pain and cramps. *International Journal of Nursing Practice*, 19(3), 265–273. <https://doi.org/10.1111/ijn.12067>
- Özdemir, H., ve Öztünç, G. (2013). Hemşirelik uygulamalarında aromaterapi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 5(2), 136–143.
- Pittler, M. H., & Ernst, E. (2005). Complementary therapies for reducing body weight: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1030–1038. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803008>
- Sağkal, T., ve Eşer, S. (2011). Hemşirelikte yeni bir uygulama: Reiki dokunma terapisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 182–189.
- Sağkal, T., Eşer, İ., ve Uyar, M. (2013). Reiki dokunma terapisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Spatula DD*, 3(4), 141–146. <https://doi.org/10.5455/spatula.20131230053956>
- Sajadi, M., Davodabady, F., Naseri-Salahshour, V., Harorani, M., & Ebrahimi-Monfared, M. (2020). The effect of foot reflexology on constipation and quality of life in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 48, 102270. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102270>
- Sançar, B., Canbulat, A., ve İlhan, S. E. (2017). Yara bakımında kullanılan bitkisel yöntemler ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 3(2), 116–124.
- Shariati, A., Jahani, S., Hooshmand, M., & Khalili, N. (2012). The effect of acupressure on sleep quality in hemodialysis patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 20(6), 417–423. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2012.08.001>
- Simpson, C. A. (2015). Complementary medicine in chronic pain treatment. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 26(2), 321–347. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2014.12.005>
- Song, H. J., Seo, H. J., Lee, H., Son, H., Choi, S. M., & Lee, S. (2015). Effect of self-acupressure for symptom management: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(1), 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.11.002>
- Stub, T., Kristoffersen, A. E., Overvåg, G., Jong, M. C., Musial, F., & Liu, J. (2020). Adverse effects in homeopathy: A systematic review and meta-analysis of ob-

- servational studies. *EXPLORE*, 16(6), 364–377. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.02.001>
- Trappe, H. J. (2012). Role of music in intensive care medicine. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 2(1), 27–31. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.94893>
- Turan, N. (2015). Yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunmanın önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 134–139.
- Van Hal, M., Dydyk, A. M., & Green, M. S. (2020). Acupuncture. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532287/>
- Vaucher, P., Macdonald, R. J., & Carnes, D. (2018). The role of osteopathy in the Swiss primary health care system: A practice review. *BMJ Open*, 8(8), e023770. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023770>
- Wagner, J. (2015). Incorporating acupressure into nursing practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 115(12), 40–45. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000475291.68330.4c>
- World Health Organization. (2010). Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in osteopathy. World Health Organization.
- Yıldırım, D., Baykal, D., ve Can, G. (2020). Kanıt temelli fitoterapi uygulamalarının incelenmesi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 6(3), 571–576.
- Yuan, S. L., Berssaneti, A. A., & Marques, A. P. (2013). Effects of shiatsu in the management of fibromyalgia symptoms: A controlled pilot study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 36(7), 436–443. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2013.07.004>
- Zhuang, Y., Xing, J. J., Li, J., Zeng, B. Y., & Liang, F. R. (2013). History of acupuncture research. *International Review of Neurobiology*, 111, 1–23. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-411545-3.00001-8>



DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLARDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Eda ÜNAL¹
Neslihan KÜRKÇÜ²

1 Doç. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı
Hemşireliği Anabilim Dalı, e-mail: edaunal@uludag.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9247-9594.
2 Yüksek Lisans Öğrencisi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı
Hemşireliği Anabilim Dalı e-mail: neslikrk@gmail.com ORCID: 0009-0001-3349-0822

GİRİŞ

Günümüzde bağımlılık kavramı yalnızca tütün, alkol ve psikoaktif maddelerle sınırlı kalmamakta; dijital oyunlar, kumar oyunlarını oynama, sosyal medya kullanımı, kontrolsüz alışveriş yapma, yeme bağımlılığı ve internet kullanımı gibi davranışsal bağımlılıkları da kapsamaktadır (World Health Organization [WHO], 2023; Yeşilay, 2023). Davranışsal bağımlılıklar; yoğun istek, kontrol kaybı, dürtüsellik ve olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi gibi özellikler göstermekte, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları ve akademik ya da mesleki işlev kaybı gibi birçok sorunla ilişkilendirilmektedir (Brand ve ark., 2025; Pallanti ve ark., 2021). Özellikle dijital teknolojilerin yaygınlaşmasıyla birlikte davranışsal bağımlılık türlerinin görülme sıklığı artmış ve davranışsal bağımlılıklar önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu nedenle erken tanı, koruyucu önlemler ve psikososyal müdahaleler önem kazanırken; halk sağlığı hemşireleri riskli bireylerin belirlenmesi, farkındalık oluşturulması, danışmanlık verilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesinde önemli roller üstlenmektedir.

Bağımlılık Tanımı

Bağımlılık: bireyin belirli bir maddeyi kullanması ya da bir davranışı/ eylemi sürdürme üzerindeki kontrol kaybı ve olumsuz sonuçlara rağmen davranışı devam ettirmesi ile karakterize önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bağımlılıklar genel olarak madde bağımlılıkları ve davranışsal bağımlılıklar olmak üzere iki ana grupta ele alınmaktadır. Bu bölümde özellikle davranışsal bağımlılıklar üzerinde durulacaktır.

Davranışsal Bağımlılıklar

Davranışsal bağımlılık, psikoaktif bir madde kullanımı olmaksızın, ödüllendirici ve rahatlatıcı bulunan bir davranışın (kumar, oyun, internet kullanımı vb.) kontrolsüz ve tekrarlayıcı bir şekilde sürdürülmesi sonucunda kişinin işlevselliğinde bozulmaya ve ciddi sıkıntıya yol açan sendromlar bütünüdür. Bu bozukluklar, madde bağımlılığına benzer şekilde beynin ödül sistemini aktive eder; kontrol kaybı, aşırı istek (craving), çekilme belirtileri ve olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi ile karakterizedir (Pallanti ve ark., 2021; Bukecik, 2024).

1. Dijital Bağımlılık

Dijital bağımlılık; bireyin sosyal medya, video oyunları ve çeşitli internet platformlarına karşı geliştirdiği aşırı ve kontrol edilmesi güç kullanım davranışı olarak tanımlanır (Bukecik, 2024). Özellikle ergenlik döneminde sosyal ilişkiler, bilişsel gelişim ve akademik başarı üzerinde olumsuz etkiler oluşur. Bunun yanında uyku düzeninde bozulma, fiziksel aktivitede azalma, obezite ve görme problemleri gibi kronik sağlık problemleriyle de ilişkilidir (Bukecik, 2024).

Dijital bağımlılığın başlıca alt türleri şunlardır:

1.1Oyun Oynama Bozukluğu (Gaming Disorder)

Oyun oynama bozukluğu; çevrimiçi veya çevrimdışı video oyunları üzerinde kontrolün kaybedilmesi ve oyun oynama davranışının kişinin günlük yaşantısındaki diğer sorumlulukların önüne geçmesiyle karakterize edilen bağımlılığın bir türüdür. DSM-5'te(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı) "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu" adıyla daha fazla araştırılması gereken durumlar arasında gösterilebilir. (Brand ve ark., 2025; Boumparis ve ark., 2022).

İnternet oyun bozukluğunun özellikle Avrupa ve Doğu Asya'da yaklaşık %2–3 oranında görüldüğü, erkeklerde riskin kadınlara göre 2–3 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca depresyon, anksiyete ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile sık birlikte görülmektedir. (Stevens ve ark., 2021; Ostinelli ve ark., 2021).

Tanı konulabilmesi için genellikle en az 12 ay boyunca şu belirtilerin görülmesi beklenmektedir:

1.Oyunun günlük yaşam etkinlikleri ve sorumluluklardan daha öncelikli hale gelmesi,

2.Oyun oynama davranışı üzerinde kontrol kaybı yaşanması,

3.Ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen oyun oynamaya devam edilmesi (Brand ve ark., 2025)

Oyun oynama bozukluğu; öfke kontrolünde güçlük, antisosyal davranışların görülmesi, akademik başarısızlık ve depresyon gibi önemli psikososyal sorunlarla ilişkilidir. Oyun süresi azaltıldığında ya da oyun engellendiğinde sinirlilik, saldırganlık ve huzursuzluk, öfke patlamaları gibi belirtiler ortaya çıkar. Ayrıca uzun süre ekran karşısında kalmaya bağlı olarak uyku bozuklukları, fiziksel aktivitede azalma, obezite gibi sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir (Bukecik, 2024; Boumparis ve ark., 2022).

1.2.Sosyal Medya Bağımlılığı

Sosyal medya bağımlılığı ya da literatürde kullanılan adıyla problemli sosyal medya kullanımı; bireyin Instagram, TikTok veya Facebook gibi sosyal medya platformlarını günlük yaşam işlevselliğini bozacak düzeyde aşırı ve kontrolsüz biçimde kullanmasıdır (Brand ve ark., 2025; Bukecik, 2024).

Problemli sosyal medya kullanımının prevalansının kullanılan sınıflandırma yöntemine göre %5 ile %25 arasında değiştiği, ayrıca kolektivist toplumlarda bireyci toplumlara göre yaklaşık iki kat daha yüksek görüldüğü bildirilmektedir (Cheng ve ark., 2021).

Bu bağımlılık türü; beğeni ve yorum gibi sosyal ödüllere karşı aşırı duyarlılık, sosyal medya kullanımına yönelik yoğun istek, dürtü kontrolünde zayıflık ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın sürdürülmesiyle karakterizedir (Brand ve ark., 2025; Griffiths, 2022).

Sosyal medya bağımlılığı, psikososyal açıdan; yalnızlık hissi, depresyon, sosyal kaygı, özgüven sorunları ve akademik başarısızlık ile ilişkilidir (Bukecik, 2024). Fiziksel açıdan ise ekran süresinin artmasına bağlı olarak uyku problemleri, fiziksel aktivitede azalma ve obezite gibi sorunlarla ilişkilidir. Ayrıca gençlerin sosyal medya platformlarında madde kullanımını özendiren içeriklere maruziyeti nedeniyle madde kullanım riskini artırabileceği belirtilmektedir. (Brand ve ark., 2025).

1.3. İnternet Kullanım Bozukluğu

İnternet kullanım bozukluğu; bireyin interneti bilgi arama, mesajlaşma veya farklı amaçlarla günlük yaşam işlevselliğini bozacak düzeyde yoğun ve kontrolsüz şekilde kullanmasıdır. Araştırmalarda haftalık 14 saatin üzerinde internet kullanımı veya Young'un Tanısal Anketi (YDQ) gibi ölçeklerde eşik puanların aşılması tanı ölçütleri arasında değerlendirilmektedir (Boumparis ve ark., 2022). Sosyal medya kullanımının dünya genelinde %5–25 arasında değişen prevalansa sahip olduğu bildirilmektedir. Prevalans oranlarındaki farklılıkların kültürel yapı ve kullanılan tanı ölçütlerinden etkilenebileceği vurgulanmaktadır (Cheng ve ark., 2021).

İnternet bağımlılığı; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamını birçok açıdan etkileyen önemli bir davranışsal bağımlılık türüdür. Uzun süre ekran karşısında kalmak fiziksel aktiviteyi azaltarak obezite riskini artırır, uyku düzenini bozar ve kas-iskelet sistemi ile görme problemlerine neden olabilmektedir. Bunun yanında sosyal kaygı, depresyon, anksiyete, stres, yalnızlık gibi psikolojik sorunların daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle sosyal medya kullanımında beğeni ve onay arayışı; özgüven problemleri ile duygusal dalgalanmaları artırabilmektedir (Boumparis ve ark., 2022).

İnternet bağımlılığı aynı zamanda akademik, sosyal ve mesleki işlevsellik üzerinde de olumsuz etkilere sahiptir. Kontrolsüz kullanım dikkat dağınıklığına, akademik başarısızlığa ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalara yol açabilmektedir. Araştırmalar, dijital bağımlılığın beynin ödül sistemi üzerinde madde bağımlılığına benzer nörobiyolojik değişikliklere neden olabileceğini göstermektedir. Ayrıca sosyal medyada madde kullanımını özendiren içeriklere maruz kalmanın ve yalnızlık hissinin; sigara, alkol veya diğer maddelere yönelme riskini artırabileceği belirtilmektedir (Boumparis ve ark., 2022).

1.4. Pornografi Bağımlılığı

Pornografi bağımlılığı ya da sorunlu pornografi kullanımı; bireyin pornografik içerik tüketimi üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, bu davranışın

diğer ilgi alanlarının önüne geçmesi ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın sürdürülmesiyle karakterize edilen bir bozukluktur (Brand ve ark., 2025; Boumparis ve ark., 2022).

Bu bozukluk; pornografik içeriklere karşı aşırı duyarlılık gelişmesi, yoğun kullanım isteği ve dürtü kontrolünde yaşanan güçlüklerle kendini göstermektedir. Çalışmalar, pornografi bağımlılığının genel popülasyonda %1 ile %10 arasında değişen oranlarda görüldüğünü bildirmektedir (Antons ve ark., 2022).

Pornografi bağımlılığı bireyin yaşam kalitesini farklı yönlerden olumsuz etkileyebilmektedir. Partner ilişkilerinde yakınlık sorunları, cinsel doyuma azalma, sosyal izolasyon ve kişilerarası ilişkilerde bozulma sık görülen etkiler arasındadır. Bunun yanında düşük özgüven, depresyon, anksiyete ve yoğun duygusal sıkıntı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Nörolojik açıdan; beynin ödül sistemi üzerinde madde bağımlılığına benzer değişikliklere ve dopaminergic yollarda işlevsel farklılıklara neden olabilmektedir. (Boumparis ve ark., 2022)

2.Egzersiz Bağımlılığı (Exercise Addiction)

Egzersiz bağımlılığı, fiziksel aktivite yapmaya yönelik yoğun ve kontrol edilemez bir dürtü ile karakterize edilen, potansiyel olumsuz sonuçlara rağmen eylemin sürdürüldüğü bir davranışsal bağımlılık türüdür. Genellikle sağlıklı bir yaşam tercihi gibi görüldüğü için fark edilmesi zor olsa da kontrol kaybıyla birlikte kişinin sağlığına, ilişkilerine ve iş verimliliğine zarar vermeye başlar (Hądzlik ve ark., 2024).

Egzersiz bağımlılığının teşhisinde; egzersizin hayatın en önemli aktivitesi haline gelmesi, duygudurumunu düzenlemek için kullanılması, tolerans (süreyi sürekli artırma ihtiyacı), yapılamadığında hissedilen geri çekilme belirtileri ve sosyal çatışmalar gibi bileşenler ön plana çıkar (Hądzlik ve ark., 2024).

İki sınıfa ayrılır:

- Birincil Egzersiz Bağımlılığı: Motivasyonun kaynağı doğrudan egzersizin kendisinden alınan hazdır (Hądzlik ve ark., 2024).
- İkincil Egzersiz Bağımlılığı: Egzersiz, kilo verme veya vücut imajını değiştirme gibi başka bir hedefe ulaşmak için araç olarak kullanılır ve genellikle yeme bozuklukları ile beraber görülür (Hądzlik ve ark., 2024).

Bu bağımlılığa sıklıkla depresyon, anksiyete ve obsesif-kompulsif bozukluklar eşlik edebilmektedir. Genel popülasyonda yaygınlık düşük olsa da, dayanıklılık sporcuları (maraton, triatlon vb.) arasında bu oran %14,2'ye kadar çıkabilmektedir (Hądzlik ve ark., 2024). Egzersiz bağımlılığı, 50 yılı aşkın süredir araştırılmasına rağmen henüz DSM-5 veya ICD-11(Hastalıkla-

rın Uluslararası Sınıflandırması, 11. Revizyon) gibi resmi tanı kılavuzlarında bağımsız bir klinik bozukluk olarak yer almamaktadır (Hądzlik ve ark., 2024; Griffiths, 2022)

3. Kumar Oynama Bozukluğu (Gambling Disorder)

Kumar oynama bozukluğu, davranışsal bağımlılıklar arasında en yaygın ve en ağır formu olarak kabul edilir. (Čomić ve ark., 2022; Pallanti ve ark., 2021). Bu bozukluk, bireyin işlevselliğinde ciddi bozulmalara yol açacak şekilde, olumsuz sonuçlara rağmen tekrarlayıcı kumar oynama eylemini engelleyememesiyle karakterize, süregelen bir durumdur (Geniş ve Aksu, 2020).

Kumar bağımlılığı, nörobiyolojik, genetik ve klinik olarak madde bağımlılıklarına büyük oranda benzediği için modern tanı sistemlerinde önemli değişikliklere uğramıştır (Čomić ve ark., 2022; Pallanti ve ark., 2021). DSM-5: Daha önce “Dürtü Kontrol Bozukluğu” altında sınıflandırılan bu bozukluk, DSM-5 ile birlikte “Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları” kategorisine dahil edilmiştir Bu durum, kumar bağımlılığının madde bağımlılığı ile benzer mekanizmalara sahip olduğunun resmen tanınmasıdır (Čomić ve ark., 2022; Geniş ve Aksu, 2020).

Kumar bozukluğunun dünya genelindeki prevalansının %0.1–5.8 arasında değiştiği, ancak tedavi arayışının oldukça düşük olduğu bildirilmektedir. Erkek cinsiyet, genç yaş, düşük eğitim düzeyi ve finansal sorunlar önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Moreira ve ark., 2023; Bijker ve ark., 2022).

Tanı konulması için bireyin son 12 ay içinde; kumar oynama üzerinde kontrolünü kaybetmesi, kumarı hayatın diğer ilgi alanlarından daha öncelikli hale getirmesi ve olumsuz sosyal, ekonomik veya sağlık sonuçlarına rağmen kumarı sürdürmesi veya oynama sıklığının arttırması gerekmektedir (Čomić ve ark., 2022; Brand ve ark., 2025).

Kumar bağımlılığı olan bireylerde belirli kişilik yapıları ve hatalı düşünce kalıpları ön plana çıkar:

İmpulsivite (Dürtüsellik): Kumar bağımlılığının temel bileşenlerinden biridir ve bireyin olumsuz sonuçlara rağmen anlık ödüle odaklanarak riskli kararlar almasına neden olur (Čomić ve ark., 2022; Demirdöğen ve Karaaziz, 2024).

Kontrol Yanılsaması: Bireyin, objektif olarak şansa dayalı olan bir oyunun sonucunu kendi yeteneğiyle tahmin edebileceğine veya değiştirebileceğine dair geliştirdiği hatalı inançtır (Čomić ve ark., 2022).

Kayıpların Peşinden Koşma: Kaybedilen parayı geri kazanmak için daha fazla kumar oynama dürtüsüdür. Bu genelde borçlarda artma ile sonuçlanır. (Čomić ve ark., 2022; Geniş ve Aksu, 2020).

Kumar oynama eylemi, beynin ödül sistemini madde bağımlılığına çok benzer şekilde aktive eder. Kumar bağımlılarında, özellikle riskli karar alma süreçlerinde ön frontal korteks ve bazal ganglionlarda aktivite artışı saptanmıştır (Pallanti ve ark., 2021). Ayrıca, **dopaminin** ödül tahmini ve öğrenme süreçlerindeki rolü, bu bağımlılığın gelişiminde kritik öneme sahiptir (Çomić ve ark., 2022; Pallanti ve ark., 2021).

Kumar bağımlılığı nadiren tek başına görülür ve genellikle ciddi psikiyatrik sorunlarla birliktedir:

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): DEHB belirtileri ile kumar bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır; dürtüsellik ve dikkat sorunları kumar oynama davranışını tetikleyebilir (Demirdöğen ve Karaaziz, 2024; Brand ve ark., 2025).

Duygudurum Bozuklukları ve İntihar: Kumar bağımlılığına sıklıkla depresyon ve anksiyete eşlik eder (Brand ve ark., 2025; Geniş ve Aksu, 2020). Borç yükü ve ailevi parçalanmalar nedeniyle bu bireylerde intihar düşüncesi ve girişimi oranları toplum geneline göre anlamlı derecede yüksektir (Geniş ve Aksu, 2020).

Madde Kullanımı: Kumar bağımlılarının yaklaşık %40-60'ında eş zamanlı madde kullanım bozukluğu, %75'inde ise alkol problemi olduğu saptanmıştır (Demirdöğen ve Karaaziz, 2024; Pallanti ve ark., 2021).

4. Alışveriş Bağımlılığı (Kompulsif Satın Alma-Alışveriş Bozukluğu)

Alışveriş bağımlılığı (kompulsif satın alma bozukluğu), bireyin alışverişe karşı aşırı bir ilgi duyması, satın alma eylemi üzerinde kontrolünü kaybetmesi ve bu davranışın ciddi finansal, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açmasına rağmen sürdürülmesi ile karakterize bir davranışsal bağımlılıktır (Hıdzlık ve ark., 2024). Madde bağımlılığına benzer şekilde beynin ödül sistemini aktive eden bu bozukluk, bireyde anlık bir haz arayışı veya olumsuz duygulardan kaçış mekanizması olarak işlev görür (Pallanti ve ark., 2021; Brand ve ark., 2025).

Bu bağımlılığa sahip bireyler, satın alma eylemi öncesinde yoğun bir istek veya dürtü hissederler. Davranışın temel motivasyonları genellikle şunlardır: Satın alma anında hissedilen geçici coşku ve rahatlama hissi, stres, kaygı veya depresyon gibi negatif duyguları hafifletmek için alışverişin bir "kendi kendini tedavi" yöntemi olarak kullanılması, alacağı ürünler hakkında sürekli düşünme ve bir sonraki satın alma işlemini planlama hali (Brand ve ark., 2025; Griffiths, 2022).

Yapılan araştırmalar, alışveriş bağımlılığının genel popülasyondaki yaygınlık oranının yaklaşık %5 olduğunu tahmin etmektedir. (Black, 2022). Toplum temelli çalışmalar, kadınların bu bozukluğu geliştirme riskinin erkeklere

göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca bozukluk özellikle erken ve orta yetişkinlik dönemlerinde daha sık görülür. (Brand ve ark., 2025).

Modern e-ticaret sistemlerinin gelişmesi, alışveriş bağımlılığının doğasını değiştirmiş ve şiddetini artırmıştır. İnternet üzerinden alışveriş, sınırsız ürün seçeneği, 7/24 erişilebilirlik ve “sosyal pazarlama” gibi stratejiler nedeniyle bağımlı bireylerin günlük hayatını fiziksel mağazalara göre çok daha fazla sekteye uğratmaktadır (Brand ve ark., 2025; Griffiths, 2022).

