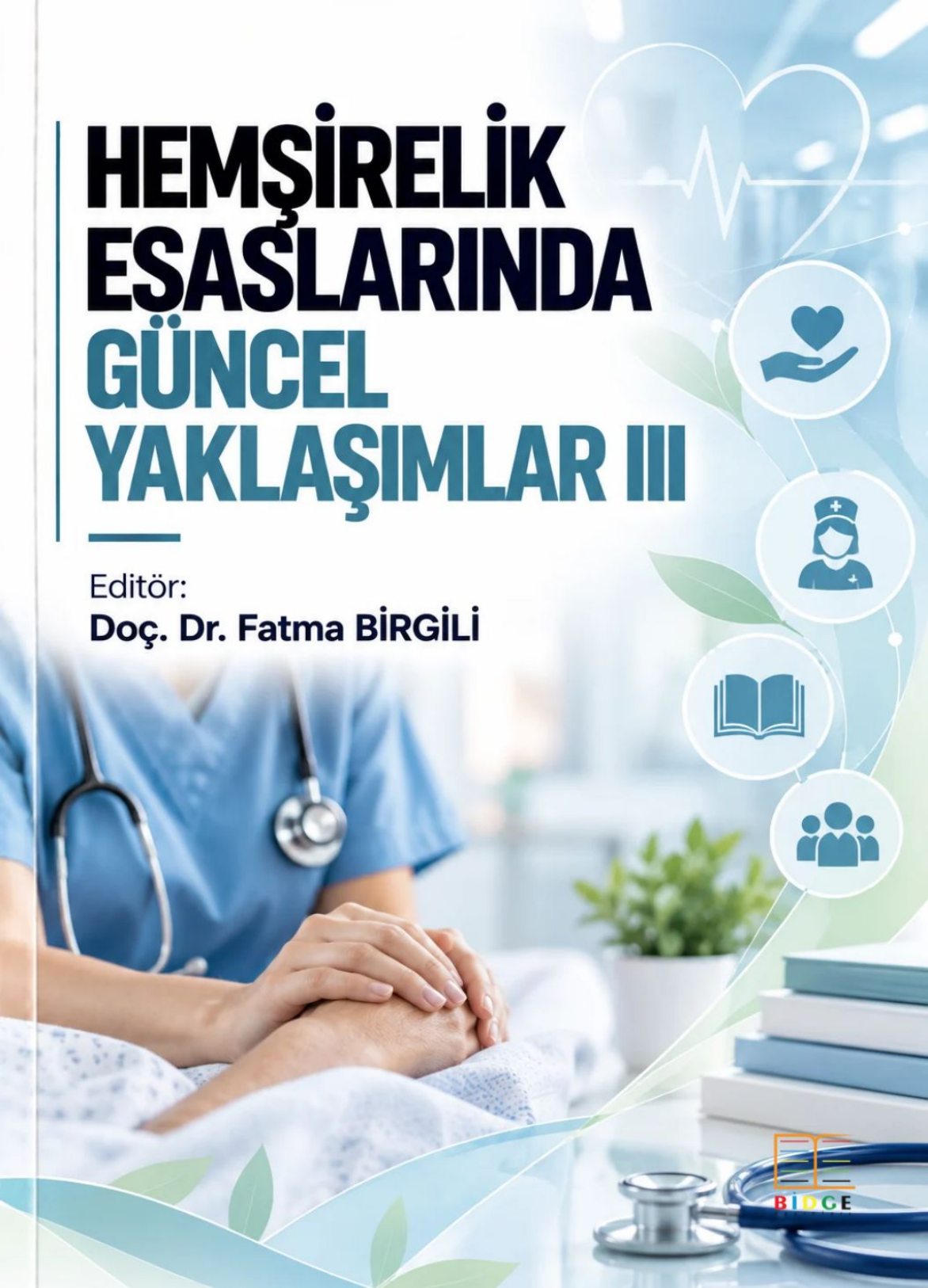
HEMŞİRELİK ESASLARINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR III

Editör:
Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ



BİDGE

BİDGE Yayınları

Hemşirelik Esaslarında Güncel Yaklaşımlar Iıı

Editör: Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

ISBN: 978-625-5474-82-7

1. Baskı
Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL
Yayınlama Tarihi: 2026-10-25
BİDGE Yayınları

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

Sertifika No: 71374
Yayın hakları © BİDGE Yayınları
www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com
Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.
Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya / Ankara

ÖNSÖZ

Değerli okurlar; Hemşirelikte teori ve hastalıklarda bakım alanında farklı kategorilerde, "Hemşirelik Esaslarında Güncel Yaklaşımlar III" isimli kitabımız güncel konuları içermektedir. Bu kitabımız hemşirelik esasları alanında uzman akademisyenler tarafından yazılmıştır. Kitapta hemşirelik esasları alanında güncel konularda gelişmelere ağırlık verilmiştir. Her bölümde yazarlar kendi alanındaki teorik bilgilerini kendi çalışmaları ayrıntılı bir literatür bilgisiyle oluşturarak siz değerli okuyuculara sunmuşlardır. İnsan ve toplum sağlığının korunmasında çok önemli sorumlulukları olan hemşirelerin kendi alanında son yıllarda meydana gelen teknolojik ve bilimsel inovatif gelişmeleri takip ederek hazırladıkları her bölümde güncel bilgilere ulaşabileceksiniz. Bu bilgilerin özellikle mesleğe yeni adım atmış bilim insanlarına yol gösterici olacağı kanaatindeyiz. Ayrıca, emeği geçen koordinatörler, hakemler, yazarlar ve yayınevine değerli katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Kitabın okuyuculara faydalı olması dileğiyle…

Editör

Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

İÇİNDEKİLER

SAĞLIK BAKIMI İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA YÖNELİK GÜNCEL KANITLAR 1
KEZİBAN BABADAĞ

OKULDAN KLİNİĞE GEÇİŞTE YENİ MEZUN HEMŞİRELERİN TEMEL BECERİ YETERLİLİĞİ 39
KEZİBAN BABADAĞ

OREM'İN ÖZ BAKIM YETERSİZLİĞİ KURAMI TEMELİNDE KANSER HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI 72
FUNDA KARAMAN

THE USE OF TECHNOLOGY IN SKILLS INSTRUCTION FOR FUNDAMENTALS OF NURSING 93
NESE İBİL, HAYAT YALIN

Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyumda Manevi Sağlık Bakımı, Dayanıklılık ve Zihinsel İyiliğin Öngörücü Rolü 107
FATMA BİRGİLİ

BÖLÜM 1

SAĞLIK BAKIMI İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA YÖNELİK GÜNCEL KANITLAR

KEZİBAN BABADAĞ[1]

Giriş

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar, hastaların sağlık kurumunda aldıkları bakım sırasında gelişen ve hasta güvenliğini doğrudan tehdit eden enfeksiyonlardır. Hemşireler; el hijyeni, koruyucu ekipman kullanımı, çevre temizliği ve güvenli enjeksiyon gibi önlemlerin uygulanmasında ve eğitim, izlem ve güçlü liderlik yoluyla bu önlemlere uyumun sağlanmasında kilit bir konumdadır (Hill et al., 2024).

Türkiye'de Dünya Sağlık Örgütü'nün enfeksiyon önleme ve kontrol temel bileşenlerinin uygulanma düzeyini 68 sağlık kurumunda değerlendiren çalışmada kurumların çoğunun ileri düzeyde olduğu, ancak en düşük puanların iş yükü ve personel ile çok yönlü stratejiler bileşenlerinde alındığı belirlenmiştir (Azak et al., 2023). Sağlık çalışanlarının standart önlemlere ilişkin bilgisi

[1] Öğr. Gör. Dr., Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Optisyenlik Programı, ORCID: 0000-0003-4882-006X

genellikle yeterli olsa da kılavuzlara uyum pek çok etmenden etkilenmektedir (Alhumaid et al., 2021); örneğin Bangladeş'te hemşirelerin %85'inin bilgisi iyi ya da orta düzeyde iken yalnızca %17'sinin uygulamaları iyi bulunmuştur (Harun et al., 2022). Bu bilgi–uygulama açığı, güncel kanıtların hemşirelik bakımına nasıl aktarılacağı sorusunu öne çıkarmaktadır.

Bu bölümde önce enfeksiyonların temel özellikleri, bulaş yolları ve risk etmenleri; ardından temel hemşirelik uygulamaları, invaziv araçlara bağlı enfeksiyonlar ve cerrahi alan enfeksiyonunun önlenmesi ele alınmaktadır. Son olarak güncel kanıtların değerlendirilmesi, klinik uygulamaya aktarılması ve hasta güvenliği kültürü tartışılmaktadır.

Enfeksiyonların Temel Özellikleri

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar; hastane, uzun süreli bakım kurumu, ayaktan tedavi birimi, diyaliz merkezi ya da ev gibi sağlık bakımının verildiği herhangi bir ortamda gelişen, sağlık bakımıyla ilişkili olan ve bakım verildiği sırada var olmayan ya da kuluçka döneminde bulunmayan enfeksiyonlardır (Siegel et al., 2007). Bu enfeksiyonlar hastalık ve ölüm oranlarını artırmakta, hastanede kalış süresini uzatmakta ve tedavi maliyetlerini yükseltmektedir; bu enfeksiyonların görüldüğü hastaların hastanede 2–20 gün daha uzun kaldığı bildirilmektedir (Al-Tawfiq, 2025). Etkileri özellikle bağışıklığı baskılanmış ve invaziv girişim uygulanan hastalarda belirgindir (Guchhait et al., 2023; Kubde et al., 2023).

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar antimikrobiyal dirençle de yakından ilişkilidir: bu enfeksiyonların tedavisi çoğu zaman geniş spektrumlu antibiyotik gerektirdiğinden direncin gelişmesini ve yayılmasını hızlandırır. Bu nedenle enfeksiyonların önlenmesi, her yıl bir milyondan fazla ölümden sorumlu olan

antimikrobiyal direncin önlenmesinin de temel bileşenidir (Sartelli et al., 2024).

Türkiye'de sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar, 2008 yılından bu yana Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı aracılığıyla izlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, t.y.). Yoğun bakım ünitelerindeki invaziv araç ilişkili enfeksiyonlar iki ölçütle raporlanmaktadır: 1000 araç gününe düşen enfeksiyon hızı ve standardize enfeksiyon oranı (standardized infection ratio, SIR). SIR, gözlenen enfeksiyon sayısının, ünitelerin özelliklerine göre beklenen enfeksiyon sayısına oranıdır; 1'in üzerindeki değerler beklenenden fazla enfeksiyon geliştiğini gösterir. Bu ölçütlere ilişkin en güncel ulusal veriler Tablo 1'de verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2026).

Tablo 1. Türkiye'de Yoğun Bakım Ünitelerinde Cihaz İlişkili Enfeksiyon Hızları (2024) ve Standardize Enfeksiyon Oranları (2025)

Enfeksiyon	**2024 hızı (1000 araç gününde)**	**2025 SIR (%95 GA)**
Ventilatör ilişkili pnömoni	3,66	1,10 (1,07–1,12)
Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu	3,81	1,16 (1,15–1,18)
Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu	0,81	0,87 (0,85–0,89)

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2026) verilerinden düzenlenmiştir. 2024 hızları, raporun Türkiye geneli tablolarında yoğun bakım tiplerine göre verilen enfeksiyon ve araç günü sayılarının toplamından hesaplanmıştır (yenidoğan yoğun bakım üniteleri hariç). GA: güven aralığı; SIR: standardize enfeksiyon oranı.

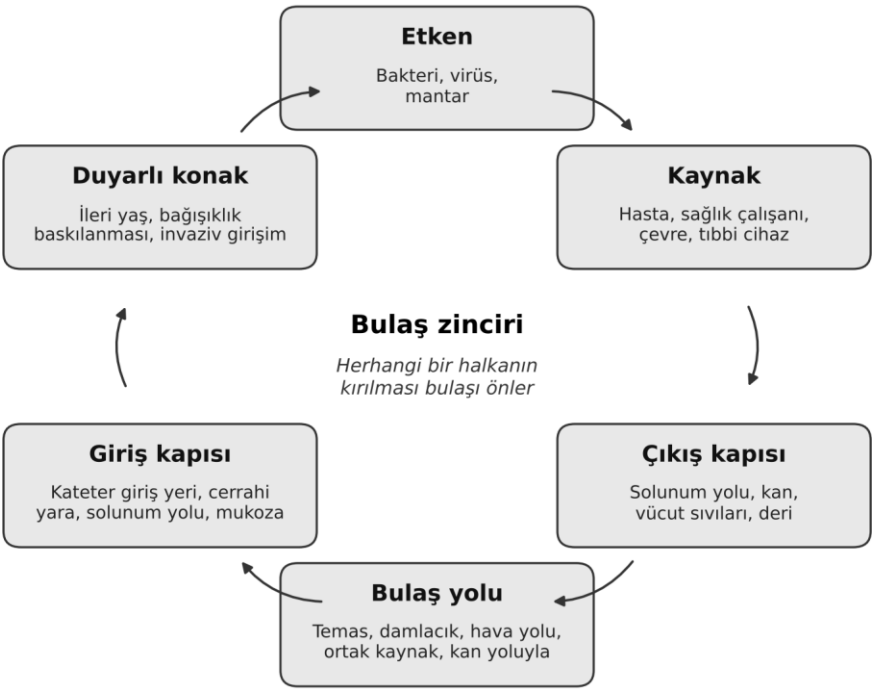
2025 yılında ventilatör ilişkili pnömoni ve santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının SIR değerleri 1'in üzerinde bulunmuştur; bu, gözlenen enfeksiyon sayısının beklenenin üzerinde

olduğunu gösterir. Raporda bu iki enfeksiyonun SIR değerlerinin 2024 yılına göre sırasıyla %1,9 ve %6,4 arttığı bildirilmektedir. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonunda ise SIR 1'in altında kalmış ve 2024 yılına göre %4,4 azalmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2026). Bu tablo, özellikle santral kateter ve ventilatör bakımına yönelik önleme uygulamalarının yoğun bakımlarda sürekli izlenmesi ve güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bulaş Yolları ve Risk Etmenleri

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların gelişimi bulaş zinciriyle açıklanır. Bulaş zinciri; etken, kaynak, çıkış kapısı, bulaş yolu, giriş kapısı ve duyarlı konak olmak üzere altı halkadan oluşur ve herhangi bir halkanın kırılması bulaşı önler (Şekil 1). Hemşirelik uygulamalarının çoğu bu halkalardan birini hedefler: el hijyeni ve kişisel koruyucu ekipman bulaş yolunu, asepsi ve invaziv araç bakımı giriş kapısını, çevre temizliği ve dekontaminasyon ise kaynağı kontrol altına alır. Bu ilkeler, Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin (CDC) son olarak 2024'te güncellenen izolasyon önlemleri kılavuzunda ayrıntılı olarak yer almaktadır (Siegel et al., 2007).

Şekil 1. Bulaş Zinciri



Kaynak: (Siegel et al., 2007) temel alınarak hazırlanmıştır.

Sağlık bakımı ortamlarında başlıca bulaş yolları temas, damlacık ve hava yoludur. En sık görülen temas yoluyla bulaş, eller ya da kontamine malzeme, yüzey ve formalar aracılığıyla doğrudan veya dolaylı olarak gerçekleşir. Kontamine ilaç, solüsyon ya da cihazdan çok sayıda hastanın etkilendiği ortak kaynak bulaşı ile kesici-delici alet yaralanmalarına bağlı kan yoluyla bulaş da önemlidir (Siegel et al., 2007).

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların risk etmenleri hasta, tedavi/girişim ve kurum/organizasyon ile ilişkili olmak üzere üç grupta ele alınabilir (Tablo 2). Bu sınıflama, hemşirenin hangi

riskleri değiştirebileceğini ve hangilerinin kurumsal önlem gerektirdiğini görmesini kolaylaştırır.

Tablo 2. Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonlarda Risk Etmenleri

Hasta ile ilişkili	**Tedavi/girişim ile ilişkili**	**Kurum/organizasyon ile ilişkili**
İleri yaş ve yenidoğan dönemi	İnvaziv araçlar (vasküler ve üriner kateterler)	Hemşire iş yükü
Bağışıklığın baskılanması	Entübasyon ve mekanik ventilasyon	Personel yetersizliği ve hemşire devir hızı
Kronik ve eşlik eden hastalıklar	Cerrahi girişim ve kontamine yara	Yetersiz çevre temizliği
Travma	İnvaziv aracın uzun süre kullanılması	Eğitim yetersizliği
	Uzun yatış süresi	Malzemeye erişim güçlüğü
	Antibiyotik kullanımı	Enfeksiyon kontrol programlarının etkinliği

Kaynak: (Adal et al., 2025; Badparva et al., 2023; Bunduki et al., 2024; Pitiriga et al., 2022; Scheier et al., 2021; Tencic & Roche, 2023) çalışmalarından derlenmiştir.

Hasta ile ilişkili etmenler arasında yenidoğan dönemi ve ileri yaş, kronik ve eşlik eden hastalıklar, bağışıklığın baskılanması ve travma yer almaktadır; yoğun bakımda kronik hastalığı olan ya da bağışıklığı baskılanmış hastaların enfeksiyonlara daha yatkın olduğu bildirilmektedir (Adal et al., 2025). Bu etmenlerin çoğu değiştirilemese de hemşirenin riskli hastaları erken tanıması, önleme uygulamalarını bu hastalarda daha titiz uygulamasını sağlar.