Alışveriş bağımlılığı bireyin hayatında yıkıcı sonuçlara yol açabilir. Kontrolsüz harcamalar nedeniyle biriken ağır borçlar ve finansal krizler, aile içi şiddetli çatışmalar, boşanma, iş yerindeki sorumlulukların ihmalı ve iş kaybı, alışverişi sürdürebilmek için yalan söyleme veya dolandırıcılık gibi suç teşkil eden eylemlere başvurma eğilimi gibi eylemler görülebilir. (Brand ve ark., 2025).

Bu bozukluk nadiren tek başına görülür. Alışveriş bağımlılığına sıklıkla; depresyon, anksiyete bozuklukları, istifçilik, yeme bozuklukları ve diğer madde kullanım bozuklukları eşlik etmektedir (Brand ve ark., 2025).

5. YEME BAĞIMLILIĞI

Yeme bağımlılığı, yüksek yağ, şeker ya da karbonhidrat içeren besinlerin kontrolsüz tüketimiyle karakterize edilen bir davranışsal bağımlılık türüdür. Literatürde “food addiction” veya “eating addiction” olarak tanımlanan bu durum, aşırma, kontrol kaybı ve olumsuz sonuçlara rağmen yeme davranışının sürdürülmesi gibi bağımlılık özellikleri göstermektedir (Vasiliu, 2022). Araştırmalar yeme bağımlılığının özellikle davranışsal bağımlılığı bulunan bireylerde, kadınlarda, yüksek beden kitle indeksine sahip kişilerde ve psikopatoloji düzeyi yüksek bireylerde daha sık görüldüğünü göstermektedir (Gaspar-Pérez ve ark., 2025). Ayrıca dürtüsellik, duygu düzenleme güçlüğü, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların yeme bağımlılığı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Vasiliu, 2022).

Yeme bağımlılığı yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fiziksel sağlık açısından da önemli sonuçlara yol açmaktadır. Çalışmalarda yeme bağımlılığının obezite, metabolik sendrom, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini artırabildiği belirtilmektedir (Vasiliu, 2022). Ayrıca davranışsal bağımlılıklarla birlikte görülen yeme bağımlılığının daha yüksek beden kitle indeksi ve daha fazla psikopatoloji ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Gaspar-Pérez ve ark., 2025). Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri riskli bireylerin erken tespiti amacıyla obezite taramaları yapmalı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve davranış değişikliği konularında danışmanlık sağlamalıdır. Özellikle toplum ruh sağlığı merkezleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülen koruyucu hizmetler yeme bağımlılığına bağlı sağlık sorunlarının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

6.PSİKOLOJİK / DUYGUSAL BAĞIMLILIKLAR

Davranışsal bağımlılıklar alanında son yıllarda dikkat çeken kavramlardan biri ilişkisel bağımlılıklardır. Bu bağımlılık türleri, bireyin kişilere-rası ilişkilerde işlevselliğini bozacak düzeyde yoğun duygusal yatırım yap-ması, ilişkiye yönelik kontrol kaybı yaşaması ve ilişki zarar verici olsa bile bağlanmayı sürdürememesiyle karakterize edilmektedir. Özellikle romantik ilişkiler bağlamında ortaya çıkan bu örüntüler, klasik madde bağımlılıkların-da görülen bazı temel özelliklerle benzerlik göstermektedir. İlişkinin bireyin yaşamında merkezi hale gelmesi, ayrılık durumunda yoğun psikolojik sıkıntı yaşanması, ilişkiye yönelik tolerans gelişmesi ve olumsuz sonuçlara rağmen ilişkinin sürdürülmesi bu benzerlikler arasında yer almaktadır (Gori ve ark., 2023).

Literatürde ilişkisel bağımlılıklar çoğunlukla **aşk bağımlılığı (love ad-diction)**, **duygusal bağımlılık (emotional dependence)** ve **kod bağımlılık/ eş bağımlılık (codependency)** başlıkları altında ele alınmaktadır. Bu kav-ramlar birbirleriyle ilişkili olmakla birlikte, farklı psikolojik süreçlere vurgu yapmaktadır (Guan ve ark., 2025; Molina ve ark., 2026).

Aşk bağımlılığı, romantik ilişkiye yönelik zihinsel ve duygusal yatırı-mın çok fazla olduğu bir davranışsal bağımlılık biçimidir. Bu bağımlılık tü-ründe birey, partnerini yaşamının merkezine yerleştirmekte ve ilişkiyi sür-dürmeyi temel ihtiyaç haline getirmektedir. Sağlıksız ilişki dinamiklerine rağmen ilişkinin devam ettirilmesi, yoğun terk edilme korkusu, partnerin idealize edilmesi ve ayrılık karşısında yoğun kaygı yaşanması aşk bağımlı-lığının temel özellikleri arasında gösterilmektedir (Guan ve ark., 2025). Aşk bağımlılığının davranışsal bağımlılıkların temel bileşenleriyle önemli ölçüde örtüştüğü belirtilmektedir. İlişkiye yönelik yoğun zihinsel uğraş, partnerle geçirilen zamana ilişkin artan ihtiyaç, duygusal sıkıntıların ilişki aracılığıyla düzenlenmeye çalışılması ve ayrılık durumunda yoksunluk benzeri belirti-lerin ortaya çıkmasının bağımlılık mekanizmalarıyla ilişkili olduğu bildiril-mektedir (Gori ve ark., 2023).

Aşk bağımlılığına ilişkin çalışmalar, özellikle güvensiz bağlanma örün-tülerinin belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Kaygılı bağlanma özel-liklerine sahip bireylerde ilişkilerde aşırı onay arayışı, terk edilme korkusu ve yoğun duygusal yakınlık ihtiyacının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Guan ve ark., 2025). Bunun yanında düşük benlik saygısının da aşk bağımlı-lığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bireyin kendilik değerini büyük ölçü-de partner üzerinden tanımlamasının, ilişkiyi kaybetme korkusunu artırdığı ve bağımlı ilişki örüntülerini güçlendirmektedir. (Gori ve ark., 2023).

Duygusal bağımlılık, bireyin duygusal güvenlik ve özdeğer hissini bü-yük ölçüde romantik partnerine dayandığı bir ilişkisel bağımlılık türüdür. Bu kişilerde yalnız kalma korkusu, partnerin onayına yoğun ihtiyaç duyma

ve ilişkinin sona ermesini ciddi bir tehdit olarak algılama gibi özelliklerin görüldüğü bildirilmektedir. Duygusal bağımlılığın özellikle flört şiddetiyle ilişkili olduğu ve bireyin zarar verici ilişkiyi sürdürme olasılığını artırdığı bildirilmektedir. Partnerden ayrılma düşüncesinin yoğun kaygı yarattığı ve bunun bireyin psikolojik ya da fiziksel şiddet içeren ilişkilerde kalmasına neden olabildiği belirtilmektedir (Castillo-González ve ark., 2024).

Duygusal bağımlılık örüntülerinin özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde belirginleşmektedir. Bu dönemde romantik ilişkilere yüklenen yoğun anlamın, bireyin kimlik gelişimi ve aidiyet ihtiyacıyla birleşerek bağımlı ilişki örüntülerini güçlendirebildiği bildirilmektedir. Partnerin yaşamın merkezi haline gelmesinin ve ilişkinin bireysel sınırların önüne geçmesinin sağlıklı ilişki dinamiklerinin sürdürülmesine zemin hazırladığı belirtilmektedir (Castillo-González ve ark., 2024).

Kod bağımlılık/eş bağımlılık, başlangıçta madde bağımlılığı olan bireylerin yakınlarında gözlenen işlevsiz bakım verme örüntülerini açıklamak amacıyla geliştirilmiş bir kavramdır. Ancak zamanla yalnızca bağımlılık bağlamıyla sınırlı olmadığı, farklı kişilerarası ilişkilerde de ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (Happ ve ark., 2023). Kod bağımlı bireylerin genellikle kendi ihtiyaçlarını geri plana attıkları, yaşamlarını büyük ölçüde diğer kişinin ihtiyaçları etrafında organize ettikleri ve ilişkiden bağımsız bir kimlik geliştirmekte zorlandıkları bildirilmektedir (Molina ve ark., 2026).

Kod bağımlılığın temel özellikleri arasında sınır koyma güçlüğü, aşırı sorumluluk alma, yoğun bakım verme davranışları, düşük benlik saygısı ve başkalarının sorunlarını çözmeye yönelik aşırı çabanın yer aldığı belirtilmektedir (Molina ve ark., 2026). Bu bireylerde duygusal ihtiyaçların açık biçimde ifade edilmesinden kaçınıldığı ve kişinin kendi duygularını geri planda bırakarak ilişkiyi sürdürmeye odaklandığı bildirilmektedir (Happ ve ark., 2023). Kod bağımlılığın ilişki doyumunu azalttığı, olumsuz baş etme biçimlerini artırdığı ve yaşam doyumunu düşürmektedir. (Happ ve ark., 2023).

Kod bağımlılığa ilişkin güncel yaklaşımlar, bu örüntünün yalnızca bireysel bir patoloji olarak değerlendirilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Kod bağımlılığın; gelişimsel travmalar, bağlanma sorunları, aile içi işlevsiz ilişkiler ve toplumsal bakım verme beklentileriyle ilişkili çok boyutlu bir yapı olduğu bildirilmektedir (Molina ve ark., 2026). Özellikle çocukluk döneminde ihmal, duygusal güvensizlik veya işlevsiz aile ortamlarında büyüyen bireylerin ilerleyen yaşamlarında bağımlı ilişki örüntülerine daha yatkın olabilecekleri belirtilmektedir (Molina ve ark., 2026).

Davranışsal bağımlılıklar bağlamında değerlendirildiğinde ilişki bağımlılık türlerinin ortak bazı özellikler taşıdığı görülmektedir. Bunlar arasında kontrol kaybı, yoğun zihinsel uğraş, duygusal düzenleme amacıyla ilişkiye yönelme, zarar verici sonuçlara rağmen ilişkiyi sürdürme ve ayrılık

durumunda psikolojik yoksunluk belirtileri yer almaktadır. Ayrıca güvensiz bağlanma örüntüleri, düşük benlik saygısı, kimlik sorunları ve duygusal düzenleme güçlüklerinin ilişkisel bağımlılıkların temel psikolojik altyapısını oluşturduğu bildirilmektedir (Gori ve ark., 2023; Guan ve ark., 2025; Molina ve ark., 2026).

Davranışsal Bağımlılıklarda Tanı ve Tedavi

Davranışsal bağımlılıkların tanınması, büyük ölçüde madde kullanım bozukluklarında kullanılan tanı ölçütlerine dayanmaktadır. Tanı sürecinde; davranış üzerindeki kontrolün kaybedilmesi, davranışın kişinin yaşamında öncelikli hale gelmesi ve sosyal, ekonomik ya da sağlıkla ilişkili olumsuz sonuçlara rağmen sürdürülmesi temel kriterler arasında yer almaktadır (Brand ve ark., 2025; Čomić ve ark., 2022). DSM-5'te Kumar Oynama Bozukluğu, madde kullanım bozuklukları ile aynı kategoride yer alan tek davranışsal bağımlılık olarak tanımlanmıştır (Brand ve ark., 2025; Čomić ve ark., 2022). ICD-11'de ise hem Kumar Oynama Bozukluğu hem de Oyun Oynama Bozukluğu resmi klinik tanımlar arasında yer almaktadır (Brand ve ark., 2025). Alışveriş, sosyal medya veya diğer problemli davranışlar ise genellikle “diğer tanımlanmış bağımlılık yapıcı davranış bozuklukları” kapsamında değerlendirilmektedir (Brand ve ark., 2025).

Davranışsal bağımlılıkların değerlendirilmesinde çeşitli ölçeklerden yararlanılmaktadır. Kumar bağımlılığında South Oaks Kumar Tarama Envanteri (*South Oaks Gambling Screen* [SOGS]) ve Problem Kumar Oynama Şiddeti İndeksi (Problem Gambling Severity Index [PGSI]) sık kullanılan araçlardır. Egzersiz bağımlılığında ise Egzersiz Bağımlılığı Envanteri (*Exercise Addiction Inventory* [EAI]) ve Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (*Exercise Dependence Scale-Revised* [EDS-R]) kullanılmaktadır (Hıdzlık ve ark., 2024). Yeme bağımlılığında Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (*Yale Food Addiction Scale* [YFAS]), DSM ölçütlerine dayalı değerlendirme sağlamaktadır (Vasiliu, 2022). İnternet bağımlılığında ise Young Tanısal Anketi (*Young Diagnostic Questionnaire* [YDQ]) yaygın olarak kullanılmaktadır (Boumparis ve ark., 2022). Klinik değerlendirme sürecinde özellikle kumar bağımlılığı olan bireylerde intihar düşüncesi ve girişimlerinin sorgulanması önem taşımaktadır; çünkü bu bireylerde intihar riski genel topluma göre daha yüksektir (Geniş ve Aksu, 2020).

Davranışsal bağımlılıkların tedavisinde çok boyutlu ve bütüncül yaklaşımlar tercih edilmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), davranışsal bağımlılıkların tedavisinde en güçlü bilimsel kanıta sahip psikoterapi yöntemi olarak kabul edilmektedir (Brand ve ark., 2025; Geniş ve Aksu, 2020). BDT, hatalı düşünce örüntülerinin düzeltilmesi, dürtü kontrolünün geliştirilmesi ve sağlıklı başa çıkma becerilerinin kazandırılmasına odaklanmaktadır (Čomić ve ark., 2022). Motivasyonel Görüşme ise bireyin değişime yönelik moti-

vasyonunu artırmak amacıyla kullanılan destekleyici bir yöntemdir (Boumparis ve ark., 2022; Vasiliu, 2022).

Farmakolojik tedavilerde davranışsal bağımlılıklar için onaylanmış özgül bir ilaç bulunmamakla birlikte, opioid antagonistleri olan naltrekson ve nalmefenin aşırı isteği azaltmada yararlı olabileceği bildirilmektedir (Brand ve ark., 2025; Vasiliu, 2022). Ayrıca eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerinde selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçlar, dürtü kontrolünde ise duygudurum düzenleyiciler kullanılabilir (Brand ve ark., 2025; Geniş ve Aksu, 2020). Son yıllarda çevrimiçi destek programları, mobil uygulamalar ve chatbot temelli dijital müdahaleler özellikle internet, kumar ve yeme bağımlılığı alanında erişilebilirliği artıran yöntemler olarak dikkat çekmektedir (Boumparis ve ark., 2022). Bunun yanında Adsız Kumarbazlar gibi 12 basamaklı destek grupları sosyal destek sağlayarak tedavi sürecini güçlendirmektedir (Geniş ve Aksu, 2020). Ayrıca Transkraniyal doğru akım uyarımı (*transcranial direct current stimulation* [tDCS]) gibi nöromodülasyon tekniklerinin aşırı yeme ve kumar isteğini azaltmadaki potansiyeli üzerine çalışmalar sürmektedir (Vasiliu, 2022).

Davranışsal Bağımlılıkların Önlenmesinde Güncel Yaklaşımlar

1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Davranışsal bağımlılıkların önlenmesine yönelik güncel uygulamalarda bilişsel davranışçı yaklaşımlar önemli bir yer tutmaktadır. Bu müdahalelerde bireyin bağımlılık davranışını sürdüren düşünce kalıpları, dürtüsel eğilimleri ve duygu regülasyonu üzerinde çalışılmaktadır. Özellikle internet kullanımı ve dijital oyunlarla ilişkili sorunlarda bireyin yanlış inanışlarının fark edilmesi ve bunların yeniden yapılandırılması hedeflenmektedir. Ayrıca bireylere stresle baş etme, zaman planlama ve öz denetim becerileri kazandırılmaktadır (Brand ve ark., 2025).

Araştırmalar, bilişsel davranışçı temelli programların dijital bağımlılık belirtilerini azaltabildiğini göstermektedir. Bu müdahalelerin internet kullanım süresini azaltma, kaygı belirtilerini hafifletme ve oyun oynama davranışını kontrol altına alma konusunda olumlu etkiler oluşturduğu bildirilmektedir (Lu ve ark., 2025). Özellikle adölesanlarda yürütülen yapılandırılmış programların öz kontrol becerisini güçlendirdiği ve problemli dijital davranışları azalttığı belirtilmektedir. Bunun yanında davranışsal bağımlılıklarda ilaç tedavilerine ilişkin kanıtların sınırlı olması nedeniyle psikoterapi uygulamalarının daha fazla önem kazandığı vurgulanmaktadır (Brand ve ark., 2025).

2. Erken Müdahale ve Okul Temelli Programlar

Davranışsal bağımlılıkların önlenmesinde erken dönemde müdahale edilmesi önemli görülmektedir. Adölesan dönemi; yoğun teknoloji kullanımı, dürtüsellik ve ödül arayışının artması nedeniyle riskli bir gelişim süreci

olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle güncel çalışmalar, risk altındaki bireylerin belirtiler ağırlaşmadan önce belirlenmesine odaklanmaktadır (Lindenberg ve ark., 2022).

Okullarda yürütülen önleme programları, öğrencilerin sağlıklı teknoloji kullanımı konusunda bilinçlenmesini amaçlamaktadır. Bu programlarda zaman yönetimi, problem çözme, stresle baş etme ve sosyal iletişim becerileri üzerinde durulmaktadır. Aynı zamanda yalnızlık, akademik baskı ve sosyal kaygı gibi risk oluşturan etmenlerle baş etmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. PROTECT, bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli, okul ortamında uygulanan koruyucu bir müdahale programıdır. Özellikle internet oyun bozukluğu ve problemli internet kullanım riski taşıyan ergenlerde belirtileri azaltmayı amaçlar. Program, eğitim almış psikologlar tarafından küçük gruplar halinde yürütülen dört oturumdan oluşmaktadır. Bu müdahalenin oyun bozukluğu ve problemli internet kullanımına ilişkin belirtileri azaltabildiği bildirilmiştir (Lindenberg ve ark., 2022). Programın özellikle ödül sistemiyle ilişkili süreçler ve bağımlılık davranışını sürdüren bilişsel mekanizmalar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. (Lindenberg ve ark., 2022).

3. Dijital ve İnternet Tabanlı Müdahaleler

Teknolojinin yaygınlaşmasıyla birlikte çevrim içi müdahaleler de önleme çalışmalarında daha sık kullanılmaya başlanmıştır. İnternet temelli uygulamalar; kolay erişilebilir olmaları, anonim kullanım imkânı sunmaları ve ekonomik olmaları nedeniyle avantajlı kabul edilmektedir (Boumparis ve ark., 2022).

Bu kapsamda çevrim içi danışmanlık hizmetleri, dijital öz yardım programları, mobil uygulamalar ve internet üzerinden yürütülen terapi programları kullanılmaktadır. Özellikle çevrim içi kumar davranışlarının azaltılmasında internet temelli müdahalelerin yararlı sonuçlar ortaya koyduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte sosyal medya bağımlılığı, problemli pornografi kullanımı ve aşırı internet kullanımı gibi alanlarda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. (Boumparis ve ark., 2022).

Pandemi döneminden sonra ekran kullanım süresinin artmasıyla birlikte dijital bağımlılık riskinin yükseldiği belirtilmiş olup, bu nedenle internet tabanlı koruyucu programların yaygınlaştırılması önerilmiştir (Boumparis ve ark., 2022).

4. Aile Odaklı Önleme Yaklaşımları

Aile ortamı davranışsal bağımlılıkların gelişiminde hem risk hem de koruyucu etken olarak değerlendirilmektedir. Güçlü aile ilişkileri, ebeveyn desteği ve sağlıklı iletişim becerileri bağımlılık riskini azaltabilmektedir (Matson ve ark., 2022).

Güncel önleme çalışmalarında ailelerin sürece aktif biçimde katılması önerilmektedir. Bu doğrultuda ebeveynlere çocukların teknoloji kullanımını

takip etme, dijital sınırlar oluşturma ve sağlıklı alışkanlıklar geliştirme konusunda eğitimler verilmektedir. Ayrıca aile içindeki çatışmaların azaltılması ve çocukların duygusal gereksinimlerinin desteklenmesi hedeflenmektedir. Önlemeye yönelik yeni yaklaşımlar, yalnızca bağımlılık geliştikten sonra müdahale etmeyi değil, risk faktörleri ortaya çıkmadan önce koruyucu çalışmalar yürütmeyi ön plana çıkarmaktadır (Matson ve ark., 2022).

5. Zarar Azaltma Yaklaşımları

Davranışsal bağımlılıklarla mücadelede kullanılan güncel yöntemlerden biri de zarar azaltma yaklaşımıdır. Bu yaklaşımın amacı davranışı tamamen ortadan kaldırmaktan çok, davranışın birey üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaktır. Özellikle çevrim içi kumar alanında kullanılan sorumlu kumar uygulamaları buna örnek gösterilmektedir (Fiskaali ve ark., 2023).

Bu uygulamalar arasında harcama sınırları belirleme, süre kısıtlamaları, uyarı mesajları ve kullanıcı davranışlarını izleyen sistemler yer almaktadır. Ayrıca bireylere yaptıkları harcamalar ve kayıplar hakkında geri bildirim verilerek farkındalık oluşturulmaya çalışılmaktadır. Ancak bu uygulamaların uzun vadeli etkilerini değerlendiren araştırmaların henüz yeterli olmadığı belirtilmektedir (Fiskaali ve ark., 2023).

6. Psikososyal Beceri Geliştirme Çalışmaları

Davranışsal bağımlılıkların önlenmesinde bireyin psikososyal kapasitesinin güçlendirilmesi önemli görülmektedir. Özellikle öz denetim, özgüven, sosyal destek kullanımı ve problem çözme becerileri koruyucu özellikler arasında değerlendirilmektedir. Yalnızlık, düşük öz kontrol ve olumsuz duyguların ise dijital bağımlılık riskini artırabileceği belirtilmektedir (Lu ve ark., 2025).

Bu nedenle grup çalışmaları, psikoeğitim programları ve sosyal beceri eğitimleri yaygın biçimde kullanılmaktadır. Araştırmalar grup danışmanlığı uygulamalarının öz kontrolü artırabildiğini ve internet bağımlılığı düzeyini azaltabildiğini göstermektedir (Lu ve ark., 2025). Ayrıca fiziksel egzersiz programlarının depresif belirtiler, yalnızlık hissi ve problemleri internet kullanımını üzerinde olumlu etkiler oluşturabildiği bildirilmektedir.