Tedavi/girişim ile ilişkili etmenler, hemşirelik bakımıyla doğrudan bağlantılı risk grubudur. Vasküler ve üriner kateterler, entübasyon ve mekanik ventilasyon, cerrahi girişimler ve kontamine yaralar ile uzun yatış süresi sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlarla ilişkili bulunmuştur (Adal et al., 2025; Bunduki et al., 2024). Aracın vücutta kaldığı süre uzadıkça enfeksiyon riski de artmaktadır; örneğin santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu hızı, kateter süresi uzadıkça belirgin biçimde yükselmektedir (Pitiriga et al.,

2022). Antibiyotiklerin uygunsuz ve aşırı kullanımı ise dirençli mikroorganizmaların gelişmesini ve yayılmasını kolaylaştırmaktadır (Worldwide Antimicrobial Resistance National/International Network Group (WARNING) Collaborators, 2023). Bu gruptaki önemli değiştirilebilir etmenlerden biri invaziv aracın kullanım süresidir.

Kurum/organizasyon ile ilişkili etmenler de enfeksiyon riskini etkilemektedir. 1:4 hemşire–hasta oranıyla çalışan hemşireler, ağız ve yara bakımı gibi enfeksiyon kontrolüne yönelik bakımı zamanında tamamlayabildiklerini bildirmiştir (Tencic & Roche, 2023); hemşire devir hızı arttıkça santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu hızının da arttığı gösterilmiştir (Scheier et al., 2021). Yüksek iş yükü, ekipman eksikliği ve eğitim yetersizliği kılavuzların uygulanmasındaki başlıca engeller arasında yer alırken (Badparva et al., 2023), sertifikalı enfeksiyon kontrol uzmanlarının bulunması, sık geri bildirim ve yeterli hemşire sayısı enfeksiyonların azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (Azak et al., 2023).

Enfeksiyonların Önlenmesinde Temel Hemşirelik Uygulamaları

Hemşirelik uygulamalarında enfeksiyonların önlenmesi; el hijyeni ve standart önlemler, aseptik teknik, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, çevre ve ekipman yönetimi, güvenli enjeksiyon uygulamaları, invaziv araçların uygun kullanımı ve sürveyans olmak üzere birbiriyle ilişkili bileşenlerden oluşur (Puro et al., 2022; World Health Organization, 2009; Yokoe et al., 2023). Bu bileşenlerin temelini, enfeksiyon durumu bilinsin ya da bilinmesin tüm hastalara uygulanan standart önlemler oluşturur (Siegel et al., 2007). Önleme uygulamalarının etkisi, tek tek değil birlikte ve tutarlı biçimde uygulanmalarına bağlıdır; bu nedenle önleme uygulamaları çoğunlukla bakım demetleri (bundle) hâlinde ve birim düzeyinde standart prosedürlerle yürütülmektedir (Buetti et al., 2022; Glowicz et al., 2023; Yokoe et al., 2023). Standart önlemlerin eksik

uygulanması, kılavuzlara uyumdaki eksiklikler ve atlanan bakım uygulamaları çapraz bulaşmayı artıran değiştirilebilir etmenlerdir (McCauley et al., 2021).

El Hijyeni ve Asepsi

El hijyeni, hastaları, sağlık çalışanlarını ve çevreyi mikrobiyal kontaminasyondan korumada en önemli önlemdir (World Health Organization, 2009); güncel kılavuzlar da el hijyenini enfeksiyon önlemenin temel bileşeni olarak tanımlamaktadır (Glowicz et al., 2023). Güncel öneriler, eller gözle görülür biçimde kirli olmadığı sürece alkol bazlı el antiseptiklerinin tercih edilmesini; eller kirlendiğinde ya da sporlu mikroorganizmalarla temas olasılığında ellerin su ve sabunla yıkanmasını önermektedir (Glowicz et al., 2023). Dünya Sağlık Örgütü'nün "el hijyeni için beş an" yaklaşımına göre hemşire; hastayla temastan önce, aseptik işlemlerden önce, vücut sıvılarıyla temas riski sonrasında, hastayla temastan sonra ve hastanın çevresiyle temastan sonra el hijyeni sağlamalıdır (Glowicz et al., 2023; World Health Organization, 2009). Eldiven kullanımı el hijyeninin yerine geçmez ve eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni yapılmalıdır (Glowicz et al., 2023); aseptik işlemler gibi el hijyeni gerektiren bir durum eldiven giymeden önce ortaya çıkıyorsa el hijyeni eldiven giyilmeden önce yapılmalıdır (World Health Organization, 2009).

Kılavuzlar, el hijyenine uyumun izlenmesini ve sonuçların sağlık çalışanlarına zamanında geri bildirilmesini önermektedir (Glowicz et al., 2023).

Asepsi, işlem sırasında mikroorganizmaların hastaya geçişinin önlenmesidir. Periferik venöz kateter uygulamasında asepsiye ilişkin en güçlü kanıta sahip uygulamalar; cildin %0,5'ten yüksek klorheksidin içeren %70 alkollü solüsyonla ya da %2 sulu klorheksidinle hazırlanması, uygun el hijyeni ve bağlantılarla cihazların temiz eldivenle ele alınmasıdır (Guanche-Sicilia et al.,

2021). Bu aşamalardaki uygulamalar eğitimle iyileştirilebilir (Farizon et al., 2023). Uygulamada hemşire, malzeme hazırlığından önce ve işlemden hemen önce el hijyeni yapmalı ve antisepsi uygulanan bölgeye yeniden dokunmamalıdır (temassız teknik).

Koruyucu Ekipman Kullanımı

Kişisel koruyucu ekipmanın koruyuculuğu, doğru ekipmanın seçilmesine ve doğru kullanılmasına bağlıdır. Ekipman, bulaş yolu ve işlem sırasında vücut sıvısı sıçrama riski göz önüne alınarak seçilmeli; eldiven her hasta temasından sonra değiştirilmelidir (Siegel et al., 2007). Aspirasyon ya da entübasyon gibi aerosol oluşturan işlemlerde yüzü önden ve yanlardan kapatan bir yüz siperi ya da maske ile gözlük kullanılmalı; tüberküloz gibi hava yoluyla bulaşan bir etkenle enfekte olduğu bilinen ya da şüphelenilen hastaların bakımında ise N95 ya da daha yüksek düzeyde respiratör takılmalıdır (Siegel et al., 2007).

Ancak çalışanların ekipmanı kullanmaya istekli olması tek başına yeterli değildir. Bakımın verildiği her alanda gerekli koruyucu ekipmanın bulundurulması ve ekipmanın doğru giyilip çıkarılmasına yönelik eğitim verilmesi önerilmektedir (Siegel et al., 2007); güncel kılavuz da eldivenin kontaminasyona yol açmadan çıkarılabildiğinin doğrulanmasını ve uygulama becerisinin gösterim ya da gözlem yoluyla değerlendirilmesini önermektedir (Glowicz et al., 2023). COVID-19 döneminde hemşirelerle yapılan bir çalışmada da risk algısı ve bilgi düzeyinin koruyucu ekipman ve el hijyeni uyumunu bağımsız olarak yordadığı; ekipmanın rahat ve erişilebilir olması, hastane politikası ve kıdemli çalışanların uyumunun ise kolaylaştırıcı olduğu belirlenmiştir (Elshaer & Agage, 2022). Hemşirelerin önerileri arasında birimde koruyucu ekipman uygulamalarından sorumlu bir kişinin belirlenmesi de yer almış ve bu öneri düşük maliyetli bir seçenek olarak değerlendirilmiştir (Driscoll & Evans, 2022). Enfeksiyon kontrol önlemlerinin

çalışanlara getirdiği cilt sorunları, baş ağrısı, duyusal belirtiler ve zaman baskısı gibi yükler de uyumu etkileyebilecek engeller arasındadır (Ungar et al., 2024).

Çevre ve Ekipman Yönetimi

Hasta çevresindeki yüzeyler ve hastalar arasında paylaşılan tıbbi ekipman, bulaş zincirinde mikroorganizmalar için rezervuar oluşturabilir ve dolaylı temas yoluyla bulaşa katkıda bulunabilir (Şekil 1). Dirençli olanlar da dahil bazı patojenler sık dokunulan yüzeylerde uzun süre canlı kalabildiğinden (Cruz-López et al., 2023), bu yüzeyler düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmeli; hastalar arasında paylaşılan ekipman her kullanımdan sonra temizlenmeli ve olanaklı olduğunda hastaya özel ekipman kullanılmalıdır (Siegel et al., 2007). Tekstiller ve beklenmeyen rezervuarlar da göz ardı edilmemelidir. Hasta çevresindeki tekstillere sert yüzeylere göre çok daha sık dokunulduğu ve bunların, enfeksiyon kaynağı oldukları gösterilmemiş olsa da olası bir bakteri rezervuarı olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir (Nygren et al., 2023). Yoğun bakımlarda arıtılmış su, kullanılmış serum şişeleri, el yıkama lavaboları ve klima cihazları gibi kaynakların belirlenip ortadan kaldırılmasıyla enfeksiyonların azaldığı da gösterilmiştir (Guchhait et al., 2023; Woźniak et al., 2024).

Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları ve Kesici-Delici Atıkların Yönetimi

Her enjeksiyonda steril, tek kullanımlık iğne ve enjektör kullanılmalı, tek dozluk flakonlar birden fazla hastada kullanılmamalı ve çok dozluk flakonlara steril malzemeyle erişilmelidir (Siegel et al., 2007). İğneler kapakları takılmadan delinmeye dayanıklı kaplara atılmalıdır; iğne kapağının yeniden takılması ve standart dışı koruyucu ekipman kullanımı, kan yoluyla bulaşan enfeksiyon riskini hem çalışanlar hem de hastalar için artırmaktadır (Suksatan et al., 2022). Güvenlik mekanizmalı

ürünlerin kullanılması ve yaralanmaların bildirilmesi kurumsal olarak desteklenmelidir.

İnvaziv Araçlara Bağlı Enfeksiyonların Önlenmesi

İnvaziv araçlar, deri ve mukoza gibi doğal savunma bariyerlerini aşarak mikroorganizmaların vücuda girişini kolaylaştırır ve invaziv araç ilişkili enfeksiyonlar açısından önemli bir risk oluşturur (Şekil 1). Bu nedenle invaziv araç kullanımının gereklilik ve yarar–zarar dengesi gözetilerek seçici biçimde sınırlandırılması önerilmektedir (Razzaque, 2023). Güncel yaklaşımlar ayrıca aracın takılmasından çıkarılmasına kadar bütün "yaşam döngüsünü" kapsayan bir bakım anlayışını önermektedir (Garcia et al., 2025). Tüm invaziv araçlar için ortak ilkeler; aracın yalnızca gerektiğinde ve aseptik teknikle takılması, bakımının steril bariyer önlemleriyle yapılması, gerekliliğinin her gün değerlendirilmesi ve gereksiz hâle geldiğinde hemen çıkarılmasıdır (Buetti et al., 2022; Patel et al., 2023; Yokoe et al., 2023). Hemşirelerle yapılan nitel bir çalışmada periferik kateter bakımının belirsiz ve parçalı yürütüldüğü, net bir sorumlu ve hemşire liderliği bulunmadığı, düşük risk algısının da kanıta dayalı uygulamalara uyumu azalttığı belirlenmiştir (Blanco-Mavillard et al., 2022). Bu nedenle invaziv araç bakımında kimin neyi, ne zaman yapacağı birim protokollerinde açıkça tanımlanmalıdır.

Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu

Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, santral venöz kateteri bulunan hastalarda gelişen ve kateterle ilişkilendirilen kan dolaşımı enfeksiyonudur. Türkiye'de 2025 yılında bu enfeksiyonun SIR değeri 1,16 ile beklenenin üzerinde bulunmuş ve 2024 yılına göre %6,4 artışla invaziv araç ilişkili enfeksiyonlar arasında en fazla artış gösteren enfeksiyon olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2026) (Tablo 1). Güncel öneriler, önlemleri kateterin takılması ve bakımı olmak üzere iki

aşamada ele almaktadır. Takma sırasında el hijyeni, maksimum steril bariyer önlemleri, cildin alkollü klorheksidinle hazırlanması ve bir kontrol listesinin kullanılması; bakım sürecinde ise bağlantı uçlarının her kullanımdan önce dezenfekte edilmesi, klorheksidin emdirilmiş pansuman kullanılması, pansumanların belirlenen aralıklarla değiştirilmesi ve gerekliliği kalmayan kateterlerin hemen çıkarılması önerilmektedir. Yoğun bakım hastalarının klorheksidinle her gün yıkanması ve yeterli hemşire sayısının sağlanması da önerilen uygulamalar arasındadır (Buetti et al., 2022). Bu önlemlerin ulusal düzeyde uygulanması da etkilidir: İsrail'de 29 yoğun bakım ünitesini kapsayan ulusal önleme programında kılavuzlar, sürveyans ve hız geri bildirimi ile ek önleme uygulamaları sonucunda santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu hızı 1000 kateter gününde 7,4'ten 2,1'e düşmüştür (Ben-David et al., 2023). Bir yoğun bakım ünitesinde maksimum bariyer önlemleri, elektronik kayıt üzerinden kateter günlerinin otomatik bildirilmesi ve %2 klorheksidin glukonat ile hasta banyosundan oluşan çok bileşenli bir girişimle bu enfeksiyonun hızı 1000 kateter gününde 3,1'den 1,2'ye düşmüş; otomatik bildirim, kateterin kalış süresini de kısaltmıştır (Bae et al., 2022). Bu önerilerin hemşirelik bakımındaki en somut karşılıkları; bağlantı ucunun her erişimden önce dezenfekte edilmesi, pansumanın belirlenen aralıklarla ve aseptik teknikle değiştirilmesi ve kateter gerekliliğinin her gün ekip içinde sorgulanmasıdır.

Periferik Venöz Kateter İlişkili Komplikasyonlar

Periferik venöz kateterler, hemşirelerin en sık uyguladığı invaziv girişimler arasındadır. Ancak önleme girişimleri uzun süre santral kateterlere odaklanmış, diğer damar erişim araçlarına bağlı enfeksiyonlar aynı ölçüde ilgi görmemiştir (Garcia et al., 2025). Bu kateterlerin rutin aralıklarla mı yoksa yalnızca klinik gereklilik olduğunda mı değiştirilmesi gerektiği tartışmalıdır. İsviçre'de 400 binden fazla kateteri kapsayan bir kohort çalışmasında, 96 saatte bir rutin değişimden yalnızca klinik gereklilik olduğunda değişime

geçildiğinde kateterlerin daha uzun süre yerinde kaldığı ve periferik kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu hızının yaklaşık yedi kat arttığı gösterilmiş; rutin değişim uygulamasına yeniden geçilmesinin ardından bu artışın ortadan kalktığı bildirilmiştir (Buetti et al., 2021). Ancak bu araştırma tek merkezli gözlemsel bir çalışma olduğu için, bulgusu tüm klinik ortamlarda belirli aralıklarla rutin değişimin zorunlu olduğu anlamına gelmez; değişim politikası, kullanılan kateter türü, hasta grubu ve bakım koşulları dikkate alınarak kurumun güncel kanıta dayalı protokolüyle belirlenmelidir. Hangi yaklaşım benimsenirse benimsensin, giriş bölgesinin her gün kızarıklık, ağrı ve akıntı açısından değerlendirilmesi ve gereksiz kateterlerin hemen çıkarılması gerekir (Guanche-Sicilia et al., 2021). Randomize kontrollü bir çalışmada, cilt antisepsisinde %2 klorheksidin–alkol çözeltisinin %5 povidon iyot–alkol çözeltisine göre periferik kateter ilişkili enfeksiyöz komplikasyonlara karşı daha iyi koruma sağladığı; kapalı sistem kateter, iğnesiz bağlantı ucu, dezenfektan kapak ve tek kullanımlık hazır dolu yıkama enjektörünün birlikte kullanılmasının ise kateterin komplikasyonsuz kalma süresini uzattığı gösterilmiştir (Guénézan et al., 2021). Kateterin takıldığı bölge de riski etkilemektedir: aynı çalışmanın 800'den fazla kateteri kapsayan ek analizinde bilek ve dirsek iç yüzüne takılan kateterlerde kolonizasyon ve/veya lokal enfeksiyon riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiş, uygun alternatif bulunduğunda bu bölgelerden kaçınılması önerilmiştir (Drugeon et al., 2024).

Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu

Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu, sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar arasında hemşirelik bakımıyla doğrudan ilişkili enfeksiyonlardan biridir. Bu enfeksiyonun önlenmesinde hemşirenin rolü dört noktada somutlaşır. Birincisi, kateter endikasyonunun sorgulanmasıdır: üriner kateter yalnızca gerçekten gerekli olduğunda takılmalıdır. İkincisi, kateterin eğitimli personel tarafından aseptik

teknikle takılmasıdır. Üçüncüsü, bakım sürecinde kapalı drenaj sisteminin korunması, idrar torbasının mesane düzeyinin altında tutulması ve idrar akışının engellenmemesidir. Dördüncüsü ise kateterin gerekliliğinin her gün değerlendirilmesi ve gereksiz hâle gelen kateterin hemen çıkarılmasıdır; kurum protokolü çerçevesinde yetkilendirilmiş hemşirelerin gereksiz kateteri çıkarabilmesi, kateterin zamanında çıkarılmasını sağladığı için bu noktada özellikle önemlidir (Patel et al., 2023). Bir sistematik derleme, tutumların olumlu olmasına karşın uygulamaların yetersiz kaldığını; hemşire tarafından yürütülen çıkarma protokolleri ve kateter çıkarma hatırlatıcılarının ise uygulamayı kolaylaştırdığını göstermektedir (Huang et al., 2023).