7. Nörobiyolojik ve Bilişsel Modeller

Son yıllarda yapılan çalışmalar davranışsal bağımlılıkların yalnızca davranışsal özelliklerle açıklanamayacağını, nörobiyolojik süreçlerin de önemli rol oynadığını göstermektedir. Özellikle ödül sistemi duyarlılığı, dürtü kontrolündeki yetersizlikler, dikkat yanlılıkları ve aşırma davranışının bağımlılık gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir (Brand ve ark., 2025).

Bu alanda geliştirilen Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) modeli, bağımlılık davranışlarının bireysel özellikler, bilişsel süreç-

ler, duygusal durumlar ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığını açıklamaktadır. Bu nedenle güncel önleme programlarında dürtü kontrolü, dikkat düzenleme ve duygu yönetimi becerilerinin geliştirilmesine önem verilmektedir (Brand ve ark., 2025).

8. Halk Sağlığı Temelli Yaklaşımlar

Davranışsal bağımlılıklar yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de önemli sonuçlar doğuran bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle güncel önleme stratejileri; farkındalık çalışmaları, medya okuryazarlığı eğitimleri ve dijital sağlık politikalarını da içermektedir (Lopez-Fernandez ve Kuss, 2020).

Özellikle çocuk ve adölesanların güvenli internet kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi, erken risk değerlendirmelerinin yapılması ve okullarda dijital sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir. Bunun yanında davranışsal bağımlılıkların depresyon, kaygı bozuklukları ve diğer ruh sağlığı sorunlarıyla birlikte görülebilmesi nedeniyle çok disiplinli önleme politikalarının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Brand ve ark., 2025).

Davranışsal Bağımlılıklarda Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Davranışsal bağımlılıklar günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. İnternet bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, kumar bağımlılığı ve yeme bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Chung & Lee, 2022; Price ve ark., 2021). Bu süreçte halk sağlığı hemşireleri koruyucu sağlık hizmetleri, erken tanılama, danışmanlık ve toplum temelli müdahalelerde önemli roller üstlenmektedir.

Halk sağlığı hemşiresinin temel görevlerinden biri bağımlılığa yönelik farkındalık oluşturmak ve koruyucu eğitimler düzenlemektir. Özellikle çocuklar ve adölesanlar davranışsal bağımlılıklar açısından riskli gruplar arasında yer almaktadır (Theopilus ve ark., 2024). Bu nedenle hemşireler; sağlıklı internet kullanımı, ekran süresi kontrolü ve dijital medya okuryazarlığı konularında eğitimler planlamalıdır. Aile katılımını içeren önleyici müdahalelerin bağımlılık riskini azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Theopilus ve ark., 2024).

Erken tanılama ve riskli bireylerin belirlenmesi halk sağlığı hemşiresinin önemli sorumlulukları arasındadır. Ergenlik döneminde dürtüsellik ve risk alma davranışlarının artması bağımlılık gelişimini kolaylaştırabilmektedir (Meditskos ve ark., 2025). Bu nedenle okul sağlığı hizmetleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde tarama çalışmalarının yürütülmesi önemlidir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler, bağımlılık riski taşıyan bireylerin izlenmesi, psikoeğitim verilmesi, aile danışmanlığı sağlanması ve gerekli durumlarda ileri tedavi hizmetlerine yön-

lendirilmesinde aktif rol almaktadır. Ayrıca hemşirelerin kısa müdahale ve motivasyonel görüşme tekniklerini kullanabilmesi önerilmektedir (Meditos ve ark., 2025).

Davranışsal bağımlılıklar çoğu zaman depresyon, anksiyete, saldırganlık ve duygu düzenleme sorunları ile ilişkilidir (Vieira ve ark., 2023). Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri bireylere psikososyal destek sağlamalı, stresle baş etme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmalı ve gerektiğinde uygun merkezlere yönlendirme yapmalıdır.

Davranışsal bağımlılıkların fiziksel sağlık üzerindeki etkilerinin izlenmesi de önemlidir. Çalışmalarda dijital oyun bağımlılığı ve telefon bağımlılığının sağlıksız yeme davranışları, fiziksel aktivite azalması ve obezite riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Caner & Evgin, 2021; Li ve ark., 2025). Bu doğrultuda halk sağlığı hemşireleri obezite taramaları yapmalı; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve uyku düzeni konusunda danışmanlık sağlamalıdır.

SONUÇ

Sonuç olarak davranışsal bağımlılıklar; dijital bağımlılık, kumar oynama bozukluğu, alışveriş bağımlılığı, yeme bağımlılığı, egzersiz bağımlılığı ve ilişkisel bağımlılıklar gibi farklı şekillerde ortaya çıkan, kişinin biyopsikososyal işlevselliğini önemli derecede etkileyen önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Bu bağımlılık türleri; kontrol kaybı, dürtüsellik, aşırı uğraş ve olumsuz sonuçlara rağmen davranışın sürdürülmesi gibi ortak özellikler göstermekte; depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, akademik ve mesleki işlev kaybı gibi birçok psikososyal sorun ile beraber görülebilmektedir. Özellikle teknolojinin yaygınlaşması ve çevrimiçi platformların günlük yaşamın merkezine yerleşmesi davranışsal bağımlılıkların görülme sıklığını artırmaktadır. Bu nedenle davranışsal bağımlılıkların önlenmesi ve yönetiminde erken tanılama, psikoeğitim, aile katılımı, okul temelli programlar, psikososyal destek çalışmaları ve bilişsel davranışçı müdahaleler önemli bir yer tutmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri; riskli bireylerin tespit edilmesi, farkındalık oluşturulması, sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi, danışmanlık sağlanması ve gerekli durumlarda uygun tedavi hizmetlerine yönlendirme yapılmasında önemli roller üstlenmektedir. Bu doğrultuda davranışsal bağımlılıkların yalnızca bireysel değil, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları bulunan çok yönlü bir halk sağlığı problemi olarak ele alınması ve multidisipliner yaklaşımlarla yönetilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- World Health Organization. (2023). Addictive behaviours. Erişim adresi: who.int/health-topics/addictive-behaviour (Erişim tarihi: 7 Mart 2026).
- Yeşilay. (2023). *Bağımlılıklardan koruyan aile rehberi*. <https://www.yesilayakademi.org/assets/pdf/tbm-aile-rehberi-ocak-2023.pdf>
- Boumparis, N., Haug, S., Abend, S., Billieux, J., Riper, H., & Schaub, M. P. (2022). Internet-based interventions for behavioral addictions: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(3), 620-642. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00054>
- Brand, M., Antons, S., B the, B., Demetrovics, Z., Fineberg, N. A., Jimenez-Murcia, S., ... Potenza, M. N. (2025). Current Advances in Behavioral Addictions: From Fundamental Research to Clinical Practice. *American Journal of Psychiatry*, 182(2), 155–163. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240092> (Original work published February 1, 2025)
- Bukecik, N. (2024). Digital and substance abuse among youth: A public health nursing perspective. *ODU Tıp Dergisi*, 11(3), 143–150. <https://doi.org/10.56941/odutip.1564704>
- Ćomić, M., Knežević, V., Dickov, A., Ratković, D., & Abazović, M. (2022). Pathological gambling-addiction or impulse control disorder? *Timočki medicinski glasnik*, 47(4), 157–162.
- Demird gen, B., & Karaaziz, M. (2024). Kumar Bağımlılığı ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesinde Şemaların Aracı Rolü. *International Journal of Social Sciences (IJSS)/Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(34). <https://doi.org/10.52096/usbd.8.34.13>
- Geniş, B. ve Aksu, H. (2020). İntihar Girişimi ile Acil Servis Başvuran Kumar Bağımlılığı Olgusu. *Bağımlılık Dergisi*, 21 (1), 92-98. <https://izlik.org/JA53HW97LD>
- Griffiths, M. D. (2022). Disorders due to addictive behaviors: Further issues, debates, and controversies: Commentary to the debate: “Behavioral addictions in the ICD-11”. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 180-185. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00025>
- H dzlik, I., Wojtyła, K., & Barg, M. (2024). When Healthy Habits Turn Harmful: A Medical Perspective on Exercise Addiction. *Quality in Sport*, 20, 54154. <https://doi.org/10.12775/QS.2024.20.54154>
- Pallanti, S., Marras, A., & Makris, N. (2021). A Research Domain Criteria approach to gambling disorder and behavioral addictions: Decision-making, response inhibition, and the role of cannabidiol. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 634418. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.634418>
- Vasiliu O. (2022). Current Status of Evidence for a New Diagnosis: Food Addiction-A Literature Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 824936. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.824936>

- Meditskos, A., Hatzipantelis, E., Bacopoulou, F., Kaltsa, M., Stachteas, P., & Smyrnakis, E. (2025). Investigation of Educational Needs of Primary Health Care Professionals in Greece for the Management of Adolescent Addictive Behaviors. *Adolescents*, 5(3), 49. <https://doi.org/10.3390/adolescents5030049>
- Theopilus, Y., Al Mahmud, A., Davis, H., & Octavia, J. R. (2024). Preventive Interventions for Internet Addiction in Young Children: Systematic Review. *JMIR mental health*, 11, e56896. <https://doi.org/10.2196/56896>
- Fiskaali, A., Stenbro, A. W., Marcussen, T., & Rask, M. T. (2023). Preventive interventions and harm reduction in online and electronic gambling: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 39, 883–911. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10126-6>
- Lindenberg, K., Kindt, S., & Szász-Janocha, C. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based intervention in preventing gaming disorder and unspecified internet use disorder in adolescents: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(2), e2148995. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.48995>
- Lopez-Fernandez, O., & Kuss, D. J. (2020). Preventing harmful internet use-related addiction problems in Europe: A literature review and policy options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3797. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113797>
- Lu, P., Qiu, J., Huang, S., Wang, X., Han, S., Zhu, S., ... Yuan, Y. (2025). Interventions for digital addiction: Umbrella review of meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e59656. <https://doi.org/10.2196/59656>
- Matson, P. A., Ridenour, T., Ialongo, N., Spoth, R., Prado, G., Hammond, C. J., ... Adger, H. Jr. (2022). State of the art in substance use prevention and early intervention: Applications to pediatric primary care settings. *Prevention Science*, 23, 204–211. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01299-4>
- Castillo-González, M., Mendo-Lázaro, S., León-del-Barco, B., Terán-Andrade, E., & López-Ramos, V.-M. (2024). Dating Violence and Emotional Dependence in University Students. *Behavioral Sciences*, 14(3), 176. <https://doi.org/10.3390/bs14030176>
- Gori, A., Russo, S., & Topino, E. (2023). Love Addiction, Adult Attachment Patterns and Self-Esteem: Testing for Mediation Using Path Analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 247. <https://doi.org/10.3390/jpm13020247>
- Guan, C., Wang, J., Zhang, L., Xu, Z., Zhang, Y., & Jiang, B. (2025). A longitudinal network analysis of the relationship between love addiction, insecure attachment patterns, and interpersonal dependence. *BMC psychology*, 13(1), 330. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02605-3>
- Happ, Z., Bodó-Varga, Z., Bandi, S. A., Kiss, E. C., Nagy, L., & Csókási, K. (2023). How codependency affects dyadic coping, relationship perception and life satisfaction. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 42(18), 15688–15695. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02875-9>

- Molina, E., Taiwo, A., & Grey, B. (2026). Co-Dependency Revisited: An Integrative Review of Conceptualisations and Mental Health Outcomes. *Clinical psychology & psychotherapy*, 33(2), e70265. <https://doi.org/10.1002/cpp.70265>
- Antons, S., Engel, J., Briken, P., Krüger, T. H. C., Brand, M., & Stark, R. (2022). Treatments and interventions for compulsive sexual behavior disorder with a focus on problematic pornography use: A preregistered systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 11(3), 643–666. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00061>
- Bijker, R., Booth, N., Merkouris, S. S., Dowling, N. A., & Rodda, S. N. (2022). Global prevalence of help-seeking for problem gambling: A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 117(12), 2972–2985. <https://doi.org/10.1111/add.15952>
- Black, D. W. (2022). Compulsive shopping: A review and update. *Current Opinion in Psychology*, 46, 101321. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101321>
- Cheng, C., Lau, Y. C., Chan, L., & Luk, J. W. (2021). Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addictive Behaviors*, 117, 106845. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106845>
- Moreira, D., Azeredo, A., & Dias, P. (2023). Risk Factors for Gambling Disorder: A Systematic Review. *Journal of gambling studies*, 39(2), 483–511. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10195-1>
- Ostinelli, E. G., Zangani, C., Giordano, B., Maestri, D., Gambini, O., D'Agostino, A., Furukawa, T. A., & Purgato, M. (2021). Depressive symptoms and depression in individuals with internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 284, 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.014>
- Stevens, M. W., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 553–568. <https://doi.org/10.1177/0004867420962851>
- Gaspar-Pérez, A., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Rosinska, M., Artero, C., Ruiz-Torras, S., Gearhardt, A. N., Demetrovics, Z., Guàrdia-Olmos, J., & Jiménez-Murcia, S. (2025). Exploring Food Addiction Across Several Behavioral Addictions: Analysis of Clinical Relevance. *Nutrients*, 17(7), 1279. <https://doi.org/10.3390/nu17071279>
- Price, A., Hilbrecht, M., & Billi, R. (2021). Charting a path towards a public health approach for gambling harm prevention. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 29, 37–53. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01437-2>
- Chung, S., & Lee, H. K. (2022). Public health approach to problems related to excessive and addictive use of the internet and digital media. *Current Addiction Reports*, 10, 69–76. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00458-z>
- Vieira, C., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2023). Early maladaptive schemas and behavioural addictions: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*,

105, 102340. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102340>

Li, H., Shen, Z., Jiang, Y., Xiong, Y., Sun, X., Zeng, Y., Zhang, Q., Lu, Y., Xiang, J., & Ye, Z. (2025). Mobile phone addiction, interaction anxiousness, and eating behavior in nursing students: A moderation analysis. *Journal of Nursing Management*, 2025, Article 3836110. <https://doi.org/10.1155/jonm/3836110>

Caner, N., & Evgin, D. (2021). Digital risks and adolescents: The relationships between digital game addiction, emotional eating, and aggression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1599–1609. <https://doi.org/10.1111/inm.12912>



İKLİM GERONTOLOJİSİ: İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ ÇAĞINDA YAŞLI SAĞLIĞI

Nur Sema KAYNAR DEMİREL¹

¹ Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Van/Türkiye. E-mail: nursemakaynar@yyu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1092-646X

GİRİŞ

İklim değişikliği günümüzde insan sağlığını etkileyen en önemli küresel çevresel tehditlerden biri olarak kabul edilmektedir (World Health Organization [WHO], 2023). Artan küresel sıcaklıklar, aşırı hava olaylarının sıklığında ve şiddetinde artış, hava kirliliği, su ve gıda güvenliği üzerindeki baskılar ve ekosistemlerde meydana gelen değişimler toplum sağlığını çok boyutlu biçimde etkilemektedir (United Nations Environment Programme [UNEP], 2025; WHO, 2023). Bu nedenle iklim değişikliği yalnızca çevresel bir sorun olarak değil, aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Nitekim iklim değişikliğini 21. yüzyılın en büyük küresel sağlık tehditlerinden biri olarak tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), özellikle kırılgan nüfus gruplarının bu süreçten daha fazla etkilendiğini vurgulamaktadır (WHO, 2023).

İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte bazı nüfus grupları çevresel değişimlere karşı daha savunmasızdır. Yaşlı bireyler fizyolojik yaşlanma süreçleri, kronik hastalıkların yaygınlığı, hareket kısıtlılığı ve sosyal izolasyon gibi nedenlerle iklim değişikliğinin olumsuz sağlık etkilerine karşı daha yüksek risk altındadır (Doruk Kondakcı, 2024; Montoro-Ramírez vd., 2024; McDermott-Levy vd., 2019). Özellikle sıcak hava dalgaları, hava kirliliği ve aşırı hava olayları yaşlı bireylerde kardiyovasküler ve solunum hastalıklarının artmasına, kronik hastalıkların kötüleşmesine ve mortalite riskinin yükselmesine neden olabilmektedir (Haines & Ebi, 2019).

Öte yandan küresel demografik dönüşüm de bu sorunun önemini artırmaktadır. Dünya genelinde nüfus hızla yaşlanmakta ve yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki payı giderek artmaktadır (United Nations [UN], 2024). Birleşmiş Milletler nüfus projeksiyonlarına göre 2070'lerin sonlarına doğru, 65 yaş ve üstü küresel nüfusun 2,2 milyara ulaşması ve 18 yaş altı çocukların sayısını geçmesi beklenmektedir (UN, 2024). Bu demografik dönüşüm, yaşlı nüfusun toplum içindeki payının önemli ölçüde artacağını göstermekte ve iklim değişikliğinin yaşlı sağlığı üzerindeki etkilerinin daha fazla araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

İklim değişikliği ve nüfusun yaşlanması günümüzün iki önemli küresel eğilimi olarak kabul edilmektedir. Bu iki eğilimin kesişiminde ortaya çıkan sağlık ve sosyal sorunlar, son yıllarda literatürde yeni bir araştırma alanının gelişmesine yol açmıştır. Bu bağlamda iklim gerontolojisi (climate gerontology) kavramı ortaya çıkmıştır. İlk olarak Haq ve Gutman (2014) tarafından literatüre kazandırılan bu kavram, iklim değişikliği ile yaşlanma arasındaki etkileşimi inceleyen ve yaşlı bireylerin iklim değişikliğine bağlı çevresel riskler karşısındaki kırılganlıklarını, uyum kapasitelerini ve toplumsal rollerini

araştıran disiplinlerarası bir alan olarak tanımlanmaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, iklim gerontolojisinin yalnızca yaşlı bireylerin iklim değişikliğinden nasıl etkilendiğini incelemekle sınırlı olmadığını, aynı zamanda yaşlı bireylerin iklim değişikliğiyle mücadele ve uyum süreçlerinde oynayabilecekleri potansiyel rolleri de ele aldığını göstermektedir (UNEP, 2025; Kate & Zanu, 2024; Zhang & Chen, 2024). Bu yaklaşım, yaşlı bireylerin yalnızca çevresel risklere karşı kırılgan bir grup olarak değil, aynı zamanda yaşam deneyimleri, toplumsal konumları ve kuşaklar arası bilgi aktarımındaki rolleri sayesinde iklim eylemlerine katkı sağlayabilecek önemli aktörler olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Zhang & Chen, 2024). Bu bağlamda iklim gerontolojisi, iklim değişikliği ile yaşlanma arasındaki ilişkinin daha kapsamlı biçimde anlaşılması ve yaşlı bireylerin çevresel değişimlere uyum kapasitesinin artırılması açısından önemli bir araştırma alanı olarak giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Haq & Gutman, 2014).

Bu noktada toplum sağlığının korunması ve iklim değişikliğine bağlı sağlık risklerinin yönetilmesinde sağlık profesyonellerinin rolü büyük önem taşımaktadır. Özellikle toplum temelli sağlık hizmetlerinin temel aktörlerinden biri olan halk sağlığı hemşireleri, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, riskli grupların belirlenmesi, sağlık eğitimi ve toplum temelli koruyucu müdahalelerin geliştirilmesi süreçlerinde önemli görevler üstlenmektedir. Hemşireler yaşlı bireylerin iklim kaynaklı sağlık risklerine karşı korunması, afet ve aşırı hava olaylarına yönelik hazırlık süreçlerinin desteklenmesi ve toplumların iklim değişikliğine uyum kapasitesinin güçlendirilmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır (Sibindi vd., 2024; Ekici, 2022; Butterfield vd., 2021; International Council of Nurses [ICN], 2018; Leyva vd., 2017). Bu nedenle iklim değişikliği ve yaşlanma arasındaki ilişkinin anlaşılmasında hemşirelik perspektifinin ele alınması önemli bir gereklilik olarak görülmektedir.

Bu çerçevede, iklim değişikliği ile yaşlanma arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için öncelikle iklim gerontolojisi kavramının ve bu alanın kuramsal temellerinin incelenmesi gerekmektedir.

İKLİM GERONTOLOJİSİ KAVRAMI VE KURAMSAL ÇERÇEVESİ

İklim gerontolojisi kavramı ilk olarak Haq ve Gutman (2014) tarafından ortaya konmuş ve yaşlanan nüfus ile iklim değişikliği arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik disiplinler arası bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşıma göre, küresel nüfusun hızla yaşlandığı bir dönemde iklim değişikliği de aynı anda etkisini artırmaktadır. Nitekim bu yeni araştırma alanının ortaya çıkışı üç temel gelişmenin kesişimi sonucunda gerçekleşmiştir: dünya genelinde ileri yaşa kadar yaşayan bireylerin sayısındaki hızlı artış, iklim

değişikliğiyle ilişkili aşırı hava olaylarının giderek artması ve değişen iklim koşullarının yaşlı bireylerin yaşam kalitesi üzerinde derin etkiler yaratabileceğine yönelik farkındalığın artması (Haq & Gutman, 2014). Bu nedenle nüfusun yaşlanması ile iklim değişikliği arasındaki ilişkinin birlikte ele alınması, çevresel değişimlerin yaşlı bireyler üzerindeki etkilerini anlamak ve etkili sosyal ve sağlık politikaları geliştirmek açısından kritik bir öneme sahiptir.