Ventilatör İlişkili Pnömoni

Ventilatör ilişkili pnömoni, mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda gelişen ve yoğun bakım ünitelerinde sık görülen bir enfeksiyondur. Bu kavram, ventilatör ilişkili olay (VİO) kavramıyla karıştırılmamalıdır. VİO, mekanik ventilasyon sırasında en az iki günlük stabil ya da düzelen bir dönemin ardından günlük en düşük pozitif ekspirasyon sonu basıncı (PEEP) değerinde en az 3 cmH_2O ya da solunan oksijen fraksiyonu (FiO_2) değerinde en az 20 puanlık ve en az iki gün süren bir artışla tanımlanan, pnömoni dışındaki nedenleri de kapsayabilen daha geniş bir sürveyans kavramıdır; ventilatör ilişkili pnömoni ise bu olayların nedenlerinden yalnızca biridir (Klompas et al., 2022). Türkiye'de de iki gösterge ayrı izlenmekte; 2025 yılında standardize enfeksiyon oranı VİO için beklenenin altında (0,50), ventilatör ilişkili pnömoni için ise beklenenin üzerinde (1,10) gerçekleşmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2026). Amerika Sağlık Hizmetleri Epidemiyolojisi Derneği (SHEA), Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (IDSA) ve Enfeksiyon Kontrolü ve Epidemiyoloji Profesyonelleri Derneği (APIC) tarafından ventilatör ilişkili pnömoni ve olayların önlenmesine yönelik olarak 2022 yılında

güncellenen öneriler; mümkün olduğunda entübasyondan kaçınılmasını, sedasyonun en aza indirilmesini, sedasyona her gün ara verilmesini ve spontan solunum denemelerinin yapılmasını, erken mobilizasyonu ve yatak başının 30–45 derece yükseltilmesini önermektedir. Aynı kılavuzda ağız bakımının diş fırçalama ile yapılması önerilmekte; klorheksidin ile ağız bakımı ise artık rutin olarak önerilmemektedir (Klompas et al., 2022). Bu önerilerden ağız bakımının klorheksidinsiz diş fırçalamayla yapılması, yatak başının 30–45 derece yükseltilmesi ve erken mobilizasyon doğrudan hemşirelik bakımı içinde yer alır; hemşire, sedasyona günlük ara verilmesi ve spontan solunum denemelerinde de ekibin etkin bir üyesidir.

Cerrahi Alan Enfeksiyonu

Cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahi girişim sonrasında insizyon bölgesinde ya da ameliyat edilen organ veya boşlukta gelişen enfeksiyonlardır. Güncel önerilere göre profilaktik antibiyotik insizyondan önceki bir saat içinde (vankomisin ve florokinolonlar için iki saat içinde) başlatılmalı; ameliyat bölgesindeki kıllar yalnızca girişimi engelleyecekse ve tıraş bıçağı yerine kesici makineyle alınmalı; cilt, antiseptikle birlikte alkol içeren bir solüsyonla hazırlanmalı; ameliyat süresince vücut sıcaklığı 35,5 °C'nin üzerinde tutulmalı ve diyabeti olsun olmasın tüm hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde kan şekeri 110–150 mg/dL aralığında tutulmalıdır (Calderwood et al., 2023). Bu önerilerin büyük bölümü hemşirelik bakımıyla doğrudan ilişkilidir. Hemşire ameliyat öncesi dönemde cilt hazırlığını ve kıl uzaklaştırma uygulamasını, ameliyat sırasında ve sonrasında hastanın vücut sıcaklığının korunmasını ve kan şekeri izlemini, ameliyat sonrası dönemde ise aseptik yara bakımını ve hastaya yara bakımı ile enfeksiyon belirtileri konusunda eğitim verilmesini yürütür.

Güncel Kanıtların Değerlendirilmesi

Klinik öneriler aynı güçte kanıta dayanmaz. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) yaklaşımında kanıtın kesinliği yüksek, orta, düşük ve çok düşük olmak üzere dört düzeyde değerlendirilir. Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıt yüksek, gözlemsel çalışmalardan elde edilen kanıt ise düşük kesinlikte başlar; yanlılık riski, sonuçlar arasındaki tutarsızlık, dolaylılık, kesin olmayan sonuçlar ve yayın yanlılığı kesinliği düşürür, büyük etki büyüklüğü ya da doz–yanıt ilişkisi ise gözlemsel kanıtın kesinliğini yükseltebilir (Guyatt et al., 2008). Dolayısıyla çalışma tasarımı tek başına nihai kanıt kesinliğini belirlemez. Bu nedenle her klinik öneri aynı kanıt gücüne sahip değildir ve hemşirenin bir uygulamanın hangi düzeyde kanıta dayandığını bilmesi gerekir.

Kanıtın kesinliği ile önerinin gücü de aynı şey değildir. GRADE yaklaşımında önerinin gücü; kanıtın kesinliğinin yanı sıra beklenen yarar ile zarar arasındaki denge, hasta değerleri ve tercihleri ile maliyet birlikte değerlendirilerek belirlenir (Guyatt et al., 2008). Bu nedenle bazı uygulamalar düşük kesinlikte kanıta dayansa da yararının açık, zararının düşük ve uygulanmasının kolay olması nedeniyle güçlü biçimde önerilebilir. Örneğin kapalı drenaj sisteminin korunması ve yatak başının yükseltilmesi, kanıt kalitesi düşük olmasına karşın temel uygulamalar arasında yer almaktadır (Klompas et al., 2022; Patel et al., 2023).

Hemşirelik bakımıyla doğrudan ilişkili temel öneriler Tablo 3'te özetlenmiştir. Tablodaki öneriler SHEA, IDSA ve APIC'in akut bakım hastanelerinde sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik 2022 yılında güncellenen öneri dizisinden alınmış ve kanıt kalitesi kaynak kılavuzdaki sınıflandırma korunarak verilmiştir. Bu dizide kanıt kalitesi yüksek, orta ve düşük olmak üzere üç düzeyde değerlendirilmektedir (Yokoe et al., 2023); bu düzeyler başka kılavuzların sınıflandırmalarıyla doğrudan karşılaştırılmamalıdır.

Tablo 3. Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonların Önlenmesinde Kanıta Dayalı Temel Hemşirelik Uygulamaları

Uygulama alanı	**Güncel kanıtın özeti (kılavuzdaki kanıt kalitesi)**	**Temel kaynak**
El hijyeni	Çoğu klinik durumda alkol bazlı el antiseptiği kullanılmalı, el antiseptikleri kolay erişilebilir olmalı ve el hijyenine uyum izlenmelidir (yüksek). Uyum sonuçları zamanında geri bildirilmelidir (orta).	Glowicz et al., 2023
Santral kateter	Cilt antisepsisinde alkollü klorheksidin kullanılmalı ve yoğun bakım hastaları her gün klorheksidinle yıkanmalıdır (yüksek). Bağlantı uçları kullanım öncesi dezenfekte edilmeli ve gereksiz kateterler çıkarılmalıdır (orta).	Buetti et al., 2022
Üriner kateter	Kateter yalnızca gerektiğinde takılmalı ve gerekli olduğu sürece kalmalıdır (orta). Kapalı drenaj sistemi korunmalı ve hemşire yönetimli çıkarma protokolleri uygulanmalıdır (düşük).	Patel et al., 2023
Cerrahi alan	Profilaktik antibiyotik insizyondan önceki bir saat içinde başlatılmalı, ciltte alkol içeren antiseptik kullanılmalı ve normotermi korunmalıdır (yüksek). Kıllar gerekmedikçe alınmamalıdır (orta).	Calderwood et al., 2023
Mekanik ventilasyon	Mümkün olduğunda entübasyondan kaçınılmalı ve her gün spontan solunum denemesi yapılmalıdır (yüksek). Erken mobilizasyon sağlanmalı ve ağız bakımı klorheksidinsiz diş fırçalama ile yapılmalıdır (orta). Yatak başı 30–45 derece yükseltilmelidir (düşük).	Klompas et al., 2022

Kaynak: (Buetti et al., 2022; Calderwood et al., 2023; Glowicz et al., 2023; Klompas et al., 2022; Patel et al., 2023) önerilerinden derlenmiştir. Kanıt kalitesi kaynak kılavuzdaki sınıflandırma korunarak verilmiştir.

Güncel kanıtlar bazı alanlarda yerleşik uygulamaları da değiştirmiştir. Bu değişimin hemşirelik uygulamalarına yansıyan başlıca örnekleri Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Enfeksiyon Önlemede Önceki ve Güncel Yaklaşımlar

Uygulama alanı	Önceki yaklaşım	Güncel yaklaşım	Kaynak
Ventilatördeki hastada ağız bakımı	Klorheksidinle rutin ağız bakımı	Klorheksidinsiz diş fırçalama; klorheksidinle ağız bakımı rutin olarak önerilmiyor	Klompas et al., 2022
Enfeksiyon önleme eğitimi	Tek seferlik hizmet içi eğitim	Simülasyon, beceri değerlendirmesi ve geri bildirimle desteklenen sürekli eğitim	Elhabashy et al., 2024; Koota et al., 2024
Uyumun değerlendirilmesi	Öz bildirim	Doğrudan gözlem, sürveyans ve düzenli geri bildirim	Kim & Lee, 2022; Livshiz-Riven et al., 2022
Önlemenin odağı	Bireysel uyum	Bireysel uyumla birlikte personel sayısı, iş yükü, liderlik ve güvenlik kültürü	Azak et al., 2023; Ungar et al., 2024

Kaynak: (Azak et al., 2023; Elhabashy et al., 2024; Kim & Lee, 2022; Klompas et al., 2022; Koota et al., 2024; Livshiz-Riven et al., 2022; Ungar et al., 2024) çalışmalarından derlenmiştir.

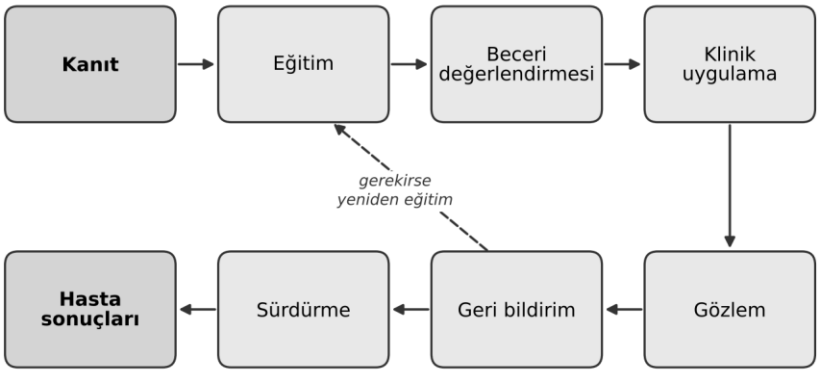
Tablo 3'teki önerilerin çoğu uzun süredir bilinmesine karşın, kanıta dayalı uygulamaların klinikte benimsenmesi hâlâ istenen düzeyde değildir. Kurum düzeyinde, ulusal ya da kurumsal standartların bulunmaması, hastane politikalarının güncel kanıtları geç yansıtması ve alışılmış uygulamaların sürmesi önemli engellerdir; örneğin Portekiz'de periferik kateter uygulamalarının kişiden kişiye değiştiği ve güncel kanıtlardan belirgin biçimde saptığı gösterilmiştir (Santos-Costa et al., 2023). Birey düzeyinde, Türkiye'de ve farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının genellikle orta ya da olumlu düzeyde olmasına karşın kanıta erişim, bilimsel yayınları izleme ve kanıtı klinik davranışa dönüştürme konusunda önemli boşluklar bulunduğunu; lisans düzeyinde eğitim ve mesleki yayınları

izlemenin daha olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Aygün & Yıldırım, 2021; Menekli & Korkmaz, 2021; Qtait, 2025; Şen & Yurt, 2021). Öte yandan bu açık kapatılabilir: bir dahili birimde kanıta dayalı periferik kateter bakım demeti ve karar verme algoritmasının uygulanmasıyla flebit oranı %14,8'den %4,9'a düşmüştür (Hontoria-Alcoceba et al., 2023).

Kanıtların Klinik Uygulamaya Aktarılması

Mevcut kanıtlar, yalnızca bilgi aktarımına dayalı eğitimlerin enfeksiyon kontrol uygulamalarında kalıcı değişiklik oluşturmak için yeterli olmayabileceğini göstermektedir. Kanıtın uygulamaya aktarılması; eğitim, beceri değerlendirmesi, klinik uygulama, gözlem, geri bildirim ve sürdürme aşamalarından oluşan döngüsel bir süreç olarak düşünülebilir. Şekil 2'deki model, bu bölümde ele alınan kılavuz önerileri ve eğitim çalışmalarından yola çıkılarak oluşturulmuş kavramsal bir çerçevedir. Bu süreç yalnızca bir eğitim etkinliği değil, uygulama biliminin temel konularından biridir. Uygulama bilimi, etkili olduğu bilinen bir uygulamanın gerçek klinik koşullarda benimsenmesini, uygulanmasını ve sürdürülmesini etkileyen bireysel ve örgütsel etmenleri ve bu süreci destekleyen stratejileri inceler (Xu et al., 2023). Hemşirelikte kılavuzların uygulanmasını inceleyen bir sistematik derleme, çok bileşenli eğitim stratejilerinin yanı sıra dış kolaylaştırıcılık, kılavuzların yerel koşullara uyarlanması ve kurum politikalarındaki değişikliklerin olumlu sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Cassidy et al., 2021).

Şekil 2. Kanıtın Klinik Uygulamaya Aktarılma Süreci



Kaynak: (Buetti et al., 2022; Glowicz et al., 2023; Koota et al., 2024; Sonpar et al., 2025) önerileri temel alınarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Enfeksiyon kontrolüne yönelik eğitim girişimlerinin çoğu tek seferlik ve yereldir; etkili eğitimlerin hem kuramsal hem de uygulamalı öğrenme etkinliklerini içermesi gerekir (Koota et al., 2024). Hemşirelerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yüz yüze eğitimle birlikte basılı modül verilen grupta bilgi ve uygulama puanları, yalnızca modül verilen gruba göre daha fazla artmış ve bu etki üç ay sürmüştür (Alrubaiee et al., 2021). Çok merkezli bir çalışmada da simülasyon videoları ve parmak ucu kültür sonuçlarının paylaşıldığı eğitimden sonra periferik kateter takılırken uygun el hijyeni oranı %25,0'dan %63,2'ye yükselmiştir (Farizon et al., 2023). Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği çok yönlü (multimodal) stratejileri değerlendiren güncel bir sistematik derleme de eğitimin sistem değişikliği, izlem ve geri bildirim, hatırlatıcılar ve güvenlik iklimi gibi bileşenlerle birlikte uygulandığı çalışmaların çoğunda enfeksiyonların azaldığını ya da el hijyeninin iyileştiğini, ancak kanıt kalitesinin düşük-orta düzeyde kaldığını bildirmektedir (Sonpar et al., 2025).

Eğitimin içeriği kadar biçimi de önemlidir. Kılavuzlar invaziv araç uygulayan sağlık çalışanlarının yetkinliğinin simülasyon, beceri gözlemi ve düzenli değerlendirmeyle doğrulanmasını önermektedir (Buetti et al., 2022; Glowicz et al., 2023; Yokoe et al., 2023); elektronik kayıt üzerinden kateter günlerinin otomatik bildirilmesi gibi hatırlatıcı sistemler de uygulamayı desteklemektedir (Bae et al., 2022).

Gözlem ve geri bildirim aşamasında geri bildirimin biçimi önemlidir: açık gözlemin ardından verilen tek seferlik sözlü geri bildirim el hijyenine uyumu uzun dönemde artırmazken (Livshiz-Riven et al., 2022), birimlerde sürekli destek sağlayan bir enfeksiyon kontrol bağlantı hemşiresi programı el hijyenine uyumu altı ayda %18,8'den %37,3'e yükseltmiş, ancak standart önlemlere genel uyumda anlamlı bir iyileşme sağlamamıştır (Ghorbanmovahhed et al., 2023). Sürdürme aşaması ise kurumun desteğine bağlıdır. Mekanik ventilasyondaki hastalara bakım veren hemşirelerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada kanıta dayalı uygulama eğitimi yeterliliği artırmış, ancak bu yeterlilik zamanla belirgin biçimde azalmıştır (Elhabashy et al., 2024); yani eğitim tek başına kalıcı değişim için yeterli değildir. Kanıta dayalı uygulama komiteleri ve mentor hemşireler (Şen & Yurt, 2021), kanıta dayalı uygulamayı destekleyen bir kurum iklimi (Zhang et al., 2024) ve sertifikalı enfeksiyon kontrol uzmanlarının ekipte yer alması (Azak et al., 2023) değişikliğin kalıcı olmasına yardımcı olur. Bu nedenle hemşire, yeni bir kanıtı birimine taşırken yalnızca eğitim vermekle yetinmemeli; yönetici desteği almalı, uygulamayı izlemeli ve sonuçları ekiple paylaşmalıdır.