İklim gerontolojisi literatürü incelendiğinde bu alanın genel olarak birkaç temel araştırma eksenini etrafında şekillendiği görülmektedir. Bu eksenler arasında iklim değişikliğinin yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerindeki etkilerinin incelenmesi, yaşlı bireylerin çevresel riskler karşısındaki kırılganlıklarının ve risk faktörlerinin belirlenmesi, çevresel değişimlere karşı uyum ve dayanıklılık kapasitelerinin değerlendirilmesi ve yaşlı bireylerin iklim değişikliğiyle mücadele ve uyum süreçlerinde oynayabilecekleri toplumsal rollerin araştırılması yer almaktadır. Bunun yanı sıra sağlık sistemlerinin ve sosyal politikaların iklim değişikliğine uyum kapasitesinin geliştirilmesi ve yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının bu süreçlerde dikkate alınması da iklim gerontolojisinin önemli çalışma alanlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Bu yönüyle iklim gerontolojisi, iklim değişikliğinin yaşlı bireyler üzerindeki etkilerini incelemenin ötesinde, yaşlı bireylerin toplumsal dayanıklılık ve sürdürülebilirlik süreçlerindeki potansiyel katkılarını ele alan disiplinlerarası bir araştırma alanı olarak giderek daha fazla önem kazanmaktadır (UNEP, 2025; Zhang & Chen, 2024; Leyva vd., 2027; Haq & Gutman, 2014)

İklim gerontolojisi aynı zamanda çevresel gerontoloji (environmental gerontology) literatüründen de beslenmektedir (Çapcıoğlu & Alpay, 2019). Çevresel gerontoloji, bireylerin yaşlanma süreçleri ile yaşadıkları fiziksel ve sosyal çevre arasındaki etkileşimi inceleyen bir araştırma alanıdır. Bu yaklaşım, yaşlı bireylerin sağlık, refah ve yaşam kalitesinin yalnızca bireysel faktörlerle değil, aynı zamanda içinde bulundukları çevresel koşullar ve sosyal bağlamlarla da yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle bireylerin yaşlandıkça yaşadıkları fiziksel ve sosyal çevreye daha fazla bağımlılık geliştirdikleri ve bu çevresel bağlamların kimlik, güvenlik duygusu ve yaşam memnuniyeti üzerinde önemli etkiler yarattığı belirtilmektedir (Çapcıoğlu & Alpay, 2019). Çevresel gerontoloji bakış açısına göre yaşlanma süreci yalnızca biyolojik bir değişim olarak değil, aynı zamanda birey ile çevresi arasındaki dinamik etkileşimlerin bir sonucu olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda bireylerin yaşadıkları mekânın fiziksel özellikleri, sosyal ilişkileri ve çevresel koşulları yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını, güven duygularını ve yaşam doyumlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Alpay, 2024; Çapcıoğlu & Alpay, 2019). Dolayısıyla iklim değişikliği, bireylerin yaşadıkları çevresel koşulları doğrudan etkileyerek yaşlı bireylerin sağlık, güvenlik ve yaşam kalitesi üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkiler yaratabilmektedir. Bu nedenle

çevresel gerontoloji yaklaşımı, iklim gerontolojisinin kuramsal temelini oluşturan önemli perspektiflerden biri olarak değerlendirilmektedir. Son yıllarda uluslararası raporlar da yaşlanan nüfus ile çevresel değişim arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Örneğin Birleşmiş Milletler Çevre Programı (United Nations Environment Programme [UNEP]) tarafından yayımlanan Frontiers 2025 raporu, çevresel bozulma ve iklim değişikliğinin yaşlanan nüfus için yeni riskler oluşturduğunu vurgulamaktadır. Rapora göre, dünya genelinde 65 yaş üzeri nüfusun oranı hızla artmakta ve bu nüfus özellikle kentlerde aşırı sıcaklık, hava kirliliği ve çevresel afetlere daha fazla maruz kalmaktadır (UNEP, 2025).

İklim gerontolojisi yaklaşımı, yaşlı bireylerin iklim değişikliğine bağlı risklerden orantısız biçimde etkilenebileceğini göstermektedir (UNEP, 2025; Haq & Gutman, 2014). Özellikle aşırı sıcak hava dalgaları, sel, fırtına ve orman yangınları gibi iklim kaynaklı afetler yaşlı bireylerde daha yüksek morbidite ve mortalite riskleri ile ilişkilendirilmektedir (Lozano-Montoya vd., 2026; UNEP, 2025; Romanello vd., 2023). Bunun temel nedenleri arasında fizyolojik yaşlanma süreçleri, kronik hastalıkların yaygınlığı, hareket kısıtlılığı, çevresel stres faktörlerine maruziyet, sosyal izolasyon ve ekonomik kırılganlık gibi faktörler yer almaktadır (Doruk Kondakcı, 2024; Montoro-Ramírez vd., 2024; McDermott-Levy vd., 2019).

Bununla birlikte iklim gerontolojisi literatürü, yaşlı bireylerin yalnızca kırılgan bir grup olarak değerlendirilmemesi gerektiğini de vurgulamaktadır (UNEP, 2025; Kate & Zanu, 2024). Yaşlı bireyler sahip oldukları yaşam deneyimi, yerel çevre bilgisi ve toplumsal ağları sayesinde iklim değişikliğine uyum ve afet risklerinin azaltılması süreçlerinde önemli roller üstlenebilirler. Özellikle topluluk temelli afet hazırlığı, yerel çevresel bilgi aktarımı ve sürdürülebilir yaşam pratiklerinin yaygınlaştırılması gibi alanlarda yaşlı bireylerin önemli katkılar sağlayabileceği belirtilmektedir (UNEP, 2025; Kate & Zanu, 2024; Haq & Gutman, 2014).

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN YAŞLI SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

İklim değişikliği, insan sağlığını doğrudan ve dolaylı yollarla etkileyen küresel bir çevresel tehdit olarak kabul edilmektedir. Artan sıcaklıklar, aşırı hava olayları, hava kirliliği ve ekolojik değişimler hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır (UNEP, 2025; WHO, 2022). Bu etkiler toplumun tüm kesimlerini etkilemekle birlikte yaşlı bireyler özellikle kırılgan bir grup olarak ele alınmaktadır (WHO, 2023).

Küresel ölçekte yapılan çalışmalar ve raporlar, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerinin giderek daha belirgin hale geldiğini göstermektedir (UNEP, 2025; Romanello vd., 2023; WHO, 2023; Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2022). Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli'nin

(Intergovernmental Panel on Climate Change- IPCC) Altıncı Değerlendirme Raporu, sıcak hava dalgaları, sel, kuraklık ve hava kirliliği gibi iklimle ilişkili çevresel risklerin kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıkları ile bulaşıcı hastalıklar açısından önemli sağlık tehditleri oluşturduğunu vurgulamaktadır (IPCC, 2022). Benzer şekilde Lancet Countdown raporları, özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerde sıcaklığa bağlı mortalite ve morbidite risklerinin arttığını ortaya koymaktadır (Tipaldo vd., 2024; Romanello vd., 2023).

Bu çerçevede iklim değişikliğinin yaşlı sağlığı üzerindeki etkileri aşağıdaki başlıklar altında ele alınmıştır.

Aşırı Sıcaklıklar ve Sıcak Hava Dalgaları

İklim değişikliğinin yaşlı bireyler üzerindeki en belirgin etkilerinden biri aşırı sıcaklık olaylarının artmasıdır. Küresel sıcaklık artışıyla birlikte sıcak hava dalgalarının sıklığı, süresi ve şiddeti artmakta ve bu durum özellikle yaşlı bireyler için önemli sağlık riskleri oluşturmaktadır. Yaşlanma sürecine bağlı olarak termoregülasyon mekanizmalarında meydana gelen değişiklikler, terleme kapasitesinin azalması ve kardiyovasküler sistem üzerindeki yükün artması yaşlı bireylerin yüksek sıcaklıklara karşı daha hassas hale gelmesine neden olmaktadır (IPCC, 2022).

Araştırmalar sıcak hava dalgalarının özellikle kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve böbrek yetmezliği gibi sağlık sorunlarının görülme sıklığını artırdığını göstermektedir. Ayrıca aşırı sıcaklıklar yaşlı bireylerde dehidrasyon, ısı stresi ve elektrolit dengesizlikleri gibi akut sağlık sorunlarına da yol açabilmektedir. Kronik hastalıkların yaygın olması ve bazı ilaçların vücut sıcaklığı düzenleme mekanizmalarını etkileyebilmesi de bu riskleri artırmaktadır (Montoro-Ramírez vd., 2024; Tipaldo vd., 2024; Romanello vd., 2023; Leyva vd., 2017).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, sıcak hava dalgalarına bağlı ölüm oranlarının önemli bir kısmının 65 yaş ve üzeri bireylerde görüldüğünü ortaya koymaktadır (Romanello vd., 2023). Bu nedenle yaşlı bireyler sıcak hava dalgalarının sağlık üzerindeki etkileri açısından en riskli nüfus gruplarından biri olarak kabul edilmektedir (Tipaldo vd., 2024; Romanello vd., 2023).

Hava Kirliliği ve Kronik Hastalıklar

İklim değişikliği hava kalitesini de etkileyerek yaşlı bireylerin solunum ve kardiyovasküler sağlığı üzerinde önemli riskler oluşturabilmektedir. Artan sıcaklıklar ve atmosferik değişiklikler ozon ve ince partikül madde (PM_{2.5}) gibi hava kirlleticilerinin yoğunluğunu artırabilmektedir. Bu kirleticilere uzun süre maruz kalmak özellikle yaşlı bireylerde solunum yolu hastalıkları ve kalp-damar hastalıkları açısından önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (Lozano-Montoya vd., 2026; Romanello vd., 2023).

Yaşlı bireylerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım ve kalp hastalıkları gibi kronik sağlık sorunlarının yaygın olması hava kirliliğinin sağlık üzerindeki etkilerini daha da artırmaktadır. Ayrıca bazı çalışmalar hava kirliliğinin bilişsel gerileme, demans ve nörolojik hastalıklar ile de ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu durum hava kalitesindeki bozulmanın yalnızca fiziksel sağlık değil aynı zamanda bilişsel sağlık üzerinde de etkili olabileceğini ortaya koymaktadır (Montoro-Ramírez vd., 2024).

Doğal Afetler ve Çevresel Riskler

İklim değişikliği sel, kasırga, kuraklık ve orman yangınları gibi aşırı hava olaylarının sıklığını ve şiddetini artırmaktadır (WHO, 2023). Bu tür afetler yaşlı bireyler için önemli sağlık ve güvenlik riskleri oluşturabilmektedir. Özellikle hareket kısıtlılığı, kronik hastalıklar ve sosyal destek eksikliği gibi faktörler yaşlı bireylerin afet durumlarında daha büyük zorluklar yaşamasına neden olabilmektedir (Doruk Kondakcı, 2024; Montoro-Ramírez vd., 2024).

Doğal afetler sırasında yaşlı bireylerin tahliye edilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşması ve gerekli bakım hizmetlerini alması daha zor olabilmektedir (UNEP, 2025; Doruk Kondakcı, 2024; Sabol vd., 2024). Ayrıca afet sonrası dönemde sağlık hizmetlerinin aksaması, ilaç tedavilerinin kesintiye uğraması ve psikososyal stres gibi faktörler yaşlı bireylerin sağlık durumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum afet risk yönetimi ve sağlık sistemlerinin planlanmasında yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının dikkate alınmasının önemini ortaya koymaktadır (Lozano-Montoya vd., 2026).

Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkiler

İklim değişikliği yalnızca fiziksel sağlık üzerinde değil aynı zamanda ruh sağlığı üzerinde de önemli etkiler yaratmaktadır. Aşırı hava olayları, çevresel kayıplar ve yaşam alanlarının değişmesi bireylerde stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (WHO, 2022).

İklim değişikliğine bağlı çevresel tehditler aynı zamanda psikososyal stres faktörlerini artırarak ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına veya mevcut sorunların şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Araştırmalar yüksek sıcaklıkların ve doğal afetlerin ruh sağlığı sorunları, intihar oranları ve psikolojik stres ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Heinz & Brandt, 2024; National League for Nursing [NLN], 2022; WHO, 2022).

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNE UYUM SÜRECİNDE YAŞLILARIN ROLÜ

İklim değişikliği literatürü, yaşlı bireyleri genellikle yalnızca bakım ve desteğe muhtaç, “kırılgan” bir grup olarak ele alma eğilimindedir; ancak güncel yaklaşımlar bu bakış açısını değiştirerek yaşlıları uyum sürecinin aktif aktörleri olarak tanımlamaktadır (UNEP, 2025; Sabol vd., 2024). Yaşlı bireyler, sahip oldukları yaşam deneyimi, yerel çevre bilgisi ve toplumsal ağ-

ları sayesinde iklim krizine karşı dayanıklılık oluşturulmasında hayati roller üstlenebilmektedirler (Doruk Kondakçı, 2024; Katey & Zanu, 2024; Haq & Gutman, 2014).

Yaşlıların bu süreçteki rolleri ve potansiyel katkıları şu başlıklar altında öne çıkmaktadır:

- **Deneyim ve Yerel Bilgi Aktarımı:** Yaşlı bireyler, geçmişte karşılaştıkları aşırı hava olayları ve çevresel değişimlerle baş etme yöntemlerine dair önemli bir tarihsel hafızaya sahiptirler. Bu “yerel çevre bilgisi”, topluluk temelli afet risklerinin azaltılması ve sürdürülebilir yaşam pratiklerinin yeni kuşaklara aktarılmasında oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir (UNEP, 2025; Haq & Gutman, 2014).

- **Çevre Koruma ve Kaynak Yönetimi:** Araştırmalar, yaşlı bireylerin dünya genelinde kaynakların korunması ve çevrenin iyileştirilmesi faaliyetlerine aktif olarak katıldığını göstermektedir (United Nations Department of Economic and Social Affairs [UN DESA], 2025). Yaşlı bireylerin sürdürülebilir tüketim alışkanlıkları ve çevre bilinci, toplumun genel karbon ayak izinin azaltılmasına yönelik azaltım (mitigation) çabalarına katkı sağlayabilmektedir. Araştırmalar, yaşlı bireylerin çevre dostu davranışlara katılımının ve daha tutumlu tüketim eğilimlerinin karbon emisyonlarının azaltılmasına katkıda bulunabileceğini göstermektedir (Chai vd., 2024; Wang vd., 2021).

- **Toplumsal Dayanıklılık ve Liderlik:** Yaşlı bireyler, özellikle yaşlı kadınlar, sahip oldukları yaşam deneyimi, yerel bilgi birikimi ve sosyal ağlar sayesinde iklim değişikliğine uyum süreçlerinde toplumsal dayanıklılığın güçlendirilmesine katkı sağlayabilmektedir. Uluslararası raporlar, yaşlı bireylerin topluluk temelli iklim uyum stratejilerinde ve dayanıklılık girişimlerinde “değişim ajanları” olarak rol üstlenebileceğini vurgulamaktadır (UNEP, 2025). Ayrıca araştırmalar, yaşlı bireylerin yerel afet hazırlık planlarının geliştirilmesi, çevresel risklerin izlenmesi ve komşuluk düzeyinde dayanışma ağlarının güçlendirilmesi gibi süreçlerde aktif rol alabildiğini göstermektedir (HelpAge International, 2021).

- **Birlikte Planlama ve Savunuculuk:** İklim gerontolojisi yaklaşımı, yaşlı bireylerin yalnızca bakım ve koruma politikalarının pasif alıcıları olarak değil, aynı zamanda kendi ihtiyaçlarına yönelik politika ve müdahalelerin geliştirilmesinde aktif paydaşlar olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (HelpAge International, 2021; Haq & Gutman, 2014). Ayrıca sağlık profesyonelleri ve yerel yönetimlerle birlikte kişiselleştirilmiş afet planlarının oluşturulması, yaşlı bireylerin kendi güvenliklerini yönetme kapasitelerini artırmakta ve toplumların genel afet hazırlık düzeyini güçlendirmektedir (UNEP, 2025; WHO, 2023).

Sonuç olarak literatür, yaşlı bireylerin iklim değişikliği bağlamında yalnızca korunması gereken bir grup olarak değil, aynı zamanda toplumların iklim değişikliğine uyum kapasitesini güçlendiren önemli aktörler olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım, iklim gerontolojisinin temel perspektiflerinden biri olarak kabul edilmektedir (Haq & Gutman, 2014).

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ AÇISINDAN İKLİM GERONTOLOJİSİ

İklim değişikliği ile nüfusun yaşlanmasının eş zamanlı olarak artması, sağlık sistemlerinin bu iki küresel dönüşüme birlikte yanıt vermesini gerektirmektedir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun hızla artması, iklim değişikliğine bağlı çevresel risklerin sağlık üzerindeki etkilerini daha görünür hale getirmektedir. Yaşlanma sürecine bağlı fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıkların yaygınlığı ve sosyal kırılganlıklar, yaşlı bireyleri iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine karşı daha duyarlı hale getirmektedir (Deering, 2023). Bu nedenle iklim değişikliğinin yaşlı sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve bu etkilerin azaltılmasına yönelik müdahalelerin geliştirilmesi sağlık sistemleri için önemli bir öncelik haline gelmiştir. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin, özellikle de toplum temelli sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olan halk sağlığı hemşirelerinin rolü giderek daha kritik hale gelmektedir (Ekici, 2022). Hemşireler dünya genelinde sağlık sistemlerinin en büyük profesyonel grubunu oluşturmakta ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik koruyucu, önleyici ve rehabilite edici hizmetlerin sunumunda merkezi bir rol üstlenmektedir. İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, riskli grupların belirlenmesi ve uygun müdahalelerin planlanması süreçlerinde hemşirelerin önemli katkılar sağlayabileceği vurgulanmaktadır (Sibindi vd., 2024; Butterfield vd., 2021; ICN, 2018).

Özellikle yaşlı bireylerin iklim kaynaklı sağlık risklerine karşı korunmasında hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Aşırı sıcaklıklar, hava kirliliği, doğal afetler ve çevresel değişimler yaşlı bireylerde kardiyovasküler ve solunum hastalıkları, enfeksiyonlar, ruh sağlığı sorunları ve hastaneye yatış oranlarında artışa yol açabilmektedir (Lozano-Montoya vd., 2026; Montoro-Ramírez vd., 2024; Uçak vd., 2024; Romanello vd., 2023; WHO, 2022). Bu nedenle hemşireler, iklim kaynaklı sağlık risklerinin erken belirlenmesi, riskli bireylerin izlenmesi ve uygun bakım planlarının oluşturulması süreçlerinde önemli bir rol üstlenmektedir.

Bunun yanı sıra hemşireler, yaşlı bireylerin iklim değişikliğine karşı dayanıklılığını (resilience) artırmaya yönelik toplum temelli müdahalelerin geliştirilmesinde de önemli bir konuma sahiptir. Araştırmalar, yaşlı bireylerin yalnızca kırılgan bir grup olarak değerlendirilmemesi gerektiğini; aynı

zamanda deneyim, bilgi birikimi ve sosyal bağları sayesinde toplumsal dayanıklılığın güçlendirilmesine katkı sağlayabileceklerini göstermektedir (Zhang & Chen, 2024). Hemşireler bu süreçte risk iletişimi, sağlık eğitimi, afet hazırlık planlarının geliştirilmesi ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi gibi alanlarda aktif rol oynayarak yaşlı bireylerin iklim değişikliğine uyum kapasitesini artırabilir (Leyva vd., 2017).

Son yıllarda hemşirelik literatüründe eko-hemşirelik (eco-nursing) ve gezegensel sağlık hemşireliği (planetary health nursing) gibi kavramlar da giderek daha fazla tartışılmaktadır (Sibindi vd., 2024; LeClair & Potter, 2022). Bu yaklaşımlar hemşirelerin yalnızca bireysel bakım sunan sağlık profesyonelleri olarak değil, aynı zamanda çevresel sürdürülebilirliği destekleyen, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerini azaltmaya yönelik savunuculuk faaliyetlerinde bulunan ve toplumları iklim risklerine karşı güçlendiren bireyler olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (McDermott-Levy & Fick, 2020). Bu bağlamda hemşireler, iklim değişikliği ile ilişkili sağlık risklerini değerlendirme, toplumları bilgilendirme, sürdürülebilir sağlık uygulamalarını destekleme ve sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlama gibi çok yönlü roller üstlenebilmektedir.

Ayrıca halk sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin iklim değişikliği ile ilişkili risklere karşı hazırlıklı olması gerektiği ve bu alandaki bilgi ve becerilerin sağlık eğitim programlarına entegre edilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Perreault-Carranza vd., 2024). Sağlık sistemlerinin iklim değişikliğine uyum sağlayabilmesi için sağlık çalışanlarının bu alanda eğitim alması ve iklim-sağlık ilişkisine duyarlı bir yaklaşım geliştirmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak iklim gerontolojisi perspektifi, halk sağlığı hemşireliği uygulamalarına yeni bir boyut kazandırmaktadır. Hemşirelerin iklim değişikliğinin yaşlı sağlığı üzerindeki etkilerini dikkate alarak yürüttükleri koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi faaliyetleri ve toplum temelli müdahaleler yaşlı bireylerin iklim değişikliğine karşı dayanıklılığının artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Sibindi vd., 2024; Ekici, 2022; LeClair & Potter, 2022; Butterfield vd., 2021; ICN, 2018; Leyva vd., 2017). Bu nedenle iklim değişikliği ve yaşlanma arasındaki etkileşimi dikkate alan hemşirelik yaklaşımlarının geliştirilmesi, yaşlı nüfusun sağlık ve refahının korunması açısından kritik öneme sahiptir.

SONUÇ

İklim değişikliği ve nüfusun yaşlanması, 21. yüzyılın en önemli küresel eğilimleri arasında yer almaktadır. Artan sıcaklıklar, aşırı hava olayları, hava kirliliği ve çevresel bozulma gibi iklimle ilişkili faktörler özellikle yaşlı bireyler için önemli sağlık riskleri oluşturmaktadır. Bu durum kardiyovas-

küler ve solunum yolu hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar ve ruh sağlığı sorunları gibi çeşitli sağlık problemlerinin görölme riskini artırmaktadır (IPCC, 2022; Montoro-Ramírez vd., 2024). Bununla birlikte, yaşlı bireyler yalnızca iklim değişikliğinden etkilenen kırılgan bir grup değil, aynı zamanda toplumsal dayanıklılığın güçlendirilmesinde önemli katkılar sağlayabilecek bir nüfus grubudur. Yaşam deneyimleri, yerel bilgi birikimleri ve sosyal ağları sayesinde yaşlı bireyler toplumların iklim değişikliğine uyum süreçlerinde aktif rol oynayabilmektedir (Katey & Zanu, 2024). Bu bağlamda iklim gerontolojisi yaklaşımı, iklim değişikliği ile nüfus yaşlanması arasındaki etki-leşimi ele alarak yaşlı sağlığını korumaya yönelik politika ve uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle halk sağlığı hemşireleri, riskli grupların belirlenmesi, sağlık eğitimi ve toplum temelli uyum stratejilerinin desteklenmesi yoluyla yaşlı bireylerin iklim değişikliğine karşı dayanıklılığının artırılmasında önemli bir rol üstlenebilir.