Hasta Güvenliği ve Enfeksiyon Önleme Kültürü

Enfeksiyonların önlenmesi yalnızca bireysel bilgi ve beceriye değil, kurumun güvenlik kültürüne de bağlıdır. Enfeksiyon kontrolüne yönelik örgüt kültürü, hemşirelerin standart önlemleri

uygulama düzeyiyle ilişkilidir; bu ilişkide hemşirelerin öz yeterliliği (self-efficacy), yani standart önlemleri başarıyla uygulayabileceklerine olan inançları, tam aracı rol oynamaktadır (Kim & Song, 2021); güçlü bir güvenlik kültürünün enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumu öngördüğü de gösterilmiştir (Ungar et al., 2024). Uyumun nasıl ölçüldüğü de önemlidir: bir çalışmada standart önlemlere uyum öz bildirimle yaklaşık 95, doğrudan gözlemle ise 76,8 puan (100 üzerinden) olarak ölçülmüştür (Kim & Lee, 2022). Hemşirelerin kendi uyumlarını meslektaşlarının gözlemlediğinden daha yüksek değerlendirdikleri (Driscoll & Evans, 2022), gizli kamerayla ölçülen el hijyeni uyumunun ise açık gözlemle ölçülenden belirgin biçimde düşük olduğu bildirilmektedir (Livshiz-Riven et al., 2022). Bu nedenle uyum yalnızca öz bildirimle değil, doğrudan gözlem ve sürveyans verileriyle değerlendirilmeli; sonuçlar suçlayıcı olmayan bir dille paylaşılmalıdır.

Güvenlik kültürü çalışma koşullarından da ayrı düşünülemez. Yenidoğan ünitelerinde enfeksiyon önleme programlarının uygulanmasını inceleyen bir derleme, en sık bildirilen belirleyicilerin personel düzeyi, iş yükü, iletişim ve liderlik gibi örgütsel etmenler olduğunu göstermektedir (Nyantakyi et al., 2024). Benzer biçimde, enfeksiyon kontrolüne ilişkin atlanan bakım ile kılavuzlara uyumsuzluğun büyük ölçüde aynı olgu olduğu ve her ikisinin de kadro, kaynaklar, çalışma ortamı ve yönetici ilişkilerinden etkilendiği bildirilmektedir (McCauley et al., 2021). Bu nedenle hataların cezalandırılmadan raporlanabildiği, ekip içinde açık iletişimin desteklendiği, sorumlulukların açıkça tanımlandığı ve hemşirelerin karar süreçlerine katıldığı bir güvenlik kültürü oluşturulmalıdır.

Klinik Uygulama Önerileri

Bölümde ele alınan kanıtlar doğrultusunda öne çıkan temel öneriler şunlardır:

- Alkol bazlı el antiseptikleri bakım noktasında kolay erişilebilir olmalı; el hijyenine uyum doğrudan gözlemle izlenmeli ve sonuçlar tek seferlik değil düzenli olarak geri bildirilmelidir (Glowicz et al., 2023; Livshiz-Riven et al., 2022).
- İnvaziv araçlar yalnızca endikasyon olduğunda takılmalı, gereklilikleri her gün değerlendirilmeli ve gereksiz hâle geldiklerinde hemen çıkarılmalıdır (Buetti et al., 2022; Patel et al., 2023); periferik kateterlerin değişim zamanı kurum protokolünde açıkça tanımlanmalı ve kateterlerin gereğinden uzun süre yerinde kalmasına izin verilmemelidir (Buetti et al., 2021).
- Cihazların takılması ve bakımında aseptik teknik uygulanmalı, bakım standartlaştırılmış bakım demetleri ve kontrol listeleriyle yürütülmelidir (Buetti et al., 2022; Yokoe et al., 2023).
- Hasta çevresindeki sık dokunulan yüzeyler ve hastalar arasında paylaşılan ekipman düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmeli, olanaklı olduğunda hastaya özel ekipman kullanılmalıdır (Siegel et al., 2007).
- Enfeksiyon önleme eğitimi tek seferlik değil sürekli olmalı; simülasyon, beceri değerlendirmesi ve geri bildirimle desteklenen çok bileşenli bir süreç olarak planlanmalıdır (Elhabashy et al., 2024; Farizon et al., 2023; Koota et al., 2024; Sonpar et al., 2025).
- Enfeksiyon kontrol önlemlerine uyum yalnızca öz bildirimle değil, olanaklı olduğunda doğrudan gözlem ve sürveyans verileriyle değerlendirilmelidir (Driscoll & Evans, 2022; Kim & Lee, 2022).

- Yeterli hemşire kadrosu, kabul edilebilir iş yükü ve gerekli malzemelere erişim sağlanmalıdır (Azak et al., 2023; Badparva et al., 2023; Tencic & Roche, 2023).
- Sürveyans ve uyum sonuçları ekip ve yöneticilerle düzenli olarak paylaşılmalı ve birim düzeyinde sürekli iyileştirme döngüsüne alınmalıdır (Ben-David et al., 2023).

Sonuç

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar hasta güvenliğini tehdit etmeye devam etmekte; Türkiye'de yoğun bakımlarda santral kateter ve ventilatörle ilişkili enfeksiyonlar beklenenin üzerinde seyretmektedir. Bu bölümde ele alınan kanıtlar, temel hemşirelik uygulamalarının yalnızca doğru yapılmasının değil, kurum düzeyinde sürdürülebilir hâle getirilmesinin de gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında enfeksiyon önleme; kanıtın yetkinliğe, yetkinliğin uygulamaya dönüştürüldüğü, uygulamanın izlendiği ve geri bildirimle sürekli iyileştirildiği bir döngü olarak ele alınmalıdır. Kanıt, yetkinlik, uygulama, izlem ve geri bildirimden oluşan bu döngü, hasta güvenliğinin hemşirelik bakımındaki temelidir.

Kaynakça

Adal, O., Tsehay, Y. T., Ayenew, B., Abate, T. W., Mekonnen, G. B., Mulatu, S., Mamo, S. T., Ayenew, T., Messelu, M. A., & Belayneh, A. G. (2025). The burden and predictors of hospital-acquired infection in intensive care units across Sub-Sahara Africa: Systematic review and metanalysis. *BMC Infectious Diseases, 25*(1), 634. https://doi.org/10.1186/s12879-025-11038-7

Alhumaid, S., Al Mutair, A., Al Alawi, Z., Alsuliman, M., Ahmed, G. Y., Rabaan, A. A., Al-Tawfiq, J. A., & Al-Omari, A. (2021). Knowledge of infection prevention and control among healthcare workers and factors influencing compliance: A systematic review. *Antimicrobial Resistance and Infection Control, 10*(1), 86. https://doi.org/10.1186/s13756-021-00957-0

Alrubaiee, G. G., Baharom, A., Faisal, I., Shahar, H. K., Daud, S. M., & Basaleem, H. O. (2021). Implementation of an educational module on nosocomial infection control measures: A randomised hospital-based trial. *BMC Nursing, 20*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00551-0

Al-Tawfiq, J. A. (2025). Striving for zero traditional and non-traditional healthcare-associated infections (HAI): A target, vision, or philosophy. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology, 5*(1), e146. https://doi.org/10.1017/ash.2025.10031

Aygün, Ö., & Yıldırım, M. (2021). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumları: Tanımlayıcı bir çalışma. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 4*(3), 327–338. https://doi.org/10.52538/iduhes.1033115

Azak, E., Sertçelik, A., Ersöz, G., Çelebi, G., Eser, F., Batırel, A., Çağ, Y., Türe, Z., Öztürk-Engin, D., Yetkin, M. A., Kaygusuz, S., Candevir, A., Tartari, E., Rello, J., Alp, E., & Turkish Hospital Infection Research Group. (2023). Evaluation of the implementation of WHO infection prevention and control core components in Turkish health care facilities: Results from a WHO infection prevention and control assessment framework (IPCAF)—based survey. *Antimicrobial Resistance and Infection Control, 12*(1), 11. https://doi.org/10.1186/s13756-023-01208-0

Badparva, B., Ghanbari, A., Karkhah, S., Osuji, J., Kazemnejad Leyli, E., & Jafaraghaee, F. (2023). Prevention of central line-associated bloodstream infections: ICU nurses' knowledge and barriers. *Nursing in Critical Care, 28*(3), 419–426. https://doi.org/10.1111/nicc.12757

Bae, S., Kim, Y., Chang, H.-H., Kim, S., Kim, H.-J., Jeon, H., Cho, J., Lee, J., Chae, H., Han, G., & Kim, S.-W. (2022). The effect of the multimodal intervention including an automatic notification of catheter days on reducing central line-related bloodstream infection: A retrospective, observational, quasi-experimental study. *BMC Infectious Diseases, 22*(1), 604. https://doi.org/10.1186/s12879-022-07588-9

Ben-David, D., Vaturi, A., Wulffhart, L., Temkin, E., Solter, E., Carmeli, Y., Schwaber, M. J., & National HA-BSI Prevention Working Group. (2023). Impact of intensified prevention measures on rates of hospital-acquired bloodstream infection in medical-surgical intensive care units, Israel, 2011 to 2019. *Eurosurveillance, 28*(25), 2200688. https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2023.28.25.2200688

Blanco-Mavillard, I., Castro-Sánchez, E., Parra-García, G., Rodríguez-Calero, M. Á., Bennasar-Veny, M., Fernández-

Fernández, I., Lorente-Neches, H., & de Pedro-Gómez, J. E. (2022). What fuels suboptimal care of peripheral intravenous catheter-related infections in hospitals? A qualitative study of decision-making among Spanish nurses. *Antimicrobial Resistance and Infection Control, 11*(1), 105. https://doi.org/10.1186/s13756-022-01144-5

Buetti, N., Abbas, M., Pittet, D., de Kraker, M. E., Toledo-Teixeira, D. A., Chraïti, M.-N., Sauvan, V., Sauser, J., Harbarth, S., & Zingg, W. (2021). Comparison of routine replacement with clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters. *JAMA Internal Medicine, 181*(11), 1471–1478. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.5345

Buetti, N., Marschall, J., Drees, M., Fakih, M. G., Hadaway, L., Maragakis, L. L., Monsees, E., Novosad, S., O'Grady, N. P., Rupp, M. E., Wolf, J., Yokoe, D. S., & Mermel, L. A. (2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 43*(5), 553–569. https://doi.org/10.1017/ice.2022.87

Bunduki, G. K., Masoamphambe, E., Fox, T., Musaya, J., Musicha, P., & Feasey, N. (2024). Prevalence, risk factors, and antimicrobial resistance of endemic healthcare-associated infections in Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases, 24*(1), 158. https://doi.org/10.1186/s12879-024-09038-0

Calderwood, M. S., Anderson, D. J., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Garcia-Houchins, S., Maragakis, L. L., Nyquist, A.-C., Perkins, K. M., Preas, M. A., Saiman, L., Schaffzin, J. K., Schweizer, M., Yokoe, D. S., & Kaye, K. S. (2023). Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital*

Epidemiology, 44(5), 695–720. https://doi.org/10.1017/ice.2023.67

Cassidy, C. E., Harrison, M. B., Godfrey, C., Nincic, V., Khan, P. A., Oakley, P., Ross-White, A., Grantmyre, H., & Graham, I. D. (2021). Use and effects of implementation strategies for practice guidelines in nursing: A systematic review. *Implementation Science, 16*(1), 102. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01165-5

Cruz-López, F., Martínez-Meléndez, A., & Garza-González, E. (2023). How does hospital microbiota contribute to healthcare-associated infections? *Microorganisms, 11*(1), 192. https://doi.org/10.3390/microorganisms11010192

Driscoll, B., & Evans, D. (2022). Nursing infection control practice adherence, related barriers, and methods of intervention. *JONA The Journal of Nursing Administration, 52*(3), 132–137. https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001120

Drugeon, B., Marjanovic, N., Boisson, M., Buetti, N., Mimoz, O., & Guénézan, J. (2024). Insertion site and risk of peripheral intravenous catheter colonization and/or local infection: A post hoc analysis of the CLEAN 3 study including more than 800 catheters. *Antimicrobial Resistance and Infection Control, 13*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s13756-024-01414-4

Elhabashy, S., Moriyama, M., Mahmoud, E. I. E.-D., & Eysa, B. (2024). Effect of evidence-based nursing practices training programme on the competency of nurses caring for mechanically ventilated patients: A randomised controlled trial. *BMC Nursing, 23*(1), 225. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01869-1

Elshaer, N., & Agage, H. (2022). Nurses' perception and compliance with personal protective equipment and hand hygiene during the third wave of COVID-19 pandemic. *Journal of the Egyptian Public Health Association, 97*(1), 14. https://doi.org/10.1186/s42506-022-00109-1

Farizon, M., dos Santos, S., Richard, L., Petiteau, A., Valentin, A.-S., van der Mee-Marquet, N., & CleanHand4 Collaboration Group. (2023). Impact of a training strategy on improving compliance of hand hygiene and gloving during the placement of a short peripheral venous catheter: The multicentre study CleanHand4. *BMC Medical Education, 23*(1), 731. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04727-x

Garcia, R., Septimus, E., LeDonne, J., Sturm, L., Moureau, N., DeVries, M., & DeBaun, B. (2025). Prevention of vascular access device–associated hospital-onset bacteremia and fungemia: A review of emerging perspectives and synthesis of technical aspects. *Clinical Infectious Diseases, 80*(2), 444–450. https://doi.org/10.1093/cid/ciae245

Ghorbanmovahhed, S., Shahbazi, S., Gilani, N., Ostadi, A., Shabanloei, R., & Gholizadeh, L. (2023). Effectiveness of implementing of an infection control link nurse program to improve compliance with standard precautions and hand hygiene among nurses: A quasi-experimental study. *BMC Medical Education, 23*(1), 265. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04208-1

Glowicz, J. B., Landon, E., Sickbert-Bennett, E. E., Aiello, A. E., deKay, K., Hoffmann, K. K., Maragakis, L. L., Olmsted, R. N., Polgreen, P. M., Trexler, P. A., VanAmringe, M. A., Wood, A. R., Yokoe, D. S., & Ellingson, K. D. (2023). SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand

hygiene: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 44*(3), 355–376. https://doi.org/10.1017/ice.2022.304

Guanche-Sicilia, A., Sánchez-Gómez, M. B., Castro-Peraza, M. E., Rodríguez-Gómez, J. Á., Gómez-Salgado, J., & Duarte-Clíments, G. (2021). Prevention and treatment of phlebitis secondary to the insertion of a peripheral venous catheter: A scoping review from a nursing perspective. *Healthcare, 9*(5), 611. https://doi.org/10.3390/healthcare9050611

Guchhait, P., Chaudhuri, B. N., & Das, S. (2023). Bloodstream infections with opportunistic pathogens in COVID-19 era: A real challenge necessitates stringent infection control. *Journal of Laboratory Physicians, 15*(1), 131–138. https://doi.org/10.1055/s-0043-1764476

Guénézan, J., Marjanovic, N., Drugeon, B., O'Neill, R., Liuu, É., Roblot, F., Palazzo, P., Bironneau, V., Prevost, F., Paul, J., Pichon, M., Boisson, M., Frasca, D., & Mimoz, O. (2021). Chlorhexidine plus alcohol versus povidone iodine plus alcohol, combined or not with innovative devices, for prevention of short-term peripheral venous catheter infection and failure (CLEAN 3 study): An investigator-initiated, open-label, single centre, randomised-controlled, two-by-two factorial trial. *The Lancet Infectious Diseases, 21*(7), 1038–1048. https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30738-6

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., Schünemann, H. J., & GRADE Working Group. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ, 336*(7650), 924–926. https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD

Harun, M. G. D., Anwar, M. M. U., Sumon, S. A., Abdullah-Al-Kafi, M., Datta, K., Haque, M. I., Chowdhury, A. B. M. A., Sharmin, S., & Islam, M. S. (2022). Pre-COVID-19 knowledge, attitude and practice among nurses towards infection prevention and control in Bangladesh: A hospital-based cross-sectional survey. *PLoS ONE, 17*(12), e0278413. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278413

Hill, B., Lamichhane, G., & Wamburu, A. (2024). Infection prevention and control: Critical strategies for nursing practice. *British Journal of Nursing, 33*(17), 804–811. https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0286

Hontoria-Alcoceba, R., López-López, C., Hontoria-Alcoceba, V., & Sánchez-Morgado, A. I. (2023). Implementation of evidence-based practice in peripheral intravenous catheter care. *Journal of Nursing Care Quality, 38*(3), 226–233. https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000688

Huang, A., Hong, W., Zhao, B., Lin, J., Xi, R., & Wang, Y. (2023). Knowledge, attitudes and practices concerning catheter-associated urinary tract infection amongst healthcare workers: A mixed methods systematic review. *Nursing Open, 10*(3), 1281–1304. https://doi.org/10.1002/nop2.1384

Kim, J. S., & Lee, E.-H. (2022). Difference between self-reported adherence to standard precautions and surveillance and factors influencing observed adherence: A quantile regression approach. *BMC Nursing, 21*(1), 199. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00984-1

Kim, Y., & Song, Y. (2021). Organizational culture for infection control and practice of standard precaution in Veterans hospital nurses: The mediating effect of self-efficacy.