KAYNAKÇA

- Alpay, A. H. (2024). Yerinde yaşlanmada gerontolojik paradigma. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 288-298.
- Butterfield, P., Leffers, J., & Vásquez, M. D. (2021). Nursing's pivotal role in global climate action. *Bmj*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1049>
- Chai, S., Qiao, H., & Li, Y. (2024). Impact of household population ageing on carbon emissions: micro-scale evidence from China. *Frontiers in Environmental Science*, 12, 1324771. <https://doi.org/10.3389/fenvs.2024.1324771>
- Çapcıoğlu, İ., & Alpay, A. H. (2019). Çevresel gerontoloji bağlamında “yerinde yaşlanma”nın temel belirleyicileri ve aktif yaşlanma süreciyle ilişkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 8(3), 1949-1966. <https://doi.org/10.15869/ito-biad.614239>
- Deering, S. (2023). Clinical public health, climate change, and aging. *Canadian Family Physician*, 69(4), 233-235. <https://doi.org/10.46747/cfp.6904233>
- Doruk Kondakcı, D. (2024). Değişen iklimde yaşlanmak ve iklim değişikliğini yaşamak. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 7(2), 126-136. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1419542>
- Ekici, E. (2022). İklim değişikliklerinin etkilerinin azaltılmasında halk sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 77-88. <https://doi.org/10.54061/jphn.989135>
- Haines, A., & Ebi, K. (2019). The imperative for climate action to protect health. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 263-273. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1807873>
- Haq, G., & Gutman, G. (2014). Climate gerontology: Meeting the challenge of population ageing and climate change. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(6), 462-467. <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0677-y>
- Heinz, A., & Brandt, L. (2024). Climate change and mental health: direct, indirect, and intersectional effects. *The Lancet Regional Health-Europe*, 43, 100969. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100969>
- HelpAge International. (2021). *A rising force for change: Older people and climate action*. London: HelpAge International. <https://www.helpage.org/silo/files/climate-change-briefinghelpagecop26.pdf>
- International Council of Nurses. (ICN). (2018). *Nurses, climate change and health*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Nurses%252c%20climate%20change%20and%20health%20FINAL%20.pdf>
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2022). *Climate change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability*. Cambridge University Press.
- Katey, D., & Zanu, S. (2024). Climate change and population aging: The role of older adults in climate change mitigation. *Journal of Aging Studies*, 71, 101274. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2024.101274>

- LeClair, J., & Potter, T. (2022). Planetary health nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 122(4), 47-52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000827336.29891.9b>
- Leyva, E. W. A., Beaman, A., & Davidson, P. M. (2017). Health impact of climate change in older people: An integrative review and implications for nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(6), 670-678. <https://doi.org/10.1111/jnu.12346>
- Lozano-Montoya, I., Ruiz-Huerta, C., & Gómez-Pavón, F. J. (2026). Climate change and the health of older adults in Europe: A call for a geriatric climate medicine framework. *European Geriatric Medicine*, 17, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01336-3>
- McDermott-Levy, R., Kolanowski, A., Fick, D., & Mann, M. (2019). Addressing the health risks of climate change in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 45(11), 21-29. <https://doi.org/10.3928/00989134-20191011-04>
- McDermott-Levy, R., & Fick, D. M. (2020). Advancing gerontological nursing science in climate change. *Research in Gerontological Nursing*, 13(1), 6-12. <https://doi.org/10.3928/19404921-20191204-02>
- Montoro-Ramírez, E. M., Parra-Anguila, L., Álvarez-Nieto, C., Parra, G., & López-Medina, I. M. (2024). Climate change effects in older people's health: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81, 8066-8079. <https://doi.org/10.1111/jan.16270>
- National League for Nursing. (2022). *NLN vision statement: Climate change and health* (Vision Series No. 20). National League for Nursing. https://www.nln.org/docs/default-source/default-document-library/vision-series-climate-change-health.pdf?sfvrsn=86ee3340_3
- Perreault-Carranza, T., Ni, V., Savoie, J., Saucier, J., Frenette, J., & Jbilou, J. (2024). Core competencies of the public health workforce in climate change and extreme weather events preparedness, response, and recovery: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1233. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091233>
- Romanello, M., Napoli, C. D., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., ... Costello, A. (2023). The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: The imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *The Lancet*, 402(10419), 2346-2394. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7)
- Sabol, V. K., Smith, D. J., Milagros, E., & Kriebel-Gasparro, A. (2025). Expectations of Advanced Practice Nurses (APNs) in Addressing Global Climate Change and the Impact on the Physical and Mental Health of Older Adults. https://www.gapna.org/sites/default/files/documents/GAPNA-WHITEPAPERonCLIMATE_CHANGE.pdf
- Sibindi, T., Chipps, J. A., & Crowley, T. (2024). Eco-nursing competencies for nurses: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100221. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100221>
- Tipaldo, J. F., Balk, D., & Hunter, L. M. (2024). A framework for ageing and health

- vulnerabilities in a changing climate. *Nature Climate Change*, 14, 1125–1135. <https://doi.org/10.1038/s41558-024-02156-2>
- Uçak, R., Ayhan, C. H., Aktaş, M. C., & Demirel, N. K. (2024). The Impact of Climate Change on Mental Health: A General Population Study. *European Psychiatry*, 67(S1), S680-S681.
- United Nations [UN], Department of Economic and Social Affairs. (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results*. New York: United Nations. <https://population.un.org/wpp/publications>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). (2025). *Creating inclusive solutions to resilience: Ageing populations and climate change*. Second World Summit for Social Development Blog. <https://social.desa.un.org/world-summit-2025/blog/creating-inclusive-solutions-to-resilience-ageing-populations-and-climate-change>
- United Nations Environment Programme [UNEP]. (2025). *Frontiers 2025: The Weight of Time – Facing a new age of challenges for people and ecosystems*. Nairobi: UNEP. <https://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/48122>
- Wang, Y., Hao, F., & Liu, Y. (2021). Pro-environmental behavior in an aging world: Evidence from 31 countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1748. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041748>
- World Health Organization. (2023). *Climate change and health*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- World Health Organization. (2022). *Mental health and climate change: Policy brief*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240045125>
- Zhang, C., & Chen, G. (2024). Rediscovering climate gerontology: An era for older adults to contribute more to climate change. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 20(1), 2381875. <https://doi.org/10.1080/15487733.2024.2381875>



HOLİSTİK SAĞLIK ANLAYIŞI VE HEMŞİRELİKTE BÜTÜNCÜL PERSPEKTİF

Neşe ERAY¹

¹ Öğr. Grv. Neşe ERAY, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Diyaliz Programı, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3433-3121>

1. Giriş

Sağlık, insanın yalnızca bedensel işleyişiyle açıklanabilecek dar bir kavram değildir. Bireyin bedeni, ruhsal dengesi, sosyal ilişkileri, yaşadığı çevre, kültürel değerleri ve yaşama yüklediği anlam, sağlık deneyiminin birbirini tamamlayan parçalarını oluşturur. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, hastalık ya da sakatlığın bulunmamasıyla sınırlamamakta; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden iyilik hâlini de kapsayan geniş bir çerçevede tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2020a). Bu tanım, sağlık alanında hastalık odaklı bakışın ötesine geçilmesi gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Sağlığın bu geniş anlamı, bireyin yalnızca tanısı ya da mevcut belirtileri üzerinden değerlendirilmesini yetersiz kılar. Bir kişide belirgin bir hastalık bulgusu olmayabilir; ancak bu kişi ruhsal açıdan zorlanıyor, sosyal destekten yoksun kalıyor ya da yaşam doyumunu kaybetmiş olabilir. Bunun tersine, kronik bir hastalıkla yaşayan bir birey; güçlü baş etme becerileri, destekleyici ilişkiler ve yaşamına anlam katan kaynaklar sayesinde işlevselliğini koruyabilir. Bu nedenle sağlık, durağan bir sonuçtan çok, bireyin yaşam koşulları ve çevresiyle ilişkisi içinde sürekli değişen bir süreçtir (Leonardi, 2018; Patwardhan, Mutalik ve Tillu, 2015).

Biyomedikal yaklaşım, hastalıkların biyolojik temellerini anlamada, tanı yöntemlerini geliştirmede ve tedaviyi sistematik biçimde yürütmede sağlık hizmetlerine büyük katkı sağlamıştır. Bununla birlikte, yalnızca biyolojik mekanizmalara odaklanan bir yaklaşım, bireyin hastalığı nasıl yaşadığını, bu süreçte ne hissettiğini ve hangi sosyal koşullar içinde karar verdiğini açıklamakta sınırlı kalabilir (Engel, 1977; Wade ve Halligan, 2004). Hastalık, yalnızca organ ya da sistem düzeyinde ortaya çıkan bir bozulma değildir; bireyin günlük yaşamını, aile ilişkilerini, ekonomik koşullarını, sosyal rollerini, inançlarını ve geleceğe ilişkin beklentilerini de etkileyebilir.

Holistik sağlık anlayışı bu noktada insanı, birbirinden kopuk parçalardan oluşan bir yapı olarak değil, yaşamı boyunca beden, zihin, duygu, çevre, kültür ve maneviyatla birlikte şekillenen bir bütün olarak görür. Bu anlayışta sağlıkla ilgili bir sorun değerlendirilirken yalnızca fiziksel belirti ya da klinik bulguya bakılmaz; bireyin bu durumu nasıl anlamlandığı, günlük yaşamının nasıl etkilendiği, hangi desteklere sahip olduğu ve hangi değerlerin kararlarına yön verdiği de dikkate alınır (Patwardhan vd., 2015).

Hemşirelik disiplini, insanı bu çok yönlü yapısı içinde değerlendirmeye en yakın meslek alanlarından biridir. Hemşire, bireyin yaşamsal bulgularını, semptomlarını, ağrısını ve tedaviye yanıtını izlerken aynı zamanda kaygı, korku, yalnızlık, güvenlik gereksinimi, mahremiyet, aile desteği, kültürel beklentiler ve manevi gereksinimler gibi alanları da göz önünde bulundurur. Bu nedenle hemşirelikte bütüncül perspektif yalnızca teorik bir söylem değil,

uygulamanın niteliğini belirleyen temel bir mesleki yaklaşımdır (Patwardhan vd., 2015; Thornton, 2019).

Bu perspektifin tarihsel kökleri Florence Nightingale'in düşüncelerine kadar uzanır. Nightingale, hastanın iyileşme sürecinde çevrenin düzenlenmesine özel bir önem vermiş; temiz hava, ışık, hijyen, beslenme, sessizlik ve gözlemi hemşirelik uygulamasının temel unsurları arasında değerlendirmiştir (Nightingale, 1859; Smith, 2019; Thornton, 2019). Bu yaklaşım, hemşirenin yalnızca tıbbi tedaviye eşlik eden kişi olmadığını; bireyin iyileşmesini destekleyen çevresel ve insani koşulları oluşturan profesyonel bir sağlık çalışanı olduğunu göstermektedir.

Günümüzde kronik hastalıklar, yaşlılık, palyatif süreçler, yoğun bakım, toplum sağlığı uygulamaları ve kriz dönemleri, bütüncül perspektifin gerekliliğini daha görünür hâle getirmektedir. Bu alanlarda bireyin fiziksel sorunlarına çoğu zaman psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi gereksinimler eşlik eder (WHO, 2002; WHO, 2015). Bu nedenle hemşirenin rolü semptomları izlemekle sınırlı değildir; bireyin baş etme kaynaklarını güçlendirmek, aile katılımını desteklemek, güven ilişkisi kurmak, kültürel duyarlılık göstermek ve karar süreçlerine katılımı kolaylaştırmak da profesyonel sorumluluklar arasındadır (Institute of Medicine, 2001; Morgan ve Yoder, 2012).

Bu bölümde holistik sağlık anlayışı ve hemşirelikte bütüncül perspektif, kavramsal ve kuramsal yönleriyle ele alınmaktadır. Öncelikle holistik sağlık anlayışı ve sağlığın çok boyutlu yapısı açıklanacak; ardından birey merkezli yaklaşımın bütüncül perspektifle ilişkisi değerlendirilecektir. Daha sonra hemşirelikte bütüncül perspektifin tarihsel gelişimi, temel hemşirelik kuramları ve klinik uygulamalara yansımaları ele alınacaktır.

2. Holistik Sağlık Anlayışı

Holistik sağlık anlayışı, bireyi yalnızca tek bir hastalık tanısı, organ sistemi ya da klinik belirtiyile açıklamayan; insanı bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel, çevresel ve manevi yönleriyle birlikte değerlendiren kapsamlı bir yaklaşımdır. Bu anlayışta sağlık, sadece biyolojik işlevlerin sürdürülmesi ya da belirgin bir hastalığın bulunmaması anlamına gelmez. Sağlık, bireyin yaşamındaki farklı alanlar arasında uyum kurabilmesi, çevresiyle ilişki içinde kalabilmesi ve yaşamını anlamlı biçimde sürdürebilmesiyle bağlantılıdır (Patwardhan vd., 2015).

Holistik yaklaşımın düşünsel temeli holizm kavramına dayanır. Holizm, Yunanca "bütün" anlamındaki "holos" sözcüğüyle ilişkilendirilir ve herhangi bir olgunun yalnızca parçalarının toplamı üzerinden tam olarak anlaşılamayacağını savunur (Erickson, 2007; Patwardhan vd., 2015). Bu bakış açısına göre bir sistemin anlamı, yalnızca onu oluşturan parçalarda değil, parçalar arasındaki ilişkide ortaya çıkar. Sağlık alanında bu durum, insanın yalnız-

ca biyolojik yapısıyla değil; duyguları, düşünceleri, ilişkileri, çevresi, kültürel değerleri ve manevi yönelimleriyle birlikte anlaşılması gerektiğini gösterir.

Holistik perspektif, indirgemeci yaklaşımla karşıtlık içinde düşünülse de onu tamamen dışlamaz. İndirgemeci yaklaşım, karmaşık bir yapıyı küçük parçalara ayırarak anlamaya çalışır ve hastalıkların mekanizmalarını açıklamada önemli bir işlev görür. Ancak bireyin sağlık deneyimi yalnızca biyolojik süreçlerden oluşmadığı için, insanı doku, organ, sistem ya da semptom düzeyine indirgemek yetersiz kalabilir. Engel'in (1977) biyopsikososyal model önerisi de hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgular.

Holistik sağlık anlayışında beden, zihin ve ruh birbirinden kopuk alanlar olarak görülmez. Fiziksel bir hastalık bireyin duygusal durumunu, sosyal rollerini ve yaşam doyumunu etkileyebilir. Aynı biçimde yoğun stres, yalnızlık, umutsuzluk, sosyal destek eksikliği ya da manevi boşluk bedensel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir. Sağlık bu nedenle yalnızca fizyolojik düzenin korunması değil, bireyin çok yönlü yaşam alanlarında denge ve uyum sağlabilmesidir (Leonardi, 2018; Patwardhan vd., 2015).

Bu yaklaşımda denge kavramı önemlidir. Homeostazi, organizmanın değişen koşullar karşısında iç dengesini koruma ve yaşamını sürdürebilme kapasitesiyle ilişkilidir (Rosenblum, 2017). Holistik açıdan bakıldığında denge yalnızca bedensel düzeyde değil, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarda da aranır. Örneğin kronik ağrı yaşayan bir bireyde yalnızca ağrı şiddetini azaltmak yeterli değildir; ağrının uyku, hareketlilik, duygu durumu, aile ilişkileri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri de değerlendirilmelidir (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs ve Turk, 2007).

Holistik sağlık anlayışı, her bireyin kendine özgü bir yaşam öyküsüne sahip olduğunu kabul eder. Aynı tanıya sahip bireylerin hastalığı algılama biçimleri, baş etme yöntemleri, sosyal destekleri, kültürel değerleri ve tedaviye ilişkin beklentileri farklı olabilir. Bu nedenle bireyin sağlık sürecinde tanısı kadar kişisel öyküsü, değerleri ve yaşam bağlamı da önemlidir. Birey merkezli yaklaşım da sağlık hizmeti alan kişiyi pasif bir alıcı olarak değil, kendi değerleri ve tercihleri olan aktif bir katılımcı olarak görür (Constand, MacDermid, Dal Bello-Haas ve Law, 2014; Morgan ve Yoder, 2012).

Hemşirelik açısından holistik sağlık anlayışının değeri, değerlendirme alanını genişletmesidir. Bireyin yalnızca fiziksel belirtileri değil, psikolojik durumu, sosyal destek kaynakları, kültürel özellikleri, çevresel koşulları, manevi gereksinimleri ve sağlık davranışları da dikkate alınır. Böylece sağlık hizmeti yalnızca hastalığın kontrolüne değil; bireyin yaşam kalitesinin korunmasına, tedaviye uyumunun desteklenmesine ve baş etme kaynaklarının güçlendirilmesine yönelir (Institute of Medicine, 2001).

Sonuç olarak holistik sağlık anlayışı, insanı içsel ve dışsal çevresiyle sürekli etkileşim içinde olan çok boyutlu bir bütün olarak değerlendirir. Hemşirelik açısından bu anlayış, bireyin yalnızca hastalığını değil, hastalıkla ilişkili yaşam deneyimini, gereksinimlerini, değerlerini ve çevresel koşullarını anlamayı gerekli kılar. Bu nedenle holistik sağlık anlayışı, hemşirelikte bütüncül perspektifin kavramsal temelini oluşturan başlıca yaklaşımlardan biridir.

3. Sağlığın Çok Boyutlu Yapısı

Holistik sağlık anlayışında sağlık, tek bir boyuta indirgenmeyen çok yönlü bir durumdur. Bireyin sağlık düzeyi değerlendirilirken yalnızca fiziksel belirtiler ya da tıbbi tanımlar dikkate alınmaz; bedensel işlevler, duygusal denge, ruhsal dayanıklılık, sosyal ilişkiler, çevresel koşullar, kültürel özellikler ve manevi gereksinimler birlikte ele alınır. Bu boyutların her biri bireyin günlük yaşamını, uyumunu ve iyilik hâlini etkiler (Patwardhan vd., 2015).

Fiziksel boyut, bireyin bedensel işlevleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme kapasitesiyle ilişkilidir. Hareket edebilme, beslenme, uyku, ağrı kontrolü, solunum, dolaşım, boşaltım, kişisel hijyen ve öz bakım bu kapsamda değerlendirilebilir. Ancak fiziksel sağlık yalnızca hastalık belirtilerinin yokluğu değildir. Uyku sorunu yaşayan bir bireyde yorgunluk, dikkat azalması, duygu durum değişiklikleri ve sosyal ilişkilerde zorlanma görülebilir. Bu örnek, fiziksel boyutun diğer alanlardan bağımsız olmadığını gösterir.

Duygusal boyut, bireyin yaşadığı olaylara verdiği tepkileri, stresle baş etme kapasitesini, kendini tanıma düzeyini ve duygularını düzenleyebilme becerisini kapsar. Duygusal denge, yalnızca olumlu duygular yaşamak anlamına gelmez; korku, kaygı, öfke, üzüntü ya da belirsizlik gibi duyguları tanıyabilmek ve bu duygularla işlevsel biçimde baş edebilmek anlamına gelir. Duygusal iyilik hâli, kronik hastalık yönetimi ve tedaviye uyum açısından da önem taşır (WHO, 2001).

Ruhsal/psikolojik boyut; düşünce süreçleri, benlik algısı, baş etme mekanizmaları, umut düzeyi, yaşam doyumu ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkilidir. Ruhsal açıdan desteklenen birey, hastalık, kayıp, belirsizlik ve stres gibi yaşam olayları karşısında daha işlevsel baş etme yolları geliştirebilir. Uzun süreli stres, umutsuzluk, yalnızlık ya da çaresizlik duygusu ise bireyin fiziksel sağlığını ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyebilir.

Sosyal boyut, bireyin ailesi, arkadaşları, meslektaşları ve içinde yaşadığı toplumla kurduğu ilişkileri kapsar. Sosyal destek, bireyin hastalıkla baş etmesini kolaylaştırabilir, tedaviye uyumunu artırabilir ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Sosyal izolasyon ve yalnızlık ise hem psikolojik hem de fiziksel sağlık üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilir. Sosyal ilişkiler ile mortalite riski arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar, bu alanın sağlık

açısından önemini açık biçimde ortaya koymaktadır (Holt-Lunstad, Smith ve Layton, 2010).

Manevi boyut, bireyin yaşamına anlam verme biçimi, değerleri, inançları, umut kaynakları ve varoluşsal gereksinimleriyle ilişkilidir. Maneviyat yalnızca dinî inançla sınırlı değildir; bireyin hastalığı, acıyı, ölümü, umudu ve yaşamın anlamını nasıl değerlendirdiğiyle de ilgilidir. Özellikle ciddi hastalıklar, kronik süreçler ve palyatif dönemlerde manevi gereksinimler daha görünür hâle gelir. Sağlık profesyonellerinin bu gereksinimleri fark etmesi ve bireyin değerlerine saygılı bir iletişim kurması bütüncül yaklaşımın önemli bir parçasıdır (Puchalski vd., 2009).

Çevresel boyut, bireyin yaşadığı fiziksel çevre, barınma koşulları, güvenlik, hava ve su kalitesi, çalışma koşulları, ulaşım olanakları ve sosyal çevre gibi unsurları içerir. Temiz suya erişim, güvenli konut, yeterli beslenme olanakları, iş güvenliği ve sağlıklı çevre koşulları bireyin sağlık durumunu doğrudan etkiler. Dünya Sağlık Örgütü, çevresel risklerin hastalık yükü ve halk sağlığı üzerinde belirleyici etkileri olduğunu vurgulamaktadır (Prüss-Üstün, Wolf, Corvalán, Bos ve Neira, 2016).

Kültürel boyut ise bireyin sağlık inançları, hastalık algısı, tedaviye yaklaşımı, beslenme alışkanlıkları, aile rolleri, mahremiyet anlayışı ve sağlık hizmetiyle kurduğu ilişki üzerinde etkilidir. Kültürel yeterlilik, sağlık profesyonellerinin bireyin kültürel değerlerini, dilini, inançlarını ve sağlık davranışlarını dikkate alarak daha uygun iletişim ve hizmet sunumu geliştirmesini sağlar (Campinha-Bacote, 2002).

Sağlığın çok boyutlu yapısı, hemşirelikte değerlendirme sürecini genişletir. Hemşire, bireyin yalnızca fiziksel belirtilerini değil; duygusal tepkilerini, ruhsal dayanıklılığını, sosyal destek kaynaklarını, manevi gereksinimlerini, çevresel koşullarını ve kültürel özelliklerini de değerlendirmelidir. Bu boyutlar karşılıklı etkileşim içinde olduğu için, bir alandaki bozulma diğer alanları da etkileyebilir. Bu nedenle bütüncül değerlendirme, hem bireysel gereksinimlerin hem de sağlığın sosyal belirleyicilerinin birlikte ele alınmasını gerektirir (Marmot ve Wilkinson, 2006; WHO, 2008).

4. Birey Merkezli Yaklaşım ve Bütüncül Perspektif

Birey merkezli yaklaşım, sağlık hizmetlerinde bireyin yalnızca tanrı, hastalık ya da semptomlarıyla değil; değerleri, beklentileri, tercihleri, yaşam deneyimi, sosyal çevresi ve karar süreçlerine katılımıyla birlikte ele alınmasını ifade eder. Holistik sağlık anlayışı açısından her birey kendine özgüdür. Aynı hastalığa sahip iki kişinin hastalığı algılama biçimleri, tedaviye uyumları, baş etme yolları ve sağlık hizmetinden beklentileri farklı olabilir (Morgan ve Yoder, 2012; Patwardhan vd., 2015).

Bu yaklaşımda sağlık hizmeti alan kişi, yalnızca profesyonellerin kararlarına uyan pasif bir alıcı değildir. Birey, kendi sağlığına ilişkin kararların şekillenmesinde deneyimi, tercihleri ve değerleri dikkate alınması gereken aktif bir katılımcıdır. Bu nedenle bilgilendirme, seçenekleri anlama, karar verme sürecine katılma ve yaşam koşullarına uygun sağlık davranışları geliştirme birey merkezli yaklaşımın temel parçalarıdır (Constand vd., 2014; Morgan ve Yoder, 2012).

Birey merkezli yaklaşım ile bütüncül perspektif birbirini tamamlar. Bütüncül perspektif bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve manevi yönlerini birlikte değerlendirmeyi gerektirirken; birey merkezli yaklaşım bu değerlendirmenin bireyin öncelikleri ve yaşam gerçekliği doğrultusunda yapılmasını sağlar. Böylece sağlık hizmeti, kişi adına karar vermekten çok, kişiyle birlikte karar üretmeye ve sağlık sürecini ortak biçimde yönetmeye yönelir (Institute of Medicine, 2001; Mead ve Bower, 2000).

Karşılıklı saygı, birey merkezli yaklaşımın temel koşullarından biridir. Sağlık profesyoneli, bireyin değerlerine, inançlarına, mahremiyetine, kültürel özelliklerine ve yaşam tercihinine duyarlı olmalıdır. Bireyin sağlık davranışları ya da tedaviye ilişkin tutumu yalnızca bilgi eksikliğiyle açıklanamaz; önceki deneyimler, aile etkisi, kültürel inanışlar, ekonomik koşullar, korkular ve güven ilişkisi bu tutumları etkileyebilir. Bu nedenle bireyi yargılamadan dinlemek, güven ilişkisi kurmak ve gereksinimleri anlamaya çalışmak önemlidir (Constand vd., 2014; Patwardhan vd., 2015).

Hemşirelik uygulamalarında iletişim yalnızca bilgi aktarma işi değildir. Hemşire, bireyin sorularını, kaygılarını, beklentilerini ve hastalıkla ilgili anlamlandırmalarını dinlemeli; açık, anlaşılır ve bireyin sağlık okuryazarlığına uygun bilgi vermelidir. Hasta merkezli iletişim, bireyin hastalık deneyimini anlamayı, ortak zemin oluşturmayı ve karar sürecine katılımını desteklemeyi içerir (Epstein ve Street, 2011).

Aile katılımı da birey merkezli yaklaşımın önemli bir bileşenidir. Hastalık süreci çoğu zaman yalnızca bireyi değil, ailesini ve yakın çevresini de etkiler. Kronik hastalık, yaşlılık, çocuk sağlığı, engellilik, palyatif süreçler ve uzun süreli destek gerektiren durumlarda aile üyeleri karar verme, tedaviye uyum ve duygusal destek açısından önemli rol oynayabilir. Ancak aile katılımı bireyin özerkliği, mahremiyeti ve onamı gözetilerek planlanmalıdır (Bell, 2014; Constand vd., 2014).

Birey merkezli yaklaşım, klinik göstergelerin yanında yaşam kalitesi ve günlük işlevselliği de dikkate alır. Kronik hastalığı olan bir birey için yalnızca laboratuvar değerlerinin düzelmesi yeterli olmayabilir; işe dönebilmesi, sosyal rollerini sürdürebilmesi, ağrı veya yorgunlukla baş edebilmesi ve kendi yaşamı üzerinde kontrol hissini koruyabilmesi de önemlidir. Bu nedenle birey merkezli sonuçlar, klinik iyileşmenin yanı sıra bireyin deneyimi ve yaşam

kalitesiyle birlikte değerlendirilmelidir (Institute of Medicine, 2001; Mead ve Bower, 2000).

Sonuç olarak birey merkezli yaklaşım, holistik sağlık anlayışının uygulamaya yansıyan temel boyutlarından biridir. Hemşirelik açısından bu yaklaşım, bireyin hastalıkla birlikte değişen yaşam deneyimini anlamayı, güvene dayalı iletişim kurmayı, aile ve sosyal destek kaynaklarını uygun biçimde değerlendirmeyi ve bireyin karar süreçlerine katılımını güçlendirmeyi gerektirir.

5. Hemşirelikte Bütüncül Perspektifin Tarihsel Gelişimi

Hemşirelikte bütüncül perspektif, çağdaş sağlık hizmetlerine sonradan eklenen sınırlı bir yaklaşım değildir. İnsanı çevresi, yaşam koşulları ve iyileşme kapasitesiyle birlikte değerlendiren tarihsel bir düşünce çizgisine dayanır. Sağlık ve hastalık deneyiminin yalnızca bedensel belirtilerle açıklanamayacağı düşüncesi, tıp ve hemşirelik tarihinde farklı biçimlerde ele alınmış; modern hemşirelik bu düşünceye daha sistematik bir mesleki çerçeve kazandırmıştır.

Florence Nightingale, bu gelişim çizgisinde merkezi bir yere sahiptir. Nightingale'in yaklaşımında hastanın iyileşme süreci yalnızca tıbbi girişimlerle açıklanmaz; hastanın içinde bulunduğu çevresel koşullar da bu sürecin önemli bir parçasıdır. Temiz hava, yeterli ışık, hijyen, sessizlik, uygun beslenme, güvenli ortam ve dikkatli gözlem, onun hemşirelik anlayışında öne çıkan temel unsurlardır (Nightingale, 1859; Smith, 2019).

Nightingale'in çevreye verdiği önem, bireyin sağlık durumunun yalnızca biyolojik süreçlerle değil, çevresel düzenlemeler ve yaşam koşullarıyla da ilişkili olduğunu gösterir. Bu düşüncede hemşire, hastanın bulunduğu ortamı gözlemleyen, riskleri fark eden, fiziksel çevreyi iyileştiren ve bireyin doğal iyileşme potansiyelini destekleyen kişidir (Nightingale, 1859; Thornton, 2019).

Yirminci yüzyılda sağlık hizmetlerinin daha teknik, kurumsal ve biyomedikal bir yapıya yönelmesi hemşirelikte yeni bir tartışma alanı açmıştır. Teknolojik gelişmeler tanı ve tedavi olanaklarını artırmış; ancak bireyin öznel hastalık deneyimi, ruhsal gereksinimleri, sosyal bağlamı ve yaşam kalitesi zaman zaman geri planda kalabilmiştir. Biyomedikal modelin bu sınırlılıkları, biyopsikososyal ve bütüncül yaklaşımların sağlık hizmetlerinde daha fazla tartışılmasına neden olmuştur (Engel, 1977; Wade ve Halligan, 2004).

Bütüncül hemşireliğin mesleki kimlik kazanmasında uluslararası örgütlenmelerin de etkisi olmuştur. Amerika Holistik Hemşireler Birliği'nin 1981 yılında kurulması, holistik hemşireliğin uygulama, eğitim ve mesleki gelişim alanlarında daha görünür hâle gelmesini sağlamıştır. Daha sonra Amerikan Hemşireler Birliği tarafından holistik hemşireliğin ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmesi, bu yaklaşımın meslek içindeki yerini güçlendirmiştir.

(American Holistic Nurses Association [AHNA], 2021; Thornton, 2019).

Holistik hemşirelik, hemşire ile birey arasındaki ilişkinin yalnızca teknik bir uygulama ilişkisi olmadığını; güven, saygı, iletişim ve terapötik etkileşim temeline dayandığını savunur. McEvoy ve Duffy (2008), bütüncül hemşirelik yaklaşımının hasta ile hemşire arasındaki terapötik ilişkiyi, bireyin bütünlüğünü ve kişiye özgü gereksinimlerini merkeze aldığını belirtmektedir.

Hemşirelikte bütüncül perspektif, farklı hemşirelik kuramlarında da güçlü biçimde yer bulur. Nightingale'in çevre yaklaşımı, Watson'ın insan bakım kuramı, Neuman'ın sistemler modeli ve Rogers'ın üniter insan varlıkları bilimi, bireyi yalnızca fiziksel yönüyle değil; çevresi, ilişkileri, stresörleri, anlam dünyası ve iyileşme potansiyeliyle birlikte ele alır (Alligood, 2013; Smith, 2019).

6. Hemşirelik Kuramları Bağlamında Bütüncül Perspektif

Hemşirelik kuramları, mesleğin insan, sağlık, çevre ve uygulama alanlarına ilişkin temel bakış açısını sistematik biçimde açıklar. Bütüncül perspektif açısından kuramlar, bireyin yalnızca hastalık tanısı ya da fiziksel belirtileriyle değil; çevresi, ilişkileri, stresörleri, değerleri, anlam dünyası ve iyileşme kapasitesiyle birlikte ele alınmasını sağlar (Alligood, 2013; Smith, 2019).

6.1. Florence Nightingale'in Çevre Kuramı

Florence Nightingale'in çevre kuramı, hemşirelikte bütüncül perspektifin erken ve etkili temellerinden biridir. Nightingale'e göre hastanın iyileşme süreci yalnızca tıbbi girişimlere bağlı değildir; hastanın içinde bulunduğu çevresel koşullar da iyileşme kapasitesini etkiler. Bu nedenle hemşirenin temel sorumluluklarından biri, sağlığı destekleyen çevresel koşulları düzenlemektir (Nightingale, 1859; Smith, 2019).

Bu yaklaşımda çevre yalnızca fiziksel mekân anlamına gelmez. Hastanın bulunduğu ortamın güvenli, temiz, sakin ve iyileşmeyi destekleyici olması gerekir. Hemşire, hastanın gereksinimlerini dikkatle gözlemleyerek çevredeki olumsuz etkenleri azaltmalı ve bireyin iyileşme sürecini destekleyecek düzenlemeler yapmalıdır.

Nightingale'in çevre kuramı, bireyin sağlığını yalnızca bedenindeki bozulmalarla değil, içinde bulunduğu koşullarla birlikte ele alır. Günümüz sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği, enfeksiyon kontrolü, iyileştirici çevre tasarımı ve hasta konforu gibi alanlar, bu kuramsal mirasla ilişkilendirilebilir (Ulrich vd., 2008).

6.2. Jean Watson'ın İnsan Bakım Kuramı

Jean Watson'ın insan bakım kuramı, hemşireliği yalnızca teknik becerilerden oluşan bir uygulama alanı olarak değil, insan-insan ilişkisi içinde anlam kazanan ahlaki, insani ve terapötik bir süreç olarak ele alır. Watson'a

göre hemşirelikte bakım, bireyin yalnızca fiziksel gereksinimlerini karşılamayı değil; onurunu, duygularını, umutlarını, inançlarını ve yaşam anlamını da dikkate almayı gerektirir (Watson, 2008; Watson, 2012).

Watson'ın yaklaşımında hemşire ile birey arasındaki ilişki iyileşme sürecinin parçasıdır. Hemşirenin varlığı, şefkati, saygılı iletişimi ve bireyi anlamaya yönelik tutumu, bakımın niteliğini belirleyen temel unsurlardır. Bu kuramda birey, yalnızca hastalık belirtileriyle değil, yaşam deneyimi ve anlam dünyasıyla birlikte ele alınır.

Watson'ın caritas süreçleri sevgi, şefkat, güven ilişkisi, duyarlılık, umut, öğretme-öğrenme ilişkisi, iyileştirici çevre ve manevi boyut gibi alanları kapsar (Watson, 2008). Bu süreçler, hemşirelik uygulamasının fiziksel girişimlerin ötesinde bireyin içsel deneyimine ve insanlık onuruna duyarlı bir yaklaşım gerektirdiğini gösterir.

6.3. Betty Neuman'ın Sistemler Modeli

Betty Neuman'ın sistemler modeli, bireyi çevresiyle etkileşim içinde olan açık bir sistem olarak ele alır. Bu modelde birey; fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerden oluşan çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilir (Neuman ve Fawcett, 2011).

Neuman'ın modelinde stresörler önemli bir yer tutar. Stresörler bireyin içinden, kişiler arası ilişkilerden ya da dış çevreden kaynaklanabilir. Bireyin bu stresörlere verdiği yanıt, sağlığın korunması ya da bozulması açısından belirleyicidir. Hemşirenin görevi, stresörleri tanımlamak, savunma hatlarını değerlendirmek ve uygun girişimlerle sistem dengesini desteklemektir.

Bu model, bireyin yalnızca hastalık belirtileri üzerinden değil, stresörlerle ilişkisi ve çevresel etkileşimleri üzerinden değerlendirilmesini sağlar. Neuman sistemler modelinin hemşirelik sürecinde vaka örnekleriyle kullanılabildiği ve bireyin içsel, kişiler arası ve kişi dışı stresörlerle birlikte ele alınabileceği belirtilmektedir (Güner ve Kavlak, 2015; Neuman ve Fawcett, 2011; Uysal, Khorshid ve Eser, 2009).

6.4. Martha Rogers'ın Üniter İnsan Varlıkları Bilimi

Martha Rogers'ın üniter insan varlıkları bilimi, insanı çevresinden ayrı düşünülmemeyen bütüncül bir enerji alanı olarak ele alır. Rogers'a göre insan ve çevre sürekli karşılıklı etkileşim içindedir; bu etkileşim bireyin sağlık deneyimini ve yaşam sürecini etkiler (Rogers, 1970; Alligood, 2013).

Rogers'ın yaklaşımı, hemşireliğe insanı yalnızca hastalık ve tedavi bağlamında değil, çevresiyle sürekli değişen bir bütün olarak görme olanağı sunar. İnsan ve çevre arasındaki etkileşim, bireyin enerji düzeyi, uyumu, yaşam ritmi ve iyilik hâli üzerinde etkili olabilir.

Bu kuramsal yaklaşım, bütüncül hemşireliğin yalnızca biyolojik süreçlere değil, insan-çevre etkileşimine de dayanan geniş bir düşünsel zemine sahip olduğunu gösterir (Alligood, 2013; Smith, 2019).

7. Hemşirelikte Bütüncül Değerlendirme Alanları

Hemşirelikte bütüncül değerlendirme, bireyin yalnızca hastalık belirtilerinin ya da tedavi gereksinimlerinin belirlenmesiyle sınırlı değildir. Bu değerlendirme biçimi, bireyin fiziksel durumu, psikolojik tepkileri, sosyal destek kaynakları, kültürel özellikleri, çevresel koşulları, manevi gereksinimleri ve sağlık davranışlarının birlikte incelenmesini gerektirir (Zamanzadeh, Jase-mi, Valizadeh, Keogh ve Taleghani, 2015).

Fiziksel değerlendirme; yaşam bulguları, ağrı, solunum, dolaşım, beslenme, boşaltım, uyku, hareket, cilt bütünlüğü, ilaç kullanımı ve fonksiyonel kapasite gibi alanları kapsar. Ancak bütüncül perspektifte fiziksel değerlendirme yalnızca verilerin kaydedilmesi değildir; fiziksel sorunun bireyin bağımsızlığını, günlük yaşam aktivitelerini, psikolojik durumunu ve sosyal rollerini nasıl etkilediği de değerlendirilmelidir.

Psikolojik değerlendirme, bireyin hastalık sürecine verdiği duygusal ve bilişsel yanıtları anlamayı sağlar. Kaygı, korku, umutsuzluk, öfke, belirsizlik, depresif belirtiler, stresle baş etme biçimi ve hastalığı algılama şekli bu alanın temel unsurlarıdır. Ruhsal belirtilerin fark edilmesi, özellikle kronik hastalık, yoğun bakım, kanser ve palyatif süreçlerde yaşam kalitesi ve tedaviye uyum açısından önem taşır (WHO, 2001).

Sosyal değerlendirme, bireyin ailesi, arkadaşları, iş yaşamı, sosyal rolleri, ekonomik durumu ve destek kaynaklarıyla ilişkilidir. Hemşire, bireyin kimlerden destek aldığı, evde destek olanaklarının bulunup bulunmadığı, ekonomik engellerin tedaviye erişimi etkileyip etkilemediği ve sosyal izolasyon riskinin olup olmadığı gibi alanları değerlendirmelidir. Sosyal destek, sağlık sonuçlarını etkileyebilen önemli bir koruyucu faktördür (Holt-Lunstad vd., 2010).

Kültürel değerlendirme, bireyin sağlık inançları, hastalık algısı, tedaviye yaklaşımı, beslenme alışkanlıkları, mahremiyet beklentileri, aile rolleri ve iletişim biçimleri hakkında bilgi sağlar. Hemşire, bireyin kültürel değerlerini ve sağlıkla ilişkili inançlarını yargılamadan anlamaya çalışmalıdır (Campinha-Bacote, 2002).

Manevi değerlendirme, bireyin yaşamı, hastalığı, acıyı, umudu ve ölümü nasıl anlamlandırdığını anlamaya yöneliktir. Maneviyat yalnızca dinî uygulamalarla sınırlı değildir; değerler, yaşam amacı, umut kaynakları ve varoluşsal sorularla da ilişkilidir. Hemşire, bireyin inançlarına saygılı olmalı, manevi gereksinimleri fark etmeli ve gerektiğinde uygun destek kaynaklarına yönlendirme yapmalıdır (Puchalski vd., 2009).

Çevresel değerlendirme, bireyin yaşadığı ortamın sağlığı destekleyen ya da tehdit eden yönlerinin belirlenmesini içerir. Ev ortamı, hijyen koşulları, güvenlik, düşme riski, hava kalitesi, kalabalık yaşam alanı, ulaşım olanakları, çalışma koşulları ve sağlık hizmetlerine erişim bu kapsamda ele alınabilir.

Sonuç olarak bütüncül değerlendirme, hemşirenin klinik karar verme sürecini güçlendirir. Tek bir belirtiyeye odaklanmak yerine, belirtiler arasındaki ilişkiyi ve bireyin yaşam bağlamını değerlendirmek daha kapsamlı bir plan oluşturulmasına katkı sağlar. Böylece hemşirelik girişimleri daha bireye özgü, daha güvenli ve daha anlamlı biçimde planlanabilir.

8. Klinik Uygulamalara Yansıması

Holistik sağlık anlayışı, hemşirelikte yalnızca kuramsal bir yaklaşım olarak kalmaz; klinik uygulamada değerlendirme, iletişim, karar verme, hasta eğitimi, aile katılımı, semptom yönetimi ve destekleyici girişimler üzerinde doğrudan etkili olur. Bireyin sağlık sorunu hangi klinik alanda ortaya çıkarsa çıksın, hemşirelik uygulamasında yalnızca fizyolojik bulgulara değil; psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve manevi gereksinimlere de odaklanılması gerekir (Zamanzadeh vd., 2015).

Kronik hastalıklarda bütüncül perspektifin önemi belirgindir. Diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi uzun süreli hastalıklar bireyin yalnızca bedenini değil; yaşam biçimini, aile ilişkilerini, ekonomik koşullarını, psikolojik durumunu ve gelecek algısını da etkiler. Kronik hastalık yönetiminde bireyin aktif katılımı ve öz yönetim becerilerinin desteklenmesi önemli kabul edilmektedir (Lorig ve Holman, 2003).

Yaşlı bireylerde bütüncül yaklaşım; fiziksel gerileme, kronik hastalıklar, düşme riski, bilişsel değişiklikler, yalnızlık, kayıp deneyimleri, ilaç kullanımı ve sosyal destek yetersizliği gibi çoklu gereksinimlerin birlikte ele alınmasını gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı yaşlanmanın yalnızca hastalık yokluğu değil, bireyin işlevsel kapasitesinin korunmasıyla ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2015).

Palyatif süreçlerde amaç yalnızca hastalığın tedavisi değildir; ağrı, nefes darlığı, bulantı, yorgunluk, kaygı, korku, umutsuzluk ve manevi gereksinimlerin ele alınmasıdır. Palyatif dönemde birey ve ailesi belirsizlik, kayıp, ölüm korkusu ve karar verme güçlükleriyle karşılaşabilir. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşılaşan birey ve ailelerin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bütüncül bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020b).

Yoğun bakım ortamında bütüncül yaklaşım, ileri teknoloji ve yaşam destek uygulamaları içinde bireyin insani gereksinimlerinin göz ardı edilmemesini sağlar. Yoğun bakımda hastalar ağrı, bilinç değişikliği, iletişim güçlüğü,

korku, uyku bozukluğu, izolasyon ve aileden uzak kalma gibi sorunlar yaşayabilir. Hemşire, yaşamsal bulguları ve tedavi yanıtını izlerken aynı zamanda çevresel uyaranları düzenlemeli, ağrıyı değerlendirmeli, iletişimi desteklemeli ve aileyi bilgilendirmelidir.

Salgın dönemleri de bütüncül hemşirelik yaklaşımının önemini göstermiştir. COVID-19 gibi bulaşıcı hastalık süreçlerinde hemşirelik uygulaması yalnızca enfeksiyon kontrolünden ibaret değildir. Bireyin solunum durumu, yaşam bulguları, izolasyon koşulları, kaygı düzeyi, ailesiyle iletişimi, yalnızlık duygusu ve palyatif gereksinimleri birlikte ele alınmalıdır.

Toplum sağlığı uygulamalarında bütüncül perspektif, bireyin sağlık durumunu aile, toplum, çevre ve sosyal belirleyicilerle birlikte değerlendirmeyi gerektirir. Gelir düzeyi, eğitim, barınma, beslenme, ulaşım, güvenli çevre, sosyal destek ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörler bireyin sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını etkiler. Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı, sağlık eşitsizliklerinin sosyal ve yapısal koşullarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (WHO, 2008).

Hasta eğitimi de bütüncül yaklaşımın klinik yansımalarından biridir. Eğitim yalnızca bilgi aktarma süreci olarak görülmemeli; bireyin sağlık okuryazarlığı, öğrenme gereksinimleri, kültürel özellikleri, motivasyonu ve günlük yaşam koşulları dikkate alınmalıdır. Örneğin diyabet eğitimi verilirken yalnızca insülin uygulaması ya da diyet listesi anlatılmamalı; bireyin ekonomik durumu, beslenme alışkanlıkları, aile desteği, iş yaşamı, korkuları ve uygulayabilirlik düzeyi de değerlendirilmelidir.