Journal of Health Informatics and Statistics, 46(1), 124–130. https://doi.org/10.21032/jhis.2021.46.1.124

Klompas, M., Branson, R. D., Cawcutt, K., Crist, M. B., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee, G., Maragakis, L. L., Powell, K. M., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 43*(6), 687–713. https://doi.org/10.1017/ice.2022.88

Koota, E., Kaartinen, J., & Melender, H.-L. (2024). Impact of educational interventions for professionals on infection control practices to reduce healthcare-associated infections and prevent infectious diseases: A systematic review. *Collegian, 31*(4), 218–231. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.04.006

Kubde, D., Badge, A. K., Ugemuge, S., & Shahu, S. (2023). Importance of hospital infection control. *Cureus, 15*(12), e50931. https://doi.org/10.7759/cureus.50931

Livshiz-Riven, I., Azulay, H., Koyfman, L., Gushanski, A., Askira, S., Abar, V. I., Gruenbaum, B. F., Ivanov, E., Klein, M., Danziger, A., Nativ, R., Borer, A., Ziv-Baran, T., & Brotfain, E. (2022). The long-term impact of immediate verbal feedback of hand hygiene compliance after overt observation sessions, as assessed by continuous closed-circuit television monitoring in an intensive care setting. *Archives of Public Health, 80*(1), 141. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00887-2

McCauley, L., Kirwan, M., & Matthews, A. (2021). The factors contributing to missed care and non-compliance in infection

prevention and control practices of nurses: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances, 3*, 100039. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100039

Menekli, T., & Korkmaz, M. (2021). Dâhiliye hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları. *Etkili Hemşirelik Dergisi, 14*(1), 38–47. https://doi.org/10.46483/deuhfed.782131

Nyantakyi, E., Caci, L., Castro, M., Schlaeppi, C., Cook, A., Albers, B., Walder, J., Metsvaht, T., Bielicki, J., Dramowski, A., Schultes, M.-T., & Clack, L. (2024). Implementation of infection prevention and control for hospitalized neonates: A narrative review. *Clinical Microbiology and Infection, 30*(1), 44–50. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.11.007

Nygren, E., Gonzales Strömberg, L., Logenius, J., Husmark, U., Löfström, C., & Bergström, B. (2023). Potential sources of contamination on textiles and hard surfaces identified as high-touch sites near the patient environment. *PLoS ONE, 18*(7), e0287855. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287855

Patel, P. K., Advani, S. D., Kofman, A. D., Lo, E., Maragakis, L. L., Pegues, D. A., Pettis, A. M., Saint, S., Trautner, B., Yokoe, D. S., & Meddings, J. (2023). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 44*(8), 1209–1231. https://doi.org/10.1017/ice.2023.137

Pitiriga, V., Bakalis, J., Kampos, E., Kanellopoulos, P., Saroglou, G., & Tsakris, A. (2022). Duration of central venous catheter placement and central line-associated bloodstream infections after the adoption of prevention bundles: A two-year retrospective study. *Antimicrobial Resistance and Infection*

Control, 11(1), 96. https://doi.org/10.1186/s13756-022-01131-w

Puro, V., Coppola, N., Frasca, A., Gentile, I., Luzzaro, F., Peghetti, A., & Sganga, G. (2022). Pillars for prevention and control of healthcare-associated infections: An Italian expert opinion statement. *Antimicrobial Resistance and Infection Control, 11*(1), 87. https://doi.org/10.1186/s13756-022-01125-8

Qtait, M. (2025). Nurses' knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice comparative study. *SAGE Open Nursing, 11*, 23779608251343611. https://doi.org/10.1177/23779608251343611

Razzaque, M. S. (2023). Healthcare-associated infections in the context of the pandemic. *Frontiers in Health Services, 3*, 1288033. https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1288033

Santos-Costa, P., Paiva-Santos, F., Sousa, L. B., Bernardes, R. A., Ventura, F., Salgueiro-Oliveira, A., Parreira, P., Vieira, M., & Graveto, J. (2023). Nursing practices and sensitive outcomes related to peripheral intravenous catheterization in Portugal: A scoping review. *Journal of Infusion Nursing, 46*(3), 162–176. https://doi.org/10.1097/nan.0000000000000505

Sartelli, M., Marini, C. P., McNelis, J., Coccolini, F., Rizzo, C., Labricciosa, F. M., & Petrone, P. (2024). Preventing and controlling healthcare-associated infections: The first principle of every antimicrobial stewardship program in hospital settings. *Antibiotics, 13*(9), 896. https://doi.org/10.3390/antibiotics13090896

Scheier, T., Kuster, S. P., Dunic, M., Falk, C., Sax, H., & Schreiber, P. W. (2021). Does continuity in nursing staff matter? A pilot study on correlation of central line-associated bloodstream infections and employee turnover. *Antimicrobial Resistance*

and Infection Control, 10(1), 90. https://doi.org/10.1186/s13756-021-00958-z

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). *2007 guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings (Son güncelleme Eylül 2024).* Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/index.html

Sonpar, A., Hundal, C. O., Totté, J., Wang, J., Klein, S. D., Twyman, A., Allegranzi, B., & Zingg, W. (2025). Multimodal strategies for the implementation of infection prevention and control interventions—update of a systematic review for the WHO guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the facility level. *Clinical Microbiology and Infection, 31*(6), 948–957. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.01.011

Suksatan, W., Jasim, S. A., Widjaja, G., Jalil, A. T., Chupradit, S., Ansari, M. J., Mustafa, Y. F., Hammoodi, H. A., & Mohammadi, M. J. (2022). Assessment effects and risk of nosocomial infection and needle sticks injuries among patents and health care worker. *Toxicology Reports, 9*, 284–292. https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2022.02.013

Şen, E., & Yurt, S. (2021). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Etkili Hemşirelik Dergisi, 14*(2), 102–107. https://doi.org/10.46483/deuhfed.737729

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). *Ulusal Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı (USHİESA) özet raporu 2024.* https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/23/ek

_ulusal-saglik-hizmeti-ile-Iliskili-enfeksiyonlar-surveyans-agi-ushlesa-Ozet-raporu-2024.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2026). *Türkiye'de yoğun bakım ünitelerinde invaziv araç ile ilişkili enfeksiyonlarda standardize enfeksiyon oranı ve kümülatif atfedilebilir fark özet raporu 2025.* https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Raporlar/SIR_RAPORU_2025.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (t.y.). *Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (SHİE)*. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/shie/shie-liste/shie.html

Tencic, M., & Roche, M. A. (2023). Nurse–patient ratios and infection control practices: A cross-sectional study. *Collegian, 30*(6), 828–834. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.09.003

Ungar, R., Gur-Arie, R., Hériot, G., & Jamrozik, E. (2024). Burdens of infection control on healthcare workers: A scoping review. *Journal of Hospital Infection, 146*, 76–81. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2023.12.003

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge. Clean care is safer care.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906

Worldwide Antimicrobial Resistance National/International Network Group (WARNING) Collaborators. (2023). Ten golden rules for optimal antibiotic use in hospital settings: The WARNING call to action. *World Journal of Emergency*

Surgery, 18(1), 50. https://doi.org/10.1186/s13017-023-00518-3

Woźniak, A., Janc, J., Łysenko, L., Leśnik, P., Słabisz, N., Oleksy-Wawrzyniak, M., & Uchmanowicz, I. (2024). How to defeat multidrug-resistant bacteria in intensive care units. A lesson from the COVID-19 pandemic. Prevention, reservoirs, and implications for clinical practice. *International Journal of Medical Sciences, 21*(3), 530–539. https://doi.org/10.7150/ijms.88519

Xu, H. G., Keogh, S., Ullman, A. J., Marsh, N., Tobiano, G., Rickard, C. M., Clark, J., & Griffin, B. (2023). Implementation frameworks, strategies and outcomes used in peripheral intravenous catheter studies: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 32*(17-18), 6706–6722. https://doi.org/10.1111/jocn.16671

Yokoe, D. S., Advani, S. D., Anderson, D. J., Babcock, H. M., Bell, M., Berenholtz, S. M., Bryant, K. A., Buetti, N., Calderwood, M. S., Calfee, D. P., Dubberke, E. R., Ellingson, K. D., Fishman, N. O., Gerding, D. N., Glowicz, J., Hayden, M. K., Kaye, K. S., Klompas, M., Kociolek, L. K., Landon, E., . . . Maragakis, L. L. (2023). Executive summary: A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute-care hospitals: 2022 updates. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 44*(10), 1540–1554. https://doi.org/10.1017/ice.2023.138

Zhang, X., Peng, M.-T., He, M., Du, M., Jiang, M., Cui, M., Cai, Y., Yan, Q., & Wang, Y. (2024). Climates and associated factors for evidence-based practice implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 23*(1), 62. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01694-y

BÖLÜM 2

OKULDAN KLİNİĞE GEÇİŞTE YENİ MEZUN HEMŞİRELERİN TEMEL BECERİ YETERLİLİĞİ

KEZİBAN BABADAĞ[1]

Giriş

Hemşirelik eğitiminden profesyonel uygulama alanına geçiş süreci, yeni mezunların teorik bilgilerini karmaşık ve dinamik klinik ortamlarla bütünleştirerek hasta güvenliğini ve bakım kalitesini teminat altına aldıkları kritik bir aşamadır (Prosen & Ličen, 2023). Bu geçiş süreci, hemşirelik mesleğinin sürdürülebilirliği ve sosyal uyumun sağlanması açısından temel bir dönüm noktası teşkil etmektedir (Baharum et al., 2023). Ancak, birçok yeni mezun hemşirenin bu aşamada mesleki becerilerine dair yetersizlik hissettiği ve ciddi bir özgüven eksikliği yaşadığı gözlemlenmektedir (Qin et al., 2024). Yeni mezunların eğitim sürecinde edindikleri yetkinlikler ile klinik beklentiler arasındaki uyumsuzluk, yalnızca bireysel bir stres kaynağı olmakla kalmayıp, aynı zamanda artan işten ayrılma niyetleri ve hasta bakım süreçlerinde potansiyel hatalar üzerinde doğrudan bir risk oluşturmaktadır (Gautam et al., 2023; Purabdollah et al., 2024). Özellikle pandemi sonrası dönemde klinik

[1] Öğr. Gör. Dr., Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Optisyenlik Programı, ORCID: 0000-0003-4882-006X

uygulama alanlarına erişimdeki kısıtlamalar, yeni mezunların gerçek dünya klinik görevlerine karşı hazırlıksız hissetmelerine ve teorik bilgilerini uygulama noktasında zorlanmalarına neden olmaktadır (Daneshfar & Moonaghi, 2025). Literatürde son yıllarda yeni mezun hemşirelerin klinik yetkinliklerinde gözlemlenen düşüş eğilimi, hastalar için ciddi sağlık riskleri teşkil edebileceği gerekçesiyle akademik çevrelerde birincil öncelikli bir endişe kaynağı haline gelmiştir (Innab et al., 2024). Bu bağlamda, yeni mezunların profesyonel uygulamaya girişte yaşadığı "geçiş şoku" ile klinik beklentiler arasındaki boşluğu belirlemek, hem bireysel gelişimi desteklemek hem de kurumların tasarlayacağı geçiş programlarını optimize etmek adına bir zorunluluk arz etmektedir (Nijkamp et al., 2024; Sterner et al., 2023). Bu bölümde, yeni mezun hemşirelerin temel klinik becerilerindeki yeterlilik düzeylerinin objektif bir şekilde irdelenmesi ve teorik hazırlık ile profesyonel pratik arasındaki uyumun analiz edilmesi amaçlanmaktadır (Alruwaili et al., 2024; Lindfors et al., 2022). Özellikle sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık hale geldiği günümüzde, bu analizin literatür ışığında mesleki özgüvenin artırılmasına ve yüksek nitelikli bakımın sürdürülmesine katkı sağlaması hedeflenmektedir (Altınbaş et al., 2025; Marriott et al., 2024). Dünya genelinde hemşirelik işgücüne katılan yeni mezunların ilk yıl içerisindeki yüksek işten ayrılma oranları, klinik yetersizlik algısının mesleki sürdürülebilirlik üzerindeki olumsuz etkisini somut bir şekilde ortaya koymaktadır (Dai et al., 2023). Bu durum, hemşirelerin klinik ortama uyum sağlamakta yaşadığı zorlukların, iş gücü kaybı ve hasta güvenliği üzerinde doğrudan olumsuz sonuçlar doğurduğunu kanıtlamaktadır (Liu et al., 2023; Mirzaei et al., 2024).

Kavramsal Çerçeve

Mesleğe geçiş, yeni mezun hemşirenin öğrenci kimliğinden profesyonel uygulamacı rolüne evrildiği ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde üstlenmeye başladığı karmaşık bir sosyalleşme

sürecidir. Bu süreçte birey, teorik bilgilerini pratiğe dönüştürürken aynı zamanda yeni profesyonel ilişkiler kurarak örgütsel kültüre uyum sağlamaya çalışır (Han et al., 2022; Zhao et al., 2024). Bu dönemde karşılaşılan uyum zorlukları, genellikle okulda öğretilen idealize edilmiş uygulama modelleri ile klinik ortamın sunduğu gerçeklik arasındaki uçurumun yarattığı "geçiş şoku" ile doğrudan ilişkilidir (Brook et al., 2023). Klinik uyum ise, hemşirenin bu karmaşık çalışma ortamında kurumun beklentilerini karşılayabilecek düzeyde işlevselleşmesi ve kendine verilen görevleri hem güvenli hem de yeterli bir seviyede yürütebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Jung & Yoo, 2022; Pohjamies et al., 2022). Bu süreç, yeni mezunların "acemi uygulayıcılar" olarak kabul edildikleri ve öğrenme süreçlerinin klinik pratikle sistematik bir şekilde harmanlandığı bir gelişim aşamasını kapsar (Eklund et al., 2021). Bu bağlamda Benner, hemşirelerin teorik ilkelerden somut deneyimlere geçişini beş aşamalı bir modelle tanımlayarak, deneyim kazanımının klinik uzmanlığın gelişimindeki temel belirleyici olduğunu vurgular (Nemati-Vakilabad et al., 2024). Bu gelişimsel evrim, yalnızca teknik becerilerin kazanılmasını değil, aynı zamanda hemşirelerin profesyonel kimliklerini geliştirmelerini ve kurumun normlarını içselleştirerek klinik ortama aidiyet duymalarını gerektirmektedir (Opoku et al., 2021; Rudberg et al., 2022). Duchscher tarafından tanımlanan bu geçiş şoku, bireylerin fiziksel, psikolojik ve profesyonel rollerindeki köklü değişimlere bağlı olarak oryantasyon kaybı ve belirsizlik hissi yaşamalarına yol açabilmektedir (Ge et al., 2025). Bu uyum sürecinin başarısı, klinik ortamda sunulan mentorluk ve süpervizyon kalitesiyle doğrudan bağlantılı olup, yeni mezunun mesleki özgüven kazanmasına ve profesyonel değerleri benimsemesine olanak tanır (Oshodi & Sookhoo, 2024). Bireyin bu adaptasyon sürecini başarıyla tamamlayabilmesi, hem bireysel kapasitesini hem de çalışma ortamındaki dışsal faktörleri etkili bir şekilde entegre edebilmesine bağlıdır (Baharum et al., 2023). Yeni mezunlar, klinik sistemler, yeni teknolojiler ve departmana özgü

uygulamalarla yüzleştikçe, bu adaptasyon süreçlerinde yaşanan zorluklar profesyonel kimliğin gelişimini sekteye uğratabilmektedir (He et al., 2024). Buna karşılık, klinik uyumun desteklenmesi ve yapılandırılmış adaptasyon programlarının uygulanması, yeni mezunların profesyonel pratiklere olan hazır bulunuşluk düzeylerini artırarak yaşadıkları geçiş şokunun etkilerini azaltabilmektedir (Lee et al., 2024). Ayrıca, mentorluk süreçleri ve meslektaş desteği gibi yapılandırılmış mekanizmalar, hemşirelerin geçiş sürecinde yaşadıkları belirsizlikleri yönetmelerine ve profesyonel gelişim stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Jepsen et al., 2024). Öte yandan, işe uyum süreci, hemşirelerin klinik ortamda karşılaştıkları stres, iş yükü ve rol karmaşası gibi faktörlerle başa çıkma kapasitelerini doğrudan etkileyen dinamik bir bileşendir (Chau et al., 2022; Lyu et al., 2024). Özellikle klinik ortamda sunulan mentorluk veya gözlemcilik (preceptorship) programları, hemşirelerin yeni çalışma alanlarına geçişlerini kolaylaştırarak mesleki rollerini daha etkin bir biçimde içselleştirmelerine olanak tanımaktadır (Gholizadeh et al., 2022). Bu bağlamda kurumsal destek mekanizmaları ve profesyonel sosyalleşme süreçleri, klinik uygulamaların karmaşıklığını yönetmek ve bireyin mesleki kimliğini sağlamlaştırmak adına kritik bir rol oynamaktadır (Cooke et al., 2021; Kakyo et al., 2022). Birey ve organizasyon uyumu teorisi çerçevesinde değerlendirildiğinde, çalışanın içsel özellikleri ile kurumsal gereksinimlerin örtüşmesi, hem profesyonel bağlılığı güçlendirmekte hem de klinik uygulamalardaki yetkinlik algısını doğrudan desteklemektedir (Han et al., 2022).