Klinik uygulamalarda bütüncül perspektifin sürdürülebilmesi ekip çalışmasını da gerektirir. Bireyin gereksinimleri çoğu zaman yalnızca hemşirelik girişimleriyle sınırlı değildir. Hekim, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, manevi danışman ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği gerekebilir. Disiplinler arası iş birliği, karmaşık sağlık gereksinimlerine sahip bireylerde hizmet bütünlüğünü ve hasta güvenliğini güçlendiren temel bir unsur olarak kabul edilmektedir (Institute of Medicine, 2001).

9. Sonuç

Holistik sağlık anlayışı, bireyin yalnızca hastalık tanısı ya da fiziksel belirtileri üzerinden değil; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel, çevresel ve manevi yönleriyle birlikte değerlendirilmesini gerekli kılar. Hemşirelik açısından bu yaklaşım, bireyin yaşam deneyimini, gereksinimlerini, değerlerini ve çevresiyle ilişkisini anlamaya dayanan bütüncül bir bakış sunar. Nightingale, Watson, Neuman ve Rogers gibi hemşirelik kuramcılarının yaklaşımları da insanın çevresi, ilişkileri, stresörleri, anlam dünyası ve iyileşme kapasitesiyle birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Klinik uygulamada bütüncül perspektif; kronik hastalıklar, yaşlılık, pal-

yatıf süreçler, yoğun bakım, toplum sağlığı ve hasta eğitimi gibi birçok alanda hemşirelik uygulamalarına yön verir. Bu yaklaşım, hemşirenin yalnızca semptomları izleyen veya tedavi uygulamalarını sürdüren bir profesyonel değil; bireyin güvenliğini, yaşam kalitesini, baş etme gücünü, aile desteğini ve karar süreçlerine katılımını destekleyen temel bir sağlık profesyoneli olduğunu ortaya koyar. Bu nedenle holistik sağlık anlayışı, çağdaş hemşirelikte insancıl, birey merkezli ve nitelikli hizmet sunumunun önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Alligood, M. R. (2013). *Nursing theory: Utilization & application* (5. bs.). Elsevier Mosby.
- American Holistic Nurses Association. (2021). What is holistic nursing? American Holistic Nurses Association.
- Bell, J. M. (2014). Family nursing is more than family centered care. *Journal of Family Nursing*, 20(4), 411–417. <https://doi.org/10.1177/1074840714554900>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., ve Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14, 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Epstein, R. M., ve Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Erickson, H. L. (2007). Philosophy and theory of holism. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), 139–163. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.03.001>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., ve Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Güner, Ö., ve Kavlak, O. (2015). Neuman sistemler modeline göre endometriyum kanserli hastanın hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 94–102.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., ve Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Leonardi, F. (2018). The definition of health: Towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Lorig, K. R., ve Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Marmot, M., ve Wilkinson, R. G. (Ed.). (2006). *Social determinants of health* (2. bs.). Oxford University Press.

- McEvoy, L., ve Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412–419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>
- Mead, N., ve Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Morgan, S., ve Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Neuman, B., ve Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5. bs.). Pearson.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison.
- Patwardhan, B., Mutalik, G., ve Tillu, G. (2015). *Integrative approaches for health: Biomedical research, Ayurveda and Yoga*. Academic Press.
- Prüss-Üstün, A., Wolf, J., Corvalán, C., Bos, R., ve Neira, M. (2016). Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. World Health Organization.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., ve diğerleri. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. F. A. Davis.
- Rosenblum, R. K. (2017). Homeostasis. In J. Kreutzer, J. DeLuca ve B. Caplan (Ed.), *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (2. bs.). Springer.
- Smith, M. C. (2019). Regenerating nursing's disciplinary perspective. In M. C. Smith ve M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5. bs.). F. A. Davis.
- Thornton, L. (2019). Holistic nursing: A way of being, a way of living, a way of practice. In B. M. Dossey ve L. Keegan (Ed.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (7. bs.). Jones & Bartlett Learning.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., Quan, X., ve Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125. <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- Uysal, N., Khorshid, L., ve Eser, İ. (2009). Neuman sistemler modeline göre bir vaka çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 74–81.
- Wade, D. T., ve Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*, 329(7479), 1398–1401. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2. bs.). Jones & Bartlett Learning.

- World Health Organization. (2001). The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020a). Constitution of the World Health Organization. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020b). Palliative care. World Health Organization.



EVDE BAKIMDA CERRAHİ SONRASI REHABİLİTASYON HEMŞİRELİĞİ: HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMI

Nuriye Nesrin İPEKÇİ¹
Sibel ARSLAN²

1 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD., ORCID:0000-0001-9945-8115
2 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD., ORCID: 0000-0002-4997-7045

Bu bölümün amacı, cerrahi girişim sonrası bireylerin taburculuk sonrasında ev ortamında bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerini halk sağlığı yaklaşımı çerçevesinde ele almak; evde bakım sürecinde hemşirenin bakımın sürekliliğini sağlama, komplikasyonları önleme, fonksiyonel iyileşmeyi destekleme, öz bakım gücünü geliştirme ve birey ile ailesinin yaşam kalitesini artırmadaki rolünü ortaya koymaktır.

GİRİŞ

Cerrahi bakım alanında son yıllarda önemli dönüşümler yaşanmaktadır. Cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, minimal invaziv girişimlerin yaygınlaşması, anestezi ve perioperatif bakım uygulamalarındaki ilerlemeler ile birlikte hastaların hastanede kalış süreleri belirgin biçimde kısalmıştır. Bununla birlikte cerrahi bakımın başarısı artık yalnızca hastane içindeki klinik sonuçlarla değil, taburculuk sonrası iyileşme süreci, fonksiyonel bağımsızlığın yeniden kazanılması, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi ile de değerlendirilmektedir. Özellikle yaşlı nüfusun artması, kronik hastalık yükünün yükselmesi ve çoklu morbidite varlığı, cerrahi sonrası bakım gereksinimlerini daha karmaşık hale getirmektedir. Cerrahi sonrası dönem yalnızca fizyolojik iyileşmeyi değil, aynı zamanda bireyin günlük yaşam aktivitelerine yeniden katılımını, aile desteğini ve ev ortamındaki bakım kapasitesini de kapsayan bütüncül bir süreçtir (Williams, S., 2024).

Günümüzde sağlık sistemlerinde maliyet etkinliği artırılması, yatak kullanımının optimize edilmesi ve hasta merkezli bakım modellerinin güçlenmesi nedeniyle erken taburculuk uygulamaları giderek yaygınlaşmaktadır. Erken taburculuk, uygun planlandığında hastane kaynaklı komplikasyonların azaltılması, bireyin kendi yaşam çevresinde iyileşme sürecine devam etmesi ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılması açısından önemli yararlar sağlamaktadır. Bununla birlikte hastanın cerrahi girişim sonrası ev ortamına geçişi, bakımın en kırılgan evrelerinden birini oluşturmaktadır. Taburculuk sonrasında ağrı yönetimi, yara izlemi, mobilizasyon, beslenme, ilaç tedavisine uyum ve olası komplikasyonların erken fark edilmesi gibi gereksinimlerin büyük ölçüde ev ortamında sürdürülmesi gerekmektedir. Özellikle bakım sürekliliğinin yetersiz olduğu durumlarda yeniden hastaneye başvuru ve yeniden yatış riskinin arttığı bildirilmektedir. Güncel sistematik derlemeler, taburculuk sonrası yapılandırılmış evde bakım ve erken destekli taburculuk modellerinin hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileyebildiğini göstermektedir (Williams, S., 2024; Lin, L., 2024).

Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin dönüşümü, hastanede kalış sürelerinin azalması ve nüfusun yaşlanması ile birlikte cerrahi sonrası evde bakım gereksinimi giderek daha görünür hale gelmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalar, taburculuk sonrası dönemde hastaların bakım gereksinimlerinin

yalnızca fiziksel iyileşme ile sınırlı olmadığını; ağrı kontrolü, yara bakımı, ilaçların doğru kullanımı, mobilizasyonun sürdürülmesi, enfeksiyon belirtilerinin erken fark edilmesi ve günlük yaşam aktivitelerine yeniden uyum gibi çok boyutlu gereksinimleri içerdiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca ev ortamının fiziksel koşulları, bakım verenin yeterliliği, aile desteği ve sağlık okuryazarlığı düzeyi, cerrahi sonrası bakımın başarısını doğrudan etkileyen önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır (Gökçe & Arslan, 2024).

Türkiye’de evde bakım alanında yürütülen çalışmalar, taburculuk sonrası bakımın yalnızca klinik izlem ve fiziksel iyileşmeden ibaret olmadığını; güvenli bakım ortamının oluşturulması, bakım veren yeterliliğinin desteklenmesi ve etik duyarlılığın gözetilmesini de kapsayan çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir. Kanıt temelli bir sistematik derlemede, hasta güvenliğinin evde bakım hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olduğu; özellikle düşmelerin önlenmesi, enfeksiyon kontrolü, ilaç yönetimi ve bakım veren eğitiminin güvenli bakımın sürdürülmesinde belirleyici rol oynadığı belirtilmektedir (Durgun et al., 2020). Bununla birlikte evde bakım hizmetlerine ilişkin etik değerlendirmelerde, bireyin özerkliğinin korunması, mahremiyetin sürdürülmesi, bakım kararlarına katılımın desteklenmesi ve aile üyelerinin bakım sürecindeki rollerinin dengeli biçimde yapılandırılmasının bakımın niteliğini doğrudan etkilediği vurgulanmaktadır. Özellikle yaşlı ve bağımlı bireylerde bakım gereksinimlerinin artması, evde bakım uygulamalarında etik duyarlılığı daha belirgin hale getirmektedir. Türkiye’de yapılan bir değerlendirmede, evde bakım sürecinde hasta hakları, bakım veren yükü, karar verme süreçleri ve bakımın adil sunumu gibi konuların önemli etik tartışma alanları arasında yer aldığı ifade edilmektedir (Can et al., 2013).

Bu bağlamda cerrahi sonrası evde bakımın değerlendirilmesi yalnızca klinik bir gereklilik değil aynı zamanda önemli bir halk sağlığı konusudur. Halk sağlığı yaklaşımı, bireyin sağlık gereksinimlerini aile, çevre ve toplum bağlamında ele alarak koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici bakımın sürekliliğini hedeflemektedir. Cerrahi sonrası dönemde evde bakım hizmetleri; komplikasyonların önlenmesi, öz bakım becerilerinin güçlendirilmesi, bakım verenlerin desteklenmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve yeniden hastaneye yatışların azaltılması bakımından kritik önem taşımaktadır. Hemşireler bu süreçte taburculuk planlaması, risk değerlendirmesi, ev ortamı değerlendirmesi, hasta ve aile eğitimi, izlem ve bakım koordinasyonu gibi roller aracılığıyla hastane ile ev arasındaki bakım geçişinin temel aktörleri arasında yer almaktadır. Güncel uluslararası kanıtlar hemşire liderliğinde yürütülen geçiş dönemi bakım müdahalelerinin taburculuk sonrası hasta sonuçlarını iyileştirdiğini ve bakım sürekliliğini güçlendirdiğini göstermektedir (Dragosits et al., 2024; Sakashita et al., 2025). Bu nedenle cerrahi sonrası rehabilitasyon hemşireliğinin halk sağlığı perspektifiyle ele alınması,

bakımın sürekliliğinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve bireyin fonksiyonel bağımsızlığının desteklenmesi açısından önem taşımaktadır.

1. Evde Bakım ve Cerrahi Sonrası Rehabilitasyon

Evde bakım, bireylerin sağlık gereksinimlerinin yaşadıkları ortamda karşılanmasını amaçlayan, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici hizmetleri kapsayan bütüncül bir bakım modelidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evde bakım hizmetlerini bireyin bağımsızlığını sürdürmesini, yaşam kalitesini artırmasını ve sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmasını hedefleyen toplum temelli sağlık hizmetleri arasında değerlendirmektedir. Özellikle yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerinin hastane merkezli yapıdan toplum temelli modellere yönelmesi, evde bakım hizmetlerinin önemini artırmıştır (Genet et al., 2011).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri; tıbbi bakım, hemşirelik hizmetleri, rehabilitasyon uygulamaları, psikososyal destek, hasta ve aile eğitimi ile danışmanlık hizmetlerini kapsayan geniş bir hizmet yelpazesine sahiptir. Evde bakımın temel amacı, bireyin mümkün olan en yüksek fonksiyonel kapasiteye ulaşmasını sağlamak, komplikasyonları önlemek ve bağımsız yaşamını desteklemektir. Bu kapsamda hemşireler, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, bakım planının oluşturulması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi ile bakımın koordinasyonunda merkezi bir role sahiptir (Gökçe & Arslan, 2024).

Cerrahi sonrası rehabilitasyon, bireyin ameliyat sonrasında fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden mümkün olan en üst düzey işlevselliğe ulaşmasını amaçlayan planlı ve sistematik bir süreçtir. Bu süreç yalnızca cerrahi yaranın iyileşmesini değil, aynı zamanda bireyin günlük yaşam aktivitelerine yeniden katılımını, bağımsızlığını sürdürmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını da kapsamaktadır. Modern cerrahi bakım anlayışında rehabilitasyon, ameliyat sonrasında başlayan ve taburculuk sonrasında ev ortamında devam eden bakımın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde ve kronik hastalığı bulunan hastalarda rehabilitasyon uygulamalarının fonksiyonel kapasitenin korunmasına, komplikasyonların azaltılmasına ve iyileşme sürecinin hızlandırılmasına katkı sağladığı bildirilmektedir (Williams et al., 2024).

Cerrahi sonrası rehabilitasyonun temel amaçları arasında ağrının etkili biçimde yönetilmesi, mobilizasyonun desteklenmesi, kas gücü ve fiziksel fonksiyonların korunması, solunum ve dolaşım sistemi komplikasyonlarının önlenmesi, beslenme durumunun iyileştirilmesi ve bireyin öz bakım becerilerinin güçlendirilmesi yer almaktadır. Ayrıca hastanın fiziksel iyileşmesinin yanı sıra psikolojik uyumunun desteklenmesi, kaygı ve stres düzeyinin azaltılması ve sosyal yaşama yeniden katılımının sağlanması da rehabilitasyonun

önemli hedefleri arasındadır. Güncel çalışmalar, taburculuk sonrası yapılan-
dırılmış rehabilitasyon ve evde bakım programlarının fonksiyonel iyileşmeyi
desteklediğini, hasta memnuniyetini artırdığını ve yeniden hastaneye yatış
oranlarını azaltabildiğini göstermektedir (Lin et al., 2024).

Cerrahi sonrası rehabilitasyonun başarısı, bakımın hastaneden eve ge-
çiş sürecinde kesintisiz biçimde sürdürülmesine bağlıdır. Bu nedenle reha-
bilitasyon hizmetlerinin bireyin gereksinimlerine göre planlanması, hasta ve
aile eğitiminin güçlendirilmesi ve multidisipliner ekip üyeleri arasında etkili
koordinasyonun sağlanması büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, reha-
bilitasyon sürecinde bireyin gereksinimlerini değerlendiren, bakım planını
uygulayan, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunan ve bakımın sürekliliğini
destekleyen temel sağlık profesyonelleri arasında yer almaktadır (Sakashita
et al., 2025).

1.1.Bakımın Sürekliliği ve Toplum Temelli Yaklaşım

Bakımın sürekliliği, bireyin sağlık hizmetlerinin farklı basamakları
arasında kesintisiz, koordineli ve bütüncül biçimde sunulmasını ifade et-
mektedir. Cerrahi girişim sonrasında hastaneden eve geçiş süreci, bakımın
sürekliliğinin en kritik aşamalarından biridir. Yetersiz taburculuk planla-
ması, bakım koordinasyonundaki eksiklikler ve hasta eğitiminin yetersizliği;
komplikasyon riskini, acil servis başvurularını ve yeniden hastaneye yatışları
artırabilmektedir (Sakashita et al., 2025).

Toplum temelli yaklaşım ise bireyin yalnızca hastalığına odaklanmak
yerine ailesini, yaşam çevresini, sosyal destek sistemlerini ve sağlık hizmetle-
rine erişim olanaklarını da dikkate alan kapsamlı bir bakım anlayışını ifade
etmektedir. Bu yaklaşım, bireyin öz bakım becerilerinin geliştirilmesini, sağ-
lık okuryazarlığının artırılmasını ve aile katılımının desteklenmesini hedef-
lemektedir. Cerrahi sonrası evde bakım sürecinde toplum temelli uygulama-
lar, komplikasyonların erken dönemde belirlenmesine, fonksiyonel iyileşme-
nin hızlandırılmasına ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır
(Lin et al., 2024).

Ayrıca Türkiye’de yapılan çalışmalar, evde bakım sürecinde hasta güven-
liği, bakım veren desteği, etik ilkelerin korunması ve aile katılımının bakım
kalitesini doğrudan etkilediğini göstermektedir (Durgun et al., 2020; Can
et al., 2013). Bu nedenle cerrahi sonrası rehabilitasyon sürecinde halk sağlı-
ğı yaklaşımı, yalnızca bireyin sağlık durumunu değil, bakımın gerçekleştiği
sosyal ve çevresel koşulları da değerlendirmeyi gerektirmektedir.

1.2.Multidisipliner Ekip Anlayışı

Cerrahi sonrası rehabilitasyonun etkinliği farklı disiplinlerin iş birliği
içerisinde çalışmasına bağlıdır. Multidisipliner ekip yaklaşımı; hasta merkez-

li bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde farklı meslek gruplarının bilgi ve becerilerinden yararlanılmasını ifade etmektedir. Cerrahlar, hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve gerektiğinde ergoterapistler rehabilitasyon ekibinin temel üyelerini oluşturmaktadır.

Hemşire, multidisipliner ekip içerisinde bakım koordinatörü rolü üstlenerek hasta ve aile gereksinimlerini değerlendirmekte, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunmakta, bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. Fizyoterapistler mobilizasyon ve fonksiyonel iyileşme süreçlerini desteklerken, diyetisyenler beslenme gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ise bireyin sosyal destek sistemlerine erişimini kolaylaştırarak bakımın sürdürülebilirliğini güçlendirmektedir. Multidisipliner ekip tarafından yürütülen ev temelli rehabilitasyon programlarının, fonksiyonel sonuçların iyileştirilmesinde, hasta memnuniyetinin artırılmasında ve yeniden hastaneye yatış oranlarının azaltılmasında önemli rol oynadığı belirtilmiştir (Dragosits et al., 2024).

Sonuç olarak evde bakım ve cerrahi sonrası rehabilitasyon, bireyin ameliyat sonrası iyileşme sürecini destekleyen, bakımın sürekliliğini sağlayan ve toplum temelli sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenini oluşturan kapsamlı bir bakım modelidir. Bu model içerisinde hemşirelik hizmetleri, bireyin ve ailesinin gereksinimlerine yanıt veren, multidisipliner iş birliğini destekleyen ve yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyen temel bir rol üstlenmektedir.

2. Halk Sağlığı Yaklaşımında Cerrahi Sonrası Evde Bakımın Temel İlkeleri

Cerrahi sonrası evde bakım, bireyin ameliyat sonrasındaki iyileşme sürecinin güvenli, etkili ve sürdürülebilir biçimde devam ettirilmesini amaçlayan önemli bir halk sağlığı hizmetidir. Halk sağlığı yaklaşımı, yalnızca hastalığın tedavisine odaklanmak yerine sağlığın korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyonun desteklenmesini esas alan bütüncül bir anlayışa dayanmaktadır. Bu doğrultuda cerrahi sonrası evde bakım uygulamaları; komplikasyonların önlenmesi, fonksiyonel iyileşmenin desteklenmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılması açısından koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Özellikle taburculuk sonrasında yürütülen planlı evde bakım ve rehabilitasyon programlarının komplikasyon oranlarını azalttığı, fonksiyonel bağımsızlığı artırdığı ve yeniden hastaneye yatışları azaltabildiği bildirilmektedir (Lin et al., 2024; Williams et al., 2024).

Halk sağlığı yaklaşımının temel özelliklerinden biri birey, aile ve çevre merkezli bakım anlayışıdır. Cerrahi sonrası iyileşme süreci yalnızca hastanın fiziksel durumundan etkilenmemekte aile desteği, bakım verenin yeterliliği, ev ortamının özellikleri ve sosyal destek sistemleri de bakım sonuçlarını

önemli ölçüde belirlemektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinde bireyin biyopsikososyal gereksinimlerinin değerlendirilmesi, aile üyelerinin bakım sürecine aktif katılımının sağlanması ve ev ortamının güvenli bakım uygulamalarına uygunluğunun incelenmesi gerekmektedir. Türkiye’de evde bakım alanında yapılan çalışmalar, hasta güvenliği, bakım veren desteği ve etik ilkelerin korunmasının bakım kalitesini doğrudan etkileyen faktörler arasında yer aldığını göstermektedir (Durgun et al., 2020; Can et al., 2013).

Cerrahi sonrası evde bakımın bir diğer temel ilkesi risk değerlendirmesi ve erken tanılamadır. Enfeksiyon, kanama, venöz tromboembolizm, malnütrisyon, düşme ve ilaç kullanımına bağlı sorunlar gibi komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi, ciddi sağlık sonuçlarının önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Hemşireler tarafından gerçekleştirilen düzenli ev ziyaretleri ve izlem uygulamaları, riskli durumların erken saptanmasına ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılmasına olanak sağlamaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde ve kronik hastalığı bulunan kişilerde sistematik risk değerlendirmelerinin bakım sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmektedir (Sakashita et al., 2025).

Sağlık eğitimi ve bireyin güçlendirilmesi, halk sağlığı temelli cerrahi bakımın vazgeçilmez bileşenlerindendir. Hastaların yara bakımı, ilaç kullanımı, ağrı yönetimi, enfeksiyon belirtilerinin tanınması, egzersiz uygulamaları ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilgilendirilmesi öz bakım becerilerinin geliştirilmesine ve bakım sürecine aktif katılımlarının sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığının artırılması, bireylerin kendi sağlıklarını yönetme kapasitelerini güçlendirmekte ve komplikasyon gelişme riskini azaltmaktadır. Hemşire liderliğinde yürütülen eğitim ve danışmanlık programlarının taburculuk sonrası dönemde olumlu sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Sakashita et al., 2025).