Mesleğe Geçiş Süreci

Mezuniyet sonrası ilk yılı kapsayan bu geçiş dönemi, hemşirelerin teorik bilgilerini klinik gerçeklikle bütünleştirerek mesleki kimliklerini inşa ettikleri kritik bir eşiktir (Koskinen et al., 2023). Bu süreçte hemşireler; okulda öğrenilen idealize edilmiş uygulamalar ile hastane ortamının değişken talepleri arasındaki

boşluğu kapatmaya çalışırken sıklıkla bir "geçiş şoku" deneyimlemektedir (Ding et al., 2024; Zhou et al., 2024). Bu süreçte yaşanan duygusal ve entelektüel yoğunluk, bireyin klinik sorumluluklar altında yetersizlik hissi yaşamasına ve profesyonel rollerine dair belirsizlik duymasına neden olmaktadır (Prosen & Ličen, 2023). Ayrıca, klinik alanda rehberlik edecek deneyimli mentorların eksikliği veya eğitim yöntemlerindeki tutarsızlıklar, yeni mezunların profesyonel kimlik kazanımını sınırlamakta ve öğrenme fırsatlarını kısıtlayarak mesleki özgüvenlerini zayıflatmaktadır (Mbalinda et al., 2024). Buna karşılık, klinik eğitimciler tarafından yürütülen yapılandırılmış mentorluk programları, hemşirelerin öz-yeterlilik algılarını güçlendirerek söz konusu geçiş sürecini daha etkin bir şekilde yönetmelerine olanak tanımaktadır (Moon et al., 2024). Bu noktada, kurumsal destek mekanizmalarının yetersizliği durumunda yeni mezunlar ciddi bir aidiyet sorunu yaşayabilmekte, bu durum ise profesyonel gelişimlerinin önünde en büyük engel haline gelmektedir (Zheng et al., 2023). Buna ek olarak, iyi organize edilmiş ve geçiş şokunun yarattığı psikolojik gerilimi minimize etmeyi hedefleyen programlar, yeni mezunların klinik yeterliliklerini artırarak hasta bakım kalitesini iyileştiren kritik birer araca dönüşmektedir (Chen et al., 2021). Öte yandan, yeni mezunların karşılaştığı bu geçiş zorlukları, hem bireysel dayanıklılık eğitimleri hem de destekleyici bir çalışma ortamı ile hafifletilebilir (Cao et al., 2021). Özellikle, yapılandırılmış klinik eğitim ve oryantasyon süreçlerinin hemşirelik uygulamalarındaki rolü, mesleki kimliğin güçlendirilmesi ve işten ayrılma niyetinin azaltılması açısından belirleyici bir role sahiptir (Lay & Masingboon, 2025; Su et al., 2023). Sistem odaklı düşünme becerilerinin müfredata entegre edilmesi, hemşirelerin klinik süreçlerde karşılaştıkları karmaşıklığı yönetmelerini sağlayarak geçiş şokunun etkilerini tamponlayıcı bir mekanizma görevi görmektedir (Atta et al., 2024). Gerçeklik şoku ile mesleki değerlerin çatışması, hemşirelerin iş yerinde duygusal tükenmişlik, kaygı ve

korku gibi yoğun psikolojik baskılar yaşamasına zemin hazırlayarak adaptasyon süreçlerini daha kırılgan hale getirmektedir (Gautam et al., 2023). Bu olumsuz etkilerin minimize edilmesi adına, klinik ortamda iş yükü düzenlemeleri ve esnek çalışma programları gibi örgütsel desteklerin sağlanması, yeni mezunların özgüvenini tazeleyerek profesyonel adaptasyonu hızlandırmaktadır (Zhao et al., 2024). Bu çerçevede, klinik ortamdaki öğrenme deneyimlerinin niteliği ve preseptörlerle kurulan ilişkilerin derinliği, yeni mezunların karmaşık klinik dinamikler içerisinde profesyonel gelişimlerini sürdürebilmeleri adına belirleyici birer faktör olarak öne çıkmaktadır (Livingstone, 2024). Nitekim, preseptörlerin rehberliği aracılığıyla sunulan bu destek mekanizmaları, hemşirelerin klinik ortama uyumunu kolaylaştırmakla kalmayıp, aynı zamanda mesleki rollerine dair edinmeleri gereken özelleşmiş bilgilerin aktarımını da hızlandırmaktadır (Varghese et al., 2023). Bu bağlamda uygulanan yapılandırılmış geçiş programları, organizasyonel hedefler ile klinik uygulamalar arasında köprü kurarak bireyin profesyonel adaptasyonunu sürdürülebilir kılmaktadır (Melissant et al., 2024). Zaman içerisinde geliştirilebilen bir yetkinlik olan psikolojik dayanıklılık, bu adaptasyon sürecinde hemşirelerin kişisel ve örgütsel etkilerle başa çıkma kapasitesini doğrudan belirleyen temel bir faktör olarak işlev görmektedir (Randall et al., 2023). Ayrıca, grup psikolojik danışmanlık gibi müdahaleler, mezuniyet sonrası dönemde yaşanan bu geçiş şoku ile başa çıkmada bireysel dayanıklılığı artırarak profesyonel uyumu destekleyici bir araç olarak kullanılabilmektedir (Xu et al., 2022). Bu tür yenilikçi eğitim yaklaşımlarının ve bireyselleştirilmiş eğitim programlarının entegrasyonu, hemşirelerin işe hazır bulunuşluk düzeylerini somut biçimde yükselterek profesyonel yetkinlik kazanımlarını hızlandırmaktadır (Heng et al., 2024; Noviani et al., 2023). Buna ek olarak, klinik pratiklerde yaşanan yoğun kaygı ve belirsizlikler, yeni mezunların destek ağlarına olan gereksinimini

artırarak profesyonel uygulamalara geçişlerini zorlaştırmaktadır (Ang et al., 2024).

Temel Hemşirelik Becerileri

Yeni mezun bir hemşirenin klinik yetkinliği; fiziksel muayene teknikleri, farmakolojik tedavi yönetimi ve aseptik girişimler gibi temel bakım standartlarını klinik muhakeme ile birleştirme kapasitesine dayanır. Özellikle acil durum yönetimi, hasta izlemi ve etkili iletişim becerileri, bireyin klinik sorumluluklarını yerine getirirken hata payını minimize etmesinde belirleyici olan en önemli yeterlilik alanlarını oluşturmaktadır (Ernawaty et al., 2024). Bu beceri seti, özellikle eleştirel düşünme ve problem çözme yetenekleriyle harmanlandığında, hemşirelerin hasta bakım süreçlerinde yüksek bir profesyonel performans sergilemelerine olanak tanımaktadır (Dias et al., 2024). Ayrıca klinik yetkinlik; bilgi, tutum ve becerilerin entegre bir şekilde kullanılmasıyla oluşturulan, hastanın bakım gereksinimlerini güvenli ve etkili bir biçimde karşılamayı mümkün kılan temel bir ön koşuldur (Motefakker et al., 2022). Bu becerilerin klinik uygulamada yetkinlikle sergilenmesi, doğrudan hasta güvenliğinin sağlanmasıyla ilişkilidir; zira yüksek düzeyde beceri yeterliliği, olası uygulama hatalarını minimize ederek klinik sonuçların iyileştirilmesinde kritik bir güvenlik bariyeri oluşturur (Brook et al., 2023; Javornická et al., 2024). Bu bağlamda psikomotor becerilerin ustalıkla uygulanması, hemşirelerin klinik eğitim müfredatında beklenen standartları karşılayarak profesyonel yetkinliklerini kanıtlamalarının temelini oluşturmaktadır (Alizadeh-Taghiabad et al., 2023). Buna karşılık, klinik öğrenme ortamlarında preseptörlük ilişkisi üzerinden yürütülen bu süreç, hemşirelerin teorik bilgilerini pratikle ilişkilendirmelerine ve mesleki özgüvenlerini geliştirerek güvenli bakımın sürekliliğini sağlamalarına olanak tanımaktadır (Hardie et al., 2022). Bu tür yapılandırılmış klinik eğitim modelleri, hemşirelerin problem çözme yeteneklerini geliştirerek onları

terapötik ve yönetsel roller için donanımlı hale getirmekte ve bireysel becerilerin klinik gerçeklikle uyumunu pekiştirmektedir (Mashayekh et al., 2024). Nitekim hemşirelik yetkinliği, bilişsel ve teknik becerilerin yanı sıra analitik ve yansıtıcı süreçleri de içeren çok boyutlu bir kavram olarak, hastaya odaklı ve güvenli bakımın temel yapı taşıdır (Egilsdottir et al., 2023). Bu yetkinlik düzeyi, hemşirelerin karmaşık klinik senaryolarda bilinçli kararlar alarak, mesleki sorumluluklarını etik değerlerle bütünleştirip hasta sonuçlarını optimize etmelerini sağlayan belirleyici bir faktör işlevi görmektedir (Zaitoun, 2024). Bireyin klinik yeterliliği, teorik bilgiyi otomatize edilmiş pratik eylemlere dönüştürerek denetimsiz ortamda güvenli ve etkili bakım sunabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Alavi et al., 2022). Bu yetkinlik düzeyi, hemşirelerin sadece teknik prosedürleri uygulamalarını değil, aynı zamanda değişen hasta gereksinimlerine göre analitik ve yansıtıcı becerilerini kullanarak çok boyutlu kararlar almalarını zorunlu kılar (Baek et al., 2022). Dolayısıyla, mezuniyet sonrası dönemde klinik yeterliliğin tesisi, yalnızca teknik prosedürlerin doğru uygulanmasına değil, aynı zamanda hemşirenin analitik ve yansıtıcı becerilerini kullanarak potansiyel riskleri önleyici bir yaklaşım sergilemesine bağlıdır (Amaral & Figueiredo, 2023). Bu doğrultuda, yeterli klinik beceri setine sahip hemşireler, hasta bakımındaki olası hataları minimize ederek sağlık hizmetlerinde güvenli standartların sürdürülmesinde aktif bir güvenlik bariyeri oluştururlar (Heydarikhayat et al., 2024). Ayrıca, bu süreçte teknik ve teknik olmayan becerilerin eş zamanlı gelişimi, hemşirelerin "hastanın ardındaki kişiyi" görebilmelerini sağlayarak hasta merkezli bakımın etik ve insani boyutunu güçlendirmektedir (Leonardsen et al., 2021). Bu bağlamda hemşirelik eğitimi, akademik teorik bilginin klinik organizasyonel becerilerle sentezlendiği bir yapı sunarak mezunların güvenli bakım süreçlerini yönetmelerinde kritik bir rol oynamaktadır (Steven et al., 2023). Özellikle klinik stajlar, öğrencilerin teorik çerçevelerini gerçek hayatın karmaşık dinamikleriyle test ettikleri güvenli

öğrenme alanları oluşturarak mesleki kimlik inşasını ve klinik yetkinlik gelişimini doğrudan desteklemektedir (Ghimire & Neupane, 2024). Bu etkileşimli öğrenme ortamı, teorik bilgilerin psikolojik ve motor becerilere dönüşümünü sağlayarak öğrencilerin karmaşık hasta bakım süreçlerini güvenle yönetebilecekleri bir yetkinlik temeli inşa etmektedir.

Beceri Yeterliliği

Yeni mezunların akademik süreçte edindikleri kuramsal bilgilerin, klinik alandaki pratik uygulamalarla ne ölçüde örtüştüğü, yetkinlik düzeylerini belirleyen en temel değişken olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda, özellikle simülasyon temelli ustalık öğrenimi gibi modern eğitim yaklaşımları, öğrencilerin teorik altyapılarını gerçekçi klinik senaryolarla harmanlayarak uygulama becerilerini somut bir şekilde güçlendirmektedir (Mehdipour-Rabori et al., 2021; Park et al., 2025). Buna ek olarak, klinik ortama geçiş sürecinde hem simülasyon temelli uygulamalar hem de doğrudan hasta başı deneyimler, öğrencilerin klinik muhakeme yeteneklerini geliştirmeleri için kritik öğrenme fırsatları sunar (Alrashidi et al., 2023; Høegh-Larsen et al., 2023). Özellikle TPSN gibi yenilikçi modeller, eğitim kurumları ile sağlık kuruluşları arasındaki iş birliğini artırarak teorik bilginin klinik bağlama entegrasyonunu sağlamakta ve bu sayede öğrenimdeki teorik-pratik boşluğunu belirgin ölçüde daraltmaktadır (Vosoughi et al., 2022; Zamanzadeh et al., 2024). Simülasyon destekli bu tür öğrenme yöntemleri, hata yapmanın öğrenme fırsatı olarak görüldüğü güvenli bir ortam oluşturarak teorik bilginin klinik uygulamaya daha kolay içselleştirilmesini sağlar (Arrogante et al., 2021). Özellikle yüksek riskli klinik senaryolar üzerinde gerçekleştirilen bu uygulamalar, öğrencilerin bilişsel süreçlerini harekete geçirerek karmaşık vaka yönetimlerinde daha hızlı ve güvenli kararlar almalarını desteklemektedir (Son, 2023). Bununla birlikte, kuramsal bilgi ile uygulama becerisi arasındaki bu bağı güçlendirmede simülasyon

temelli eğitimin sunduğu yansıtıcı öğrenme süreçleri, hemşirelerin klinik muhakeme kapasitelerini artırarak hasta güvenliğini doğrudan pekiştirmektedir (Karlsen et al., 2024; Tong et al., 2024). Bu yaklaşımlar, öğrencilerin gerçek klinik ortamlara giriş yapmadan önce yeterliliklerini kanıtlayabilecekleri kontrollü bir alan sunarak, kuramsal içeriğin pratikle uyumunu artırmaktadır (Saifan, Devadas, Daradkeh, et al., 2021). Bununla birlikte, simülasyon temelli öğretim stratejilerinin sadece bilgi kazanımını değil, aynı zamanda klinik beceri sürekliliğinin korunmasını da desteklediği gözlemlenmektedir (Alharbi et al., 2024). Bununla birlikte, Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınavlar gibi yöntemler, bu eğitim süreçlerinin etkinliğini ölçmek ve öğrencilerin teorik kazanımlarının pratik performansa ne derece yansıdığını nesnel verilerle değerlendirmek adına güçlü birer araç olarak öne çıkmaktadır (Tseng et al., 2021). Ancak klinik eğitimdeki mevcut programların, bilişsel ve psikolojik yeterlilikleri arzu edilen düzeye taşımada zaman zaman yetersiz kaldığı ve kuram ile uygulama arasındaki boşluğun profesyonel gelişim önünde temel bir engel teşkil ettiği bilinmektedir (Davoodi et al., 2022).

Etkileyen Etmenler

Yeni mezun hemşirelerin klinik yetkinlik algısını şekillendiren süreçler, yalnızca bireysel akademik birikimle sınırlı kalmayıp, kurumların sunduğu öğrenme imkanları ve klinik çalışma ortamındaki profesyonel iklimin karmaşık bir etkileşimiyle biçimlenmektedir (Haddeland et al., 2021). Özellikle Bandura'nın öz-yeterlilik kuramına göre, bireyin klinik zorluklarla başa çıkma kapasitesi, aldığı eğitimin kalitesi ve klinik deneyim süreciyle doğrudan bağlantılıdır (Azizi et al., 2022). Ayrıca, kurumsal düzeyde sağlanan geri bildirim mekanizmaları ve klinik rehberlik, bireyin mesleki özgüvenini artırarak teorik bilgilerin pratik uygulamalara güvenli bir şekilde aktarılmasını kolaylaştırmaktadır (Daneshfar & Moonaghi, 2025; Moloney et al., 2022). Öte yandan, deneyimli

klinisyenlerin rehberliği ve destekleyici preseptörlük yaklaşımları, öğrenim ortamındaki psikososyal stresi azaltarak yeni mezunların yetkinlik algısını güçlendiren temel çevresel faktörler arasında yer almaktadır (Saifan, Devadas, Mekkawi, et al., 2021). Benzer şekilde, klinik ortamdaki ilişkisel dinamikler ve mentorluk desteği, öğrencilerin karşılaştıkları stres faktörlerini yönetmelerine yardımcı olan bir direnç kaynağı oluşturarak öğrenme çıktılarının kalitesini artırmaktadır (Folkvord & Risa, 2022). Bunun yanı sıra, simülasyon temelli eğitimin sunduğu deneyimsel öğrenme fırsatları, geleneksel klinik stajlarda yaşanan belirsizlikleri minimize ederek hemşirelerin profesyonel özgüvenlerini ve bilgi edinme süreçlerini uzun vadeli olarak desteklemektedir (Bray & Østergaard, 2024; Fuglsang et al., 2021). Bu bağlamda, simülasyon temelli öğretim yaklaşımları hemşirelerin klinik yetkinliklerini artırmanın yanı sıra, mesleki sorumluluklarını yerine getirme konusundaki öz-yeterlilik algılarını ve memnuniyet düzeylerini de somut biçimde iyileştirmektedir (Guerrero et al., 2024). Ayrıca, simülasyon tabanlı geri bildirim döngüleri, hemşirelerin kendi performanslarını yansıtıcı bir biçimde analiz etmelerini sağlayarak klinik yargılama ve problem odaklı düşünme becerilerini sistematik bir gelişim sürecine dönüştürmektedir (Choi et al., 2023; Yang et al., 2024). Klinik ortamın dinamik yapısı göz önüne alındığında, bu becerilerin sürdürülebilirliği kurum içi sürekli eğitim programları ve iş birliğine dayalı çalışma modelleri ile de doğrudan ilişkilidir (Kamali et al., 2023). Bireysel öz-yeterlilik algısı yüksek olan hemşirelerin, karşılaştıkları zorlukları birer tehdit yerine profesyonel gelişim fırsatı olarak değerlendirerek klinik uyum süreçlerini daha etkili yönettikleri görülmektedir (Galiana et al., 2023).