Halk sağlığı yaklaşımında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması da temel ilkeler arasında yer almaktadır. Sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, coğrafi koşullar ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gibi faktörler cerrahi sonrası bakımın niteliğini ve sonuçlarını etkileyebilmektedir. Kırsal bölgelerde yaşayan bireyler, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar ve sosyal desteği yetersiz kişiler sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla güçlük yaşayabilmektedir. Evde bakım hizmetlerinin kullanımını etkileyen sosyal faktörleri inceleyen çalışmalar, gelir düzeyi, eğitim durumu ve sosyal destek kaynaklarının bakım hizmetlerine erişim üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir (Mah et al., 2021). Benzer şekilde, uzun süreli bakım hizmetlerine erişimde sosyoekonomik eşitsizliklerin devam ettiği ve düşük gelir ile düşük eğitim düzeyinin karşılanmamış bakım gereksinimleri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Kim & Lee, 2024). Bu nedenle cerrahi sonrası evde bakım hizmetlerinin planlanmasında dezavantajlı grupların gereksinimle-

rinin dikkate alınması, toplum kaynaklarının etkin kullanılması ve bakım hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması önem taşımaktadır. Böylece bireylerin ameliyat sonrası dönemde ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerine zamanında ulaşmaları sağlanarak sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sunulabilmektedir.

3. Cerrahi Sonrası Evde Hemşirelik Değerlendirmesi

Cerrahi sonrası evde bakım sürecinde hemşirelik değerlendirme, bireyin sağlık durumunun bütüncül olarak incelenmesini ve olası komplikasyonların erken dönemde belirlenmesini amaçlayan sistematik bir süreçtir. Kapsamlı değerlendirme, bakım gereksinimlerinin belirlenmesine, bireyselleştirilmiş bakım planının oluşturulmasına ve iyileşme sürecinin desteklenmesine olanak sağlamaktadır. Cerrahi sonrası dönemde gerçekleştirilen hemşirelik değerlendirme yalnızca fiziksel iyileşme göstergelerini değil, bireyin psikolojik, sosyal ve çevresel gereksinimlerini de kapsamaktadır (Gökçe & Arslan, 2024; Sakashita et al., 2025).

3.1.Genel sağlık durumu ve fonksiyonel kapasite değerlendirmesi:

Cerrahi sonrası evde bakımın ilk aşamasında bireyin genel sağlık durumu ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bu kapsamda yaşamsal bulgular, bilinç durumu, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve genel sağlık algısı incelenir. Ayrıca bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilme düzeyi, öz bakım kapasitesi ve fonksiyonel yeterliliği değerlendirilmelidir. Fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesi, rehabilitasyon gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakım hedeflerinin oluşturulmasında önemli rol oynamaktadır. Cerrahi sonrası dönemde fonksiyonel kapasitenin korunması ve geliştirilmesi, yeniden hastaneye yatışların azaltılmasına ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır (Williams et al., 2024).

3.2. Ağrı değerlendirmesi: Ağrı, cerrahi sonrası dönemde bireyin iyileşme sürecini etkileyen temel sorunlardan biridir. Ağrının yeri, şiddeti, süresi, niteliği ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi düzenli olarak değerlendirilmelidir. Yetersiz ağrı kontrolü mobilizasyonun gecikmesine, uyku düzeninin bozulmasına ve psikolojik iyilik halinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle hemşireler tarafından yapılan sistematik ağrı değerlendirmeleri, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerin planlanmasına yardımcı olmaktadır (Chou et al., 2016). Hemşirelerin multimodal analjezi yaklaşımlarını kullanmaları ve analjeziklerin yeterli ve uygun kullanımını destekleyen stratejileri uygulamaları, ameliyat sonrası ağrı insidansını azaltmada etkili olmaktadır (Acar ve ark., 2016).

3.3.Yara, dren ve enfeksiyon bulgularının değerlendirilmesi: Cerrahi yara alanının düzenli olarak değerlendirilmesi, enfeksiyon ve yara iyileşme sorunlarının erken dönemde belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Yara yerinde kızarıklık, ödem, hassasiyet, sıcaklık artışı, kötü kokulu akıntı veya yara ayrılması gibi belirtiler dikkatle izlenmelidir. Cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahi sonrası komplikasyonların önemli nedenlerinden biri olup erken tanılanmaları hasta sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır (Allegranzi et al., 2016). Dren bulunan hastalarda drenaj miktarı, rengi ve dren sisteminin işlevselliği, sızıntı, drenin yerinden çıkması, dren tüpü kırıkları değerlendirilmelidir (Allegranzi et al., 2016; Aydın A. 2022).

3.4.Beslenme, eliminasyon ve uyku örüntüsü: Beslenme durumu, cerrahi sonrası iyileşme sürecinin önemli belirleyicilerinden biridir. Yetersiz beslenme yara iyileşmesini geciktirebilmekte ve enfeksiyon riskini artırabilmektedir. Bu nedenle bireyin besin alımı, sıvı tüketimi ve kilo değişiklikleri değerlendirilmelidir. Ayrıca bağırsak ve mesane fonksiyonları izlenmeli; konstipasyon, diyare, üriner retansiyon veya inkontinans gibi sorunlar açısından değerlendirme yapılmalıdır. Ağrı, anksiyete ve çevresel faktörler nedeniyle uyku düzeninde bozulmalar görülebileceğinden uyku örüntüsünün değerlendirilmesi de önemlidir. Yeterli uyku, fiziksel iyileşme ve psikolojik iyilik halini destekleyen önemli bir faktördür (Doenges et al., 2022).

3.5.Mobilite ve düşme riski: Mobilizasyonun desteklenmesi cerrahi sonrası rehabilitasyonun temel bileşenlerinden biridir. Bu nedenle bireyin hareket kabiliyeti, denge durumu, kas gücü ve yardımcı cihaz gereksinimi değerlendirilmelidir. Özellikle yaşlı bireylerde düşme riski dikkatle incelenmelidir. Düşmeler; yaralanma, fonksiyon kaybı ve yeniden hastaneye yatış riskini artırabilmektedir. Evde bakım sürecinde düşme riskinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması hasta güvenliğinin sağlanması açısından önemlidir (Durgun et al., 2020). Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası hastaların düşme riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (Fındık ve ark., 2019; Karaman Özlü ve ark. 2015).

3.6.Psikososyal durum değerlendirmesi: Cerrahi girişim sonrasında bireylerde kaygı, korku, stres ve depresif belirtiler görülebilmektedir. Bu nedenle psikososyal değerlendirme, evde bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Bireyin hastalık algısı, baş etme yöntemleri, sosyal destek kaynakları ve bakım sürecine uyumu değerlendirilmelidir. Psikososyal sorunların erken dönemde belirlenmesi, gerekli danışmanlık ve destek hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlamaktadır. Güçlü sosyal destek sistemlerinin cerrahi sonrası iyileşme sürecini olumlu etkilediği bildirilmektedir (Sakashita et al., 2025).

3.7. Ev ortamı ve bakım verenin değerlendirilmesi: Ev ortamının fiziksel özellikleri ve bakım verenin yeterliliği, cerrahi sonrası bakımın başarısını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle ev ortamının hijyen koşulları, düşme riskini artırabilecek çevresel faktörler, gerekli tıbbi ekipmanların varlığı ve bakım için uygunluğu değerlendirilmelidir. Ayrıca bakım veren kişinin bilgi

düzeyi, bakım becerileri, bakım yükü ve destek gereksinimleri de incelenmelidir. Evde bakım hizmetlerinde bakım verenlerin desteklenmesi, bakımın sürdürülebilirliğini ve hasta güvenliğini artıran önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Can et al., 2013; Durgun et al., 2020).

Sonuç olarak cerrahi sonrası evde hemşirelik değerlendirmesi; bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel gereksinimlerini kapsayan bütüncül bir süreçtir. Kapsamlı değerlendirme sayesinde komplikasyonlar erken dönemde belirlenebilmekte, bakım planı bireyselleştirilebilmekte ve rehabilitasyon süreci daha etkili biçimde desteklenebilmektedir.

4. Hasta ve Aile Eğitimi

Cerrahi sonrası iyileşme sürecinin başarıyla sürdürülebilmesi, yalnızca hastanede verilen bakımın niteliğine değil, aynı zamanda taburculuk sonrasında hasta ve ailesinin bakım sürecine etkin katılımına da bağlıdır. Bu nedenle hasta ve aile eğitimi, cerrahi sonrası evde bakımın temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Eğitim süreci, bireyin sağlık gereksinimlerine uygun olarak planlanmalı, taburculuk öncesinde başlatılmalı ve ev ortamında izlem ziyaretleri veya diğer iletişim yöntemleri aracılığıyla sürdürülmelidir. Yapılandırılmış taburculuk eğitimi ve geçiş dönemi bakım programlarının, hastaların öz bakım becerilerini geliştirdiği, bakım sürekliliğini güçlendirdiği ve yeniden hastaneye yatış oranlarını azaltabildiği bildirilmektedir (Sakashita et al., 2025).

4.1.Taburculuk eğitiminin ev ortamında sürdürülmesi: Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneden ayrılmasıyla sona eren bir süreç değil, ev ortamında devam eden dinamik bir bakım bileşenidir. Hastaların cerrahi girişim sonrasında ilaç kullanımı, yara bakımı, beslenme düzeni, fiziksel aktivite, kontrol randevuları ve günlük yaşam aktiviteleri konusunda doğru bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Evde bakım sürecinde hemşireler tarafından gerçekleştirilen eğitim ve danışmanlık faaliyetleri, bireyin tedavi planına uyumunu artırmakta ve iyileşme sürecini desteklemektedir. Özellikle hemşire liderliğinde yürütülen geçiş dönemi bakım uygulamalarının hasta memnuniyetini artırdığı ve bakım sonuçlarını iyileştirdiği belirtilmektedir (Sakashita et al., 2025).

4.2. Uyarı belirtilerinin tanınması: Cerrahi sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesi, olumsuz sonuçların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hasta ve aile bireyleri; ateş, yara yerinde kızarıklık veya akıntı, beklenmeyen ağrı artışı, nefes darlığı, aşırı kanama, bilinç değişikliği ve ilaç yan etkileri gibi uyarı belirtileri konusunda bilgilendirilmelidir. Komplikasyon belirtilerinin erken tanınması ve zamanında sağlık kuruluşuna başvurulması, enfeksiyonlar ve diğer cerrahi komplikasyonlara bağlı morbiditenin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Alleganzi et al., 2016).

4.3. Evde güvenli bakım uygulamaları: Ev ortamında güvenli bakım uygulamalarının sürdürülmesi, hasta güvenliğinin temel unsurlarından biridir. Cerrahi sonrası dönemde enfeksiyon kontrolü, ilaç güvenliği, düşmelerin önlenmesi ve tıbbi cihazların doğru kullanımı konusunda hasta ve bakım verenlerin eğitilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde düşme riskini azaltmaya yönelik çevresel düzenlemeler, uygun aydınlatmanın sağlanması, kaygan yüzeylerin ortadan kaldırılması ve yardımcı cihazların doğru kullanılması önem taşımaktadır. Evde bakımda hasta güvenliğine yönelik kanıt temelli uygulamaların komplikasyonların önlenmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Durgun et al., 2020).

4.4. Aile katılımı ve bakım veren desteği: Cerrahi sonrası evde bakım sürecinde aile üyeleri ve bakım verenler, bakımın sürekliliğinin sağlanmasında önemli sorumluluklar üstlenmektedir. İlaçların uygulanması, yara bakımının sürdürülmesi, mobilizasyonun desteklenmesi ve hastanın günlük gereksinimlerinin karşılanmasında bakım verenlerin rolü oldukça büyüktür. Ancak bakım sorumluluğu zamanla fiziksel, duygusal ve sosyal yük oluşturmaktadır. Bu nedenle bakım verenlerin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, danışmanlık hizmetleriyle desteklenmesi ve bakım sürecine aktif olarak hazırlanması önem taşımaktadır. Evde bakım hizmetlerine ilişkin etik değerlendirmelerde de bakım veren desteğinin bakım kalitesini etkileyen temel faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır (Can et al., 2013).

4.5. Sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve kullanabilme kapasitesini ifade etmektedir. Cerrahi sonrası dönemde yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin tedavi planına uyumlarının daha yüksek olduğu, öz bakım uygulamalarını daha etkili gerçekleştirdikleri ve komplikasyonlarla daha başarılı başa çıkabildikleri bildirilmektedir. Bu nedenle hemşireler, hasta ve aile eğitimlerinde kullanılan bilgilerin bireyin eğitim düzeyine ve sağlık okuryazarlığı kapasitesine uygun olmasına dikkat etmelidir. Anlaşılır dil kullanılması, yazılı ve görsel eğitim materyallerinden yararlanılması ve öğrenmenin geri bildirim yöntemleriyle değerlendirilmesi sağlık eğitiminin etkinliğini artırmaktadır. Halk sağlığı yaklaşımı açısından sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi, bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artıran ve uzun dönemli sağlık sonuçlarını iyileştiren önemli bir strateji olarak kabul edilmektedir (Nutbeam, 2008).

5. Cerrahi Sonrası Evde Hemşirelik Girişimleri ve Evde Rehabilitasyon Uygulamaları

Cerrahi sonrası evde bakım süreci, bireyin hastaneden taburculuk sonrasında güvenli iyileşmesini destekleyen, komplikasyonların önlenmesini amaçlayan ve fonksiyonel bağımsızlığın yeniden kazanılmasına odaklanan

kapsamlı bir bakım yaklaşımıdır. Bu süreçte hemşirelik girişimleri, yalnızca fiziksel iyileşmenin izlenmesini değil; aynı zamanda bireyin öz bakım becerilerinin geliştirilmesini, psikososyal uyumunun desteklenmesini ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasını da kapsamaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin toplum temelli bakım modellerine yönelmesiyle birlikte ev temelli rehabilitasyon uygulamaları, cerrahi sonrası bakımın önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Özellikle yapılandırılmış evde rehabilitasyon programlarının fonksiyonel iyileşmeyi desteklediği, yaşam kalitesini artırdığı ve sağlık hizmeti kullanımını azaltabildiği bildirilmektedir (Lee & Lee, 2023).

Cerrahi sonrası evde hemşirelik girişimlerinin temel amaçlarından biri komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi ve önlenmesidir. Bu doğrultuda hemşireler tarafından yara iyileşmesi, ağrı düzeyi, enfeksiyon belirtileri, ilaç tedavisine uyum, beslenme durumu ve günlük yaşam aktiviteleri düzenli olarak değerlendirilmektedir. Özellikle taburculuk sonrası dönemde gerçekleştirilen yapılandırılmış eğitim programlarının cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltabildiği, hasta bilgi düzeyini artırdığı ve öz bakım uygulamalarını güçlendirdiği gösterilmektedir (Gillespie et al., 2023).

Evde rehabilitasyon uygulamaları, bireyin fiziksel fonksiyonlarını yeniden kazanmasına yönelik planlanan egzersiz, mobilizasyon ve güçlendirme programlarını kapsamaktadır. Özellikle diz artroplastisi, kalça kırığı cerrahisi ve ortopedik girişimler sonrasında uygulanan ev temelli rehabilitasyon programlarının, hastane temelli rehabilitasyon uygulamalarına benzer düzeyde etkili sonuçlar sağlayabildiği rapor edilmektedir (Zhao et al., 2023). Ayrıca çok bileşenli evde rehabilitasyon programlarının yaşlı bireylerde fonksiyonel kapasiteyi artırdığı, bağımsız yaşam becerilerini desteklediği ve iyileşme sürecini hızlandırdığı belirtilmektedir (Lee & Lee, 2023).

Son yıllarda dijital sağlık teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte uzaktan izlem ve tele-rehabilitasyon uygulamaları da cerrahi sonrası bakım süreçlerinde daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Mobil uygulamalar, çevrim içi egzersiz programları, görüntülü danışmanlık hizmetleri ve uzaktan hasta izlemi gibi dijital çözümler; bireyin ev ortamında rehabilitasyon programına katılımını kolaylaştırmakta ve sağlık profesyonelleri ile iletişimini güçlendirmektedir. Özellikle dijital destekli ev temelli rehabilitasyon uygulamalarının hasta katılımını artırdığı, öz yönetim becerilerini geliştirdiği ve bakımın sürekliliğini desteklediği bildirilmektedir (Moran et al., 2023).

Cerrahi sonrası evde bakımın önemli bileşenlerinden biri de taburculuktan eve geçiş sürecinin etkin biçimde yönetilmesidir. Hastaneden eve geçiş dönemi, birey ve aile açısından fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan kırılgan bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde hemşirelerin bakım koordinasyonu sağlaması, bireyin gereksinimlerini değerlendirmesi, eğitim ve

danışmanlık hizmetleri sunması ve uygun yönlendirmeleri yapması bakım sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir. Güncel sistematik derlemeler, hasta merkezli taburculuk planlaması ve geçiş dönemi bakım uygulamalarının hasta deneyimini iyileştirdiğini, bakım sürekliliğini güçlendirdiğini ve yeniden hastaneye yatış riskini azaltabildiğini göstermektedir (Jesus et al., 2024; Dimech et al., 2024).

SONUÇ

Cerrahi sonrası evde bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, hastaneden eve geçiş sürecinde bakımın sürekliliğini sağlayan ve bireyin güvenli iyileşmesini destekleyen önemli toplum temelli sağlık hizmetleridir. Erken taburculuk uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte, komplikasyonların önlenmesi, fonksiyonel bağımsızlığın yeniden kazanılması ve yaşam kalitesinin artırılmasında evde bakım hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır.

Halk sağlığı yaklaşımı doğrultusunda yürütülen evde bakım uygulamalarında hemşireler; değerlendirme, eğitim, danışmanlık, izlem ve bakım koordinasyonu rolleriyle merkezi bir konumda yer almaktadır. Kapsamlı hemşirelik değerlendirmesi, hasta ve aile eğitimi, multidisipliner ekip iş birliği ve bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programları, cerrahi sonrası iyileşme sürecinin temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda evde bakım ve cerrahi sonrası rehabilitasyon hemşireliği, bireyin fonksiyonel iyileşmesini destekleyen, yeniden hastaneye yatışları azaltan ve toplum temelli sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine katkı sağlayan önemli bir uygulama alanı olarak değerlendirilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar K, Acar H, Demir F, Eti Aslan F. (2016). Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2:85-91.
- Allegranzi, B., Bischoff, P., de Jonge, S., Kubilay, N. Z., Zayed, B., Gomes, S. M., ... & Boormeester, M. A. (2016). New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: An evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12), e276–e287. doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30398-X
- Aydın Sayılan A. (2022). Cerrahi hastada dren ve kateter güvenliği. Dal Yılmaz Ü, editör. *Cerrahide Hasta Güvenliği*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; P.28-32.
- Can, R., Çapar Abacı, L., & Kadioğlu, S. (2013). Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri sırasında gündeme gelen tıp etiği sorunları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35, 448–456. doi.org/10.7197/1305-0028.1221
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... & Wu, C. L. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008
- Dimech, N., Cassar, M., & Carabott, J. (2024). Hospital discharge process: Context-sensitive care. *Creative Nursing*, 30(4), 332–335. doi.org/10.1177/10784535241236757
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2022). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span* (11th ed.). F.A. Davis.
- Dragosits A, Martinsen B, Hemingway A, Norlyk A. (2024). Coming home: older patients' and their relatives' experiences of well-being in the transition from hospital to home after early discharge. *Int J Qual Stud Health Well-being*. Dec;19(1):2300154. doi: 10.1080/17482631.2023.2300154. Epub 2024 Jan 3. PMID: 38166522; PMCID: PMC10769116.
- Durgun, H., Turan, N., & Kaya, H. (2020). Evde bakımda hasta güvenliğine yönelik kanıt temelli uygulamalar: Sistemik derleme. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(2), 366–374. doi.org/10.5222/jaren.2020.02419
- Fındık ÜY, Yeşilyurt DS, Işıklı AG. (2019). Cerrahi hastalarının düşme risklerinin değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 7(1):90-95.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2011). Home care across Europe. *International Journal of Integrated Care*, 11, e133. doi.org/10.5334/ijic.817
- Gillespie, B. M., Thalib, L., Harbeck, E., Tobiano, G., Kang, E., Tobiano, S., Tong, M., Clark, J., Patel, B., & Chaboyer, W. (2023). Effectiveness of discharge education for patients undergoing general surgery: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 140, 104471. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104471

- Gökçe, E., & Arslan, S. (2024). Cerrahi hemşireliğinde evde bakım. *Toros Üniversitesi Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 119–129. doi.org/10.55708/tusad.1417804
- Jesus, T. S., Stern, B. Z., Lee, D., Zhang, M., Struhar, J., Heinemann, A. W., Jordan, N., & Deutsch, A. (2024). Systematic review of contemporary interventions for improving discharge support and transitions of care from the patient experience perspective. *PLOS ONE*, 19(5), e0299176. doi.org/10.1371/journal.pone.0299176
- Karaman Özlü, Z., Yayla, A., Özer, N., Gümüş, K., Erdağı, S. ve Kaya, Z. (2015). Cerrahi Hastalarda Düşme Riskleri. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 94-99. https://izlik.org/JA73GR59ES
- Kim, H., & Lee, J. (2024). Socioeconomic inequity in access to medical and long-term care among older people. *International Journal for Equity in Health*, 23, 245. doi.org/10.1186/s12939-024-02345-7
- Lee, H., & Lee, S.-H. (2023). Effectiveness of multicomponent home-based rehabilitation in older patients after hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1–2), 31–48. doi.org/10.1111/jocn.16256
- Lin, L., Cheng, M., Guo, Y., et al. (2024). *Early discharge hospital at home as alternative to routine hospital care for older people: A systematic review and meta-analysis. BMC Medicine*, 22, 250. doi.org/10.1186/s12916-024-03463-3
- Mah, J. C., Stevens, S. J., Keefe, J. M., Rockwood, K., & Andrew, M. K. (2021). Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(145), 1–16. doi.org/10.1186/s12877-021-02069-1
- Moran, J., Guinan, E., McCormick, P., Larkin, J., Mockler, D., Hussey, J., & Moriarty, J. (2023). The use of digital technologies to support home-based prehabilitation prior to major surgery: A systematic review. *The Surgeon*, 21(6), e305–e315. doi.org/10.1016/j.surge.2023.05.006
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Sakashita, C., Endo, E., Ota, E., et al. (2025). *Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: A systematic review and meta-analysis. BMC Nursing*, 24, 379. doi.org/10.1186/s12912-025-03040-w
- Williams, S., O’Riordan, C., Morrissey, A. M., et al. (2024). *Early supported discharge for older adults admitted to hospital after orthopaedic surgery: A systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics*, 24, 143. doi.org/10.1186/s12877-024-04775-y
- Zhao, B., Liu, H., Du, K., Zhou, W., et al. (2023). Effectiveness and safety of outpatient rehabilitation versus home-based rehabilitation after knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 18, 704. doi.org/10.1186/s13018-023-04160-2