Klinik Uyumun Desteklenmesi

Yeni mezun hemşirelerin adaptasyon sürecini kolaylaştırmak adına kurgulanan kapsamlı oryantasyon ve yapılandırılmış mentorluk programları, akademik bilginin klinik pratikle

sürekliliğini sağlayan en stratejik mekanizmalar olarak öne çıkmaktadır. Yetkin ve donanımlı mentorların, yeni mezunların öğrenme önceliklerini belirleyerek bireysel gelişimlerine odaklanması, teorik bilgilerin pratik bağlamda anlam kazanmasına ve mesleki kimliğin güçlenmesine olanak tanır (Alilyyani et al., 2024). Mentorluk sürecindeki bu rehberlik, sadece teknik becerilerin kazanılmasını değil, aynı zamanda yeni mezunların klinik ortama aidiyet duygusunu geliştirerek izolasyon hissini azaltır ve profesyonel özgüvenlerini pekiştirir (Lillekroken et al., 2024). Buna ek olarak, mentorların klinik deneyimlerini aktardığı sistematik bir rehberlik yaklaşımı, yeni mezunların karmaşık vaka yönetiminde karşılaştıkları belirsizlikleri yönetmelerine ve kurumsal destekle birlikte klinik kararlarını daha yetkin bir şekilde sergilemelerine olanak tanımaktadır (Hagrass et al., 2023; Wang et al., 2024). Ayrıca, eleştirel yansıtma pratiklerini merkeze alan bu mentorluk süreçleri, hemşirelerin teorik bilgilerini klinik vakalarla bütünleştirerek mesleki muhakeme yeteneklerini geliştirmelerine ve gerçeklik şoku ile daha etkin biçimde başa çıkmalarına imkân tanımaktadır (Shin et al., 2023). Bunun yanı sıra, kurumlar bünyesinde yürütülen sürekli eğitimlerin mentorluk ile entegre edilmesi, teorik müfredatın klinik uygulamalarla sürekliliğini temin ederek eğitimdeki güncel gereksinimlerin karşılanmasını desteklemektedir (Mani, 2025). Kurumsal politikalar içerisinde standartlaştırılmış Hemşire Rezidans Programları'nın benimsenmesi, bu geçiş dönemindeki destek ağlarını güçlendirerek yeni mezunların profesyonel gelişimini ve kurumsal aidiyetlerini uzun vadeli olarak teminat altına almaktadır (Mohamed & Al-Hmaimat, 2024). Üniversite ve sağlık kurumları arasında oluşturulan ortak akademik-pratik iş birlikleri, klinik personelin her iki alanda da rol üstlenmesini sağlayarak eğitim ve uygulama arasındaki kopukluğu gidermede sürdürülebilir bir yapı sunmaktadır. Bu tür bütünleşik pozisyonlar, klinik eğitmenlerin hem teorik derslerde hem de uygulama sahalarında aktif rol almasını sağlayarak yerel öğrenme ortamlarını güçlendirmekte ve

kaynakların daha verimli kullanılmasını desteklemektedir (Rusaanes et al., 2024). Kurumsal düzeyde oluşturulan bu destek ağları, oryantasyon süreçlerine kurumsal kültür ve etkili iletişim modüllerinin dahil edilmesiyle yeni mezunların hastane içi uyum süreçlerini önemli ölçüde hızlandırmaktadır (Alruwaili et al., 2024). Ayrıca, programın uzunluğu ve içeriğinin bireysel gereksinimlere göre esnetilmesi, geçiş sürecindeki teknik ve psikososyal adaptasyonu doğrudan optimize eden kritik bir değişken olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, bu programların başarısı, hemşirelerin profesyonel sosyalizasyonunu desteklemek ve klinik uygulama aşamasında karşılaşılan bilgi boşluklarını gidermek amacıyla simülasyon, didaktik öğrenme ve yansıtıcı değerlendirme gibi çok katmanlı pedagojik yöntemlerin entegre edilmesine bağlıdır (Nijkamp et al., 2024).

Sonuç ve Öneriler

Araştırmalar, yeni mezunların klinik geçiş sürecindeki başarılarının, lisans eğitiminde simülasyon temelli uygulamaların yaygınlaştırılması ve klinik pratiklerde kanıta dayalı rehberlik mekanizmalarının etkin kullanımı ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle, eğitim kurumları ile klinik tesisler arasında kurulacak daha güçlü ortaklıklar ve yapılandırılmış mentorluk programları, öğrencilerin güvenli ve bağımsız uygulayıcılara dönüşmelerinde kritik bir rol oynamaktadır (Amod & Mkhize, 2023). Bu noktada, akademik ve klinik paydaşların iş birliğiyle geliştirilen "SPRINT" gibi yenilikçi programların uygulamaya konulması, mesleki yeterliliğin ve klinik uyum sürecinin iyileştirilmesinde stratejik bir gerekliliktir (Noviani et al., 2023). Ayrıca, eğitim müfredatının dijital simülasyon teknolojileri ve geleneksel klinik stajların hibrit bir modeliyle yeniden tasarlanması, öğrencilerin gerçek çalışma ortamlarındaki karmaşıklığa daha dirençli ve hazırlıklı olmalarını sağlayacaktır (Ang et al., 2024; Ghimire & Neupane, 2024). Ayrıca, klinik

rotasyonların süresinin uzatılması ve birebir süpervizyon modellerinin benimsenmesi, öğrenme sürekliliği ve klinik deneyim kalitesinin artırılması açısından temel bir strateji olarak değerlendirilmelidir (Bassi et al., 2023). Ek olarak, yeni mezunların duygusal dayanıklılıklarını destekleyen öz bakım modüllerinin hemşirelik eğitimine dahil edilmesi, uzun vadeli mesleki tükenmişliğin önlenmesi ve klinik ortamdaki profesyonel sürdürülebilirliğin korunması adına öncelikli bir politika hedefi haline getirilmelidir. Sonuç olarak, eğitimden kliniğe uzanan bu geçiş sürecinde hemşirelik müfredatının güncellenmesi ve klinik rehberlik sistemlerinin kurumsal bir standart haline getirilmesi, sadece bireysel yeterliliği değil, aynı zamanda hasta güvenliği ve nitelikli bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen vazgeçilmez bir stratejidir.

Kaynakça

Alavi, N. M., Nabizadeh-Gharghozar, Z., & Ajorpaz, N. M. (2022). The barriers and facilitators of developing clinical competence among master's graduates of gerontological nursing: A qualitative descriptive study. *BMC Medical Education, 22*(1), 500. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03553-x

Alharbi, A., Nurfianti, A., Mullen, R., McClure, J., & Miller, W. H. (2024). The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: A systematic review. *BMC Medical Education, 24*(1), 1099. https://doi.org/10.1186/s12909-024-06080-z

Alilyyani, B., Althobaiti, E., Al-Talhi, M., Almalki, T., Alharthy, T., Alnefaie, M., Talbi, H., & Abu-Zaid, A. (2024). Nursing experience and leadership skills among staff nurses and intern nursing students in Saudi Arabia: A mixed methods study. *BMC Nursing, 23*(1), 87. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01750-1

Alizadeh-Taghiabad, B., Mazloum, S. R., Miri, K., & Namazinia, M. (2023). Determining the frequency of burn wound dressing for clinically competent nursing students: Establishing standards based on learning curves. *BMC Medical Education, 23*(1), 678. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04673-8

Alrashidi, N., An, E. P., Alrashedi, M. S., Alqarni, A. S., Gonzales, F., Bassuni, E. M., Pangket, P., Estadilla, L., Benjamin, L. S., & Ahmed, K. E. (2023). Effects of simulation in improving the self-confidence of student nurses in clinical practice: A systematic review. *BMC Medical Education, 23*(1), 815. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04793-1

Alruwaili, A. N., Alruwaili, M. M., & Colby, N. (2024). Readiness levels of intern nursing students during the transition to professional practice within the Al Jouf Region in Saudi Arabia. *BMC Nursing, 23*(1), 421. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02106-5

Altınbaş, B. C., Çalık, K. Y., Erdöl, E. K., Kırkbir, İ. B., Güner, S. G., Tezel, M., Özmen, G. Ç., Erdöl, H., & Bulut, H. K. (2025). The effect of simulation-based laboratory training on undergraduate nursing students' clinical skill, satisfaction, and self-confidence. *BMC Nursing, 24*(1), 1322. https://doi.org/10.1186/s12912-025-04004-w

Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2023). How to choose a preceptor: Aspects to consider based on a grounded theory study. *BMC Nursing, 22*(1), 90. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01240-w

Amod, H., & Mkhize, S. W. (2023). Supporting midwifery students during clinical practice: Results of a systematic scoping review. *Interactive Journal of Medical Research, 12*, e36380. https://doi.org/10.2196/36380

Ang, W. H. D., Rusli, K. D. B., Lau, Y., Lau, S. T., & Chew, H. S. J. (2024). Nursing students' readiness towards the 'new normal' in clinical practice: A distributed cognition qualitative perspective. *BMC Nursing, 23*(1), 258. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01819-x

Arrogante, Ó., González-Romero, G. M., López-Torre, E. M., Carrión-García, L., & Polo, A. (2021). Comparing formative and summative simulation-based assessment in undergraduate nursing students: Nursing competency acquisition and clinical simulation satisfaction. *BMC*

Nursing, 20(1), 92. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00614-2

Atta, M. H. R., El-Sayed, A. A. I., Alsenany, S. A., Hammad, H. A.-H., Elzohairy, N. W., & Asal, M. G. R. (2024). Navigating transition shock: The role of system thinking in enhancing nursing process competency among early career nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 21*(6), 611–625. https://doi.org/10.1111/wvn.12757

Azizi, M., Ramezani, G., Karimi, E., Hayat, A. A., Faghihi, S. A., & Keshavarzi, M. H. (2022). A comparison of the effects of teaching through simulation and the traditional method on nursing students' self-efficacy skills and clinical performance: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 21*(1), 283. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01065-z

Baek, K.-H., Cho, J.-H., & Park, J.-M. (2022). Effects of developing scenario learning in a fundamental nursing course: A pilot study. *BMC Medical Education, 22*(1), 402. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03462-z

Baharum, H., Ismail, A., McKenna, L., Mohamed, Z., Ibrahim, R., & Hassan, N. H. (2023). Success factors in adaptation of newly graduated nurses: A scoping review. *BMC Nursing, 22*(1), 125. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01300-1

Bassi, E., Dal Molin, A., Brugnolli, A., Canzan, F., Clari, M., De Marinis, M. G., Dimonte, V., Ferri, P., Fonda, F., Lancia, L., Latina, R., Poli, Z. G., Rea, T., Saiani, L., & Palese, A. (2023). Moving forward the Italian nursing education into the post-pandemic era: Findings from a national qualitative research study. *BMC Medical Education, 23*(1), 452. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04402-1

Bray, L., & Østergaard, D. (2024). A qualitative study of the value of simulation-based training for nursing students in primary care. *BMC Nursing, 23*(1), 308. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01886-0

Brook, J., Aitken, L. M., & Salmon, D. (2023). Effectiveness appraisal of interventions to increase retention of newly qualified nurses implemented in the final year of pre-registration programmes: A literature review. *Nurse Education in Practice, 74*, 103851. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103851

Cao, X., Li, J., & Gong, S. (2021). Effects of resilience, social support, and work environment on turnover intention in newly graduated nurses: The mediating role of transition shock. *Journal of Nursing Management, 29*(8), 2585–2593. https://doi.org/10.1111/jonm.13418

Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Lam, S. K., Saran, R., & Thompson, D. R. (2022). Critical elements in nursing graduates' transition to advanced practice roles and their perceived impact on patient care: An exploratory, descriptive study of graduates' and their managers' perceptions. *BMC Nursing, 21*(1), 122. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00907-0

Chen, F., Liu, Y., Wang, X., & Dong, H. (2021). Transition shock, preceptor support and nursing competency among newly graduated registered nurses: A cross-sectional study. *Nurse Education Today, 102*, 104891. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104891

Choi, H., Tak, S. H., & Lee, D. (2023). Nursing students' learning flow, self-efficacy and satisfaction in virtual clinical simulation and clinical case seminar. *BMC Nursing, 22*(1), 454. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01621-1

Cooke, J., Greenway, K., & Schutz, S. (2021). Learning from nursing students' experiences and perceptions of their clinical placements in nursing homes: An integrative literature review. *Nurse Education Today, 100*, 104857. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104857

Dai, Z., Wang, J., & Ma, W. (2023). Adaptation and validation of the Readiness for Practice instrument for senior undergraduate nursing students in China. *Journal of Nursing Management, 2023*, 8345744. https://doi.org/10.1155/2023/8345744

Daneshfar, M., & Moonaghi, H. K. (2025). The impact of clinical simulation on bridging the theory–practice gap in nursing education: A systematic review. *BMC Medical Education, 25*(1), 1216. https://doi.org/10.1186/s12909-025-07790-8

Davoodi, A., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Onyeka, T. C., & Jabbarzadeh, F. (2022). Impact of integrated teaching-learning method on oncology clinical decision-making ability and cognitive learning of nursing students. *BMC Medical Education, 22*(1), 107. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03168-2

Dias, J. M., Subu, M. A., Al-Yateem, N., Ahmed, F. R., Rahman, S. A., Abraham, M. S., Forootan, S. M., Sarkhosh, F. A., & Javanbakh, F. (2024). Nursing students' stressors and coping strategies during their first clinical training: A qualitative study in the United Arab Emirates. *BMC Nursing, 23*(1), 322. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01962-5

Ding, Z., Weng, H., Li, Y., Zhang, B., Luo, Y., & Qin, W. (2024). Transition shock, future time perspective, professional self-concept, and professional identity among nursing interns: A cross-sectional study. *Heliyon, 10*(5), e26207. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26207

Egilsdottir, H. Ö., Heyn, L. G., Falk, R. S., Brembo, E. A., Byermoen, K. R., Moen, A., & Eide, H. (2023). Factors associated with changes in students' self-reported nursing competence after clinical rotations: A quantitative cohort study. *BMC Medical Education, 23*(1), 107. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04078-7

Eklund, A., Billett, S., & Nilsson, M. S. (2021). A bridge over troubled water? – Exploring learning processes in a transition program with newly graduated nurses. *Nurse Education in Practice, 51*, 102982. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102982

Ernawaty, E., Hariati, S., & Saleh, A. (2024). Program components, impact, and duration of implementing a new nurse orientation program in hospital contexts: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances, 7*, 100214. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100214

Folkvord, S. E., & Risa, C. F. (2022). Factors that enhance midwifery students' learning and development of self-efficacy in clinical placement: A systematic qualitative review. *Nurse Education in Practice, 66*, 103510. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103510

Fuglsang, S., Bloch, C. W., & Selberg, H. (2021). Simulation training and professional self-confidence: A large-scale study of third year nursing students. *Nurse Education Today, 108*, 105175. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105175

Galiana, L., Sánchez-Ruiz, J., Gómez-Salgado, J., Larkin, P., & Sansó, N. (2023). Validation of the Spanish version of the five-item General Self-Efficacy (GSE) scale in a sample of nursing students: Evidence of validity, reliability, longitudinal invariance and changes in general self-efficacy

and resilience in a two-wave cross-lagged panel model. *Nurse Education in Practice, 74*, 103865. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103865

Gautam, S., Poudel, A., Paudyal, K., & Prajapati, M. M. (2023). Transition to professional practice: Perspectives of new nursing graduates of Nepal. *BMC Nursing, 22*(1), 273. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01418-2

Ge, W., Zhu, S.-J., Zhu, X., & Chu, A.-Q. (2025). Gender differences in co-rumination and transition shock among nursing interns in China: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 24*(1), 420. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03089-7

Ghimire, A., & Neupane, M. S. (2024). A generation at risk: The unseen consequences of Nepal's nursing shortage on undergraduate nursing students clinical education. *BMC Nursing, 23*(1), 942. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02578-5

Gholizadeh, L., Shahbazi, S., Valizadeh, S., Mohammadzad, M., Ghahramanian, A., & Shohani, M. (2022). Nurse preceptors' perceptions of benefits, rewards, support, and commitment to the preceptor role in a new preceptorship program. *BMC Medical Education, 22*(1), 472. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03534-0

Guerrero, J. G., Attallah, D. M., Gomma, N. H., & Ali, S. A. (2024). Improvements in practising nurses' knowledge, skills, self-efficacy, confidence, and satisfaction after a simulated clinical experience of caring for a patient undergoing chemotherapy: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 23*(1), 66. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01727-0

Haddeland, K., Slettebø, Å., & Fossum, M. (2021). Enablers of the successful implementation of simulation exercises: A

qualitative study among nurse teachers in undergraduate nursing education. *BMC Nursing, 20*(1), 234. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00756-3

Hagrass, H., Ibrahim, S. A. E.-A., Anany, R. I., & El-Gazar, H. E. (2023). Effect of an educational program about mentorship competencies on nurse mentors' performance: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 22*(1), 429. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01597-y

Han, P., Duan, X., Wang, L., Zhu, X., & Jiang, J. (2022). Stress and coping experience in Nurse Residency Programs for new graduate nurses: A qualitative meta-synthesis. *Frontiers in Public Health, 10*, 979626. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.979626

Hardie, P., O'Donovan, R., Jarvis, S., & Redmond, C. (2022). Key tips to providing a psychologically safe learning environment in the clinical setting. *BMC Medical Education, 22*(1), 816. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03892-9

He, X., Mao, Y., Cao, H., Li, L., Wu, Y., & Yang, H. (2024). Factors influencing the development of nursing professionalism: A descriptive qualitative study. *BMC Nursing, 23*(1), 283. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01945-6

Heng, Y. V., Yang, L., Chen, L., Liu, J., Cui, S., & Zhang, L. (2024). Exploring work readiness: A qualitative descriptive study of self-perceptions among new graduate nurses. *Heliyon, 10*(7), e28507. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28507

Heydarikhayat, N., Ghanbarzehi, N., & Sabagh, K. (2024). Strategies to prevent medical errors by nursing interns: A qualitative content analysis. *BMC Nursing, 23*(1), 48. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01726-1

Høegh-Larsen, A. M., Gonzalez, M. T., Reierson, I. Å., Husebø, S. E., Hofoss, D., & Ravik, M. (2023). Nursing students' clinical judgment skills in simulation and clinical placement: A comparison of student self-assessment and evaluator assessment. *BMC Nursing, 22*(1), 64. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01220-0

Innab, A., Almotairy, M. M., Alqahtani, N., Nahari, A., Alghamdi, R., Moafa, H., & Alshael, D. (2024). The impact of comprehensive licensure review on nursing students' clinical competence, self-efficacy, and work readiness. *Heliyon, 10*(7), e28506. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28506

Javornická, D., Kisvetrová, H., Prušová, E., Váverková, R., Greaves, P. J., & Steven, A. (2024). The influence of supervisory support on clinical learning as experienced by Czech Nursing and health professional students in the context of patient safety events: A qualitative study. *Nurse Education in Practice, 79*, 104041. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104041

Jepsen, K., Lindström, V., Wihlborg, J., & Hörberg, A. (2024). Newly employed nurses' transition into their new role in the ambulance service– a qualitative study. *BMC Nursing, 23*(1), 93. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01745-y

Jung, Y.-M., & Yoo, I.-Y. (2022). Development and testing of the career decision-making self-efficacy scale for nursing students: A methodological study. *BMC Nursing, 21*(1), 231. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01017-7

Kakyo, T. A., Xiao, L. D., & Chamberlain, D. (2022). Benefits and challenges for hospital nurses engaged in formal mentoring programs: A systematic integrated review. *International*

Nursing Review, *69*(2), 229–238. https://doi.org/10.1111/inr.12730

Kamali, M., Hasanvand, S., Kordestani-Moghadam, P., Ebrahimzadeh, F., & Amini, M. (2023). Impact of dyadic practice on the clinical self-efficacy and empathy of nursing students. *BMC Nursing,* *22*(1), 8. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01171-y

Karlsen, K., Nygård, C., Johansen, L. G., & Gjevjon, E. R. (2024). In situ simulation training strengthened bachelor of nursing students' experienced learning and development process– a qualitative study. *BMC Nursing,* *23*(1), 121. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01771-w

Koskinen, S., Brugnolli, A., Fuster, P., Hourican, S., Istomina, N., Leino-Kilpi, H., Löyttyniemi, E., Němcová, J., Meyer, G., de Oliveira, C. S., Palese, A., Rua, M., Salminen, L., Sveinsdóttir, H., Visiers-Jiménez, L., Zeleníková, R., & Kajander-Unkuri, S. (2023). A successful nursing education promotes newly graduated nurses' job satisfaction one year after graduation: A cross-sectional multi-country study. *BMC Nursing,* *22*(1), 269. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01438-y

Lay, K. S. M., & Masingboon, K. (2025). Turnover prevalence and the relationship between transition shock and turnover intention among new nurses: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies Advances,* *9*, 100390. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100390

Lee, T. W., Kim, E.-K., & Ji, Y. (2024). The mediating effect of transition shock on the relationship between readiness for practice and turnover intention of new graduate nurses in

South Korea: A longitudinal study. *Nurse Education Today, 143*, 106394. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106394

Leonardsen, A.-C. L., Brynhildsen, S., Hansen, M. T., & Grøndahl, V. A. (2021). Supervising students in a complex nursing practice- a focus group study in Norway. *BMC Nursing, 20*(1), 168. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00693-1

Lillekroken, D., Kvalvaag, H. M., Lindeflaten, K., Fløtlo, T. N., Krogstad, K., & Hessevaagbakke, E. (2024). Educating the nurses of tomorrow: Exploring first-year nursing students' reflections on a one-week senior peer-mentor supervised inspiration practice in nursing homes. *BMC Nursing, 23*(1), 132. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01768-5

Lindfors, K., Flinkman, M., Kaunonen, M., Huhtala, H., & Paavilainen, E. (2022). New graduate registered nurses' professional competence and the impact of preceptors' education intervention: A quasi-experimental longitudinal intervention study. *BMC Nursing, 21*(1), 360. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01133-4

Liu, Y.-H., Subeq, Y.-M., & Lin, P.-H. (2023). Clinical dyspnea scenario: Using high-fidelity situation simulation teaching program to evaluate learning effectiveness for clinical junior and pre-clinical nurses. *Frontiers in Psychology, 13*, 1015106. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1015106

Livingstone, K. (2024). How lack of support and recognition for RN preceptors is affecting nursing students' learning on placement. *Nurse Education Today, 138*, 106192. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106192

Lyu, X.-C., Huang, S.-S., Ye, X., Zhang, L., Zhang, P., & Wang, Y. (2024). What influences newly graduated registered nurses' intention to leave the nursing profession? An integrative

review. *BMC Nursing, 23*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01685-z

Mani, Z. A. (2025). Transitioning to competency-based education in nursing: A scoping review of curriculum review and revision strategies. *BMC Nursing, 24*(1), 1111. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03319-y

Marriott, P., Newton, J., & Reid, K. (2024). Preparedness for a first clinical placement in nursing: A descriptive qualitative study. *BMC Nursing, 23*(1), 345. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01916-x

Mashayekh, R., Ebadi, A., Nehrir, B., & Moayed, M. S. (2024). The effect of the preceptorship training program on the participation of clinical nurses in training nursing internship students: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 23*(1), 395. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02034-4

Mbalinda, S. N., Najjuma, J. N., Gonzaga, A. M., Kamoga, L., & Musoke, D. (2024). Understanding and barriers of professional identity formation among current students and recent graduates in nursing and midwifery in low resource settings in two universities: A qualitative study. *BMC Nursing, 23*(1), 146. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01795-2

Mehdipour-Rabori, R., Bagherian, B., & Nematollahi, M. (2021). Simulation-based mastery improves nursing skills in BSc nursing students: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 20*(1), 10. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00532-9

Melissant, H. C., Hendriks, R. R. A., Bakker, E., Kox, J. H. A. M., Rietveld, N., Miedema, H. S., Roelofs, P. D. D. M., & Verhaegh, K. J. (2024). Interventions that support novice nurses' transition into practice: A realist review. *International*

Journal of Nursing Studies, 157, 104785. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104785

Mirzaei, A., Imashi, R., Saghezchi, R. Y., Jafari, M. J., & Nemati-Vakilabad, R. (2024). The relationship of perceived nurse manager competence with job satisfaction and turnover intention among clinical nurses: An analytical cross-sectional study. *BMC Nursing, 23*(1), 528. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02203-5

Mohamed, Z., & Al-Hmaimat, N. (2024). The effectiveness of nurse residency programs on new graduate nurses' retention: Systematic review. *Heliyon, 10*(5), e26272. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26272

Moloney, M., Murphy, L., Kingston, L., Markey, K., Hennessy, T., Meskell, P., Atkinson, S., & Doody, O. (2022). Final year undergraduate nursing and midwifery students' perspectives on simulation-based education: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 21*(1), 299. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01084-w

Moon, S.-H., Jeong, H. W., & Jung, U. S. (2024). Exploring the impact of the mentoring new nurses for transition and empowerment program led by clinical nurse educators in South Korea: A mixed-methods study. *Nurse Education Today, 140*, 106251. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106251

Motefakker, S., Farahani, A. S., Nourian, M., Nasiri, M., & Heydari, F. (2022). The impact of the evaluations made by Mini-CEX on the clinical competency of nursing students. *BMC Medical Education, 22*(1), 634. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03667-2

Nemati-Vakilabad, R., Khoshbakht, M., Maroufizadeh, S., & Javadi-Pashaki, N. (2024). Translation and validation of the Persian version of the perception to care in acute situations (PCAS-P) scale in novice nurses. *BMC Nursing, 23*(1), 108. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01760-z

Nijkamp, N., Calleja, P., & Sahay, A. (2024). Transition support arrangements to support new graduate & novice nurses entry into perioperative nursing: A scoping review. *Heliyon, 10*(1), e23316. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23316

Noviani, W., Chong, M. C., & Tang, L.-Y. (2023). Socialization in professional reality integration for nursing student transition (SPRINT) to improve professional competence: A quasi-experimental study. *Heliyon, 9*(3), e13433. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13433

Opoku, E. N., Khuabi, L.-A. J.-N., & van Niekerk, L. (2021). Exploring the factors that affect the transition from student to health professional: An integrative review. *BMC Medical Education, 21*(1), 558. https://doi.org/10.1186/s12909-021-02978-0

Oshodi, T. O., & Sookhoo, D. (2024). Nursing students' perceptions of inadequate nurse staffing in the clinical learning environment – a systematic narrative review. *Nurse Education in Practice, 82*, 104221. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104221

Park, Y.-S., Lee, S.-J., & Hur, Y. (2025). Facilitators, barriers, and future direction of high-fidelity simulation in nursing education: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing, 24*(1), 881. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03541-8

Pohjamies, N., Haapa, T., Kääriäinen, M., & Mikkonen, K. (2022). Nurse preceptors' orientation competence and associated

factors—A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing, 78*(12), 4123–4134. https://doi.org/10.1111/jan.15388

Prosen, M., & Ličen, S. (2023). Newly graduated nurses' perceptions of their professional role and professional competency: A qualitative focus group study. *BMC Medical Education, 23*(1), 755. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04747-7

Purabdollah, M., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Valizadeh, L., Mousavi, S., & Ghasempour, M. (2024). Competency gap among graduating nursing students: What they have achieved and what is expected of them. *BMC Medical Education, 24*(1), 546. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05532-w

Qin, Z., Zhang, H., Su, S., Guo, D., Wu, P., Huang, Y., & Wang, H. (2024). Perceived professional preparedness and identity among senior nursing students: A latent profile analysis. *BMC Nursing, 23*(1), 291. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01965-2

Randall, P. S., De Gagne, J. C., Lee, E.-H., Slack, J., Lee, Y., & Ledbetter, L. (2023). The experience of resilience in newly graduated nurses: A qualitative metasynthesis. *Nurse Education in Practice, 70*, 103681. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103681

Rudberg, S., Westerbotn, M., Sormunen, T., Scheja, M., & Lachmann, H. (2022). Undergraduate nursing students' experiences of becoming a professional nurse: A longitudinal study. *BMC Nursing, 21*(1), 219. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01002-0

Rusaanes, V., Eide, H., Brembo, E. A., Gladhus, L., Oswald, B. M., & Heyn, L. G. (2024). Educating nursing students for

sustainable future rural health-care services: An umbrella review. *International Journal of Nursing Studies, 151*, 104688. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104688

Saifan, A. R., Devadas, B., Daradkeh, F., Fattah, H. A. A., Aljabery, M. A., & Michael, L. M. (2021). Solutions to bridge the theory-practice gap in nursing education in the UAE: A qualitative study. *BMC Medical Education, 21*(1), 490. https://doi.org/10.1186/s12909-021-02919-x

Saifan, A. R., Devadas, B., Mekkawi, M., Amoor, H. A., Matizha, P., James, J., & Al-Yateem, N. (2021). Managing the theory-practice gap in nursing education and practice: Hearing the voices of nursing students in the United Arab Emirates. *Journal of Nursing Management, 29*(6), 1869–1879. https://doi.org/10.1111/jonm.13407

Shin, S.-J., Lee, I.-Y., Kim, J., Oh, E.-Y., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: A pilot study. *BMC Nursing, 22*(1), 69. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6

Son, H. K. (2023). Effects of simulation with problem-based learning (S-PBL) on nursing students' clinical reasoning ability: Based on Tanner's clinical judgment model. *BMC Medical Education, 23*(1), 601. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04567-9

Sterner, A., Eklund, A., & Nilsson, M. S. (2023). Prepared to learn but unprepared for work: A cross sectional survey study exploring the preparedness, challenges, and needs of newly graduated nurses entering a hospital-based transition program. *Nurse Education in Practice, 72*, 103782. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103782

Steven, A., Rossi, S., Dasso, N., Napolitano, F., Grosso, A., Villa, S., Aleo, G., Catania, G., Sasso, L., Zanini, M., & Bagnasco, A. (2023). A qualitative exploration of undergraduate nursing students' experience of emotional safety for learning during their clinical practice. *Nurse Education Today, 121*, 105673. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105673

Su, Q., Wu, Y., Yun, B., Zhang, H., She, D., & Han, L. (2023). The mediating effect of clinical teaching behavior on transition shock and career identity among new nurses: A cross-sectional study. *Nurse Education Today, 125*, 105780. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105780

Tong, L. K., Li, Y. Y., Au, M. L., Ng, W. I., Wang, S. C., Liu, Y., Shen, Y., Zhong, L., & Qiu, X. (2024). The effects of simulation-based education on undergraduate nursing students' competences: A multicenter randomized controlled trial. *BMC Nursing, 23*(1), 400. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02069-7

Tseng, L.-P., Hou, T.-H., Huang, L., & Ou, Y.-K. (2021). Effectiveness of applying clinical simulation scenarios and integrating information technology in medical-surgical nursing and critical nursing courses. *BMC Nursing, 20*(1), 229. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00744-7

Varghese, B., AL-Balawi, R. M. O. A. M., Joseph, C. M., Al-Akkam, A. A. A., Alomari, A., & Swallmeh, E. (2023). The lived experiences of nurse preceptors in training new nurses in Qatar: Qualitative study. *BMC Nursing, 22*(1), 456. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01619-9

Vosoughi, M. N., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Ghahramanian, A., Lotfi, M., Bagheriyeh, F., & Pourmollamirza, A. (2022). An introduction to the TPSN model: A comprehensive approach

to reducing the theory-practice gap in nursing. *BMC Nursing, 21*(1), 261. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01030-w

Wang, Y., Hu, S., Yao, J., Pan, Y., Wang, J., & Wang, H. (2024). Clinical nursing mentors' motivation, attitude, and practice for mentoring and factors associated with them. *BMC Nursing, 23*(1), 76. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01757-8

Xu, B., Li, S., Bian, W., Wang, M., Lin, Z., & Wang, X. (2022). Effects of group psychological counselling on transition shock in newly graduated nurses: A quasi-experimental study. *Journal of Nursing Management, 30*(2), 455–462. https://doi.org/10.1111/jonm.13506

Yang, J., Zhou, W., Zhou, S. C., Luo, D., Liu, Q., Wang, A., Yu, S., Zhu, X., He, X. Y., Hu, F., Yang, B. X., & Chen, J. (2024). Integrated virtual simulation and face-to-face simulation for clinical judgment training among undergraduate nursing students: A mixed-methods study. *BMC Medical Education, 24*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04988-6

Zaitoun, R. A. (2024). Assessing nurses' professional competency: A cross-sectional study in Palestine. *BMC Nursing, 23*(1), 379. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02064-y

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Ghahramanian, A., Namadi-Vosoughi, M., Bagheriyeh, F., & Pourmollamirza, A. (2024). Nursing students' experiences from clinical education using the TPSN model. *BMC Nursing, 23*(1), 155. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01810-6

Zhao, S., Liang, Q., Tao, H., Fan, S., Xia, Y., Zeng, L., Wang, G., Liu, H., Huang, H., & Xiao, J. (2024). Transition shock among nursing interns and its relationship with patient safety attitudes, professional identity and climate of caring: A cross-

sectional study. *BMC Nursing, 23*(1), 64. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01722-5

Zheng, S., Yang, L., Zhou, N., & Zhu, H. (2023). New nurses' experience during a two year transition period to clinical practice: A phenomenological study. *Nurse Education Today, 121*, 105682. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105682

Zhou, S., Ma, J., Fan, S., Wang, H., An, W., Li, L., & Xiao, T. (2024). The mediating effect of job embeddedness on the nursing work environment and transition shock among new nurses: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice, 78*, 104034. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104034

BÖLÜM 3

OREM'İN ÖZ BAKIM YETERSİZLİĞİ KURAMI TEMELİNDE KANSER HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

FUNDA KARAMAN[1]

Giriş

Kanser; tanı, tedavi ve izlem süreçleri boyunca bireyin fiziksel işlevlerini, psikolojik iyi oluşunu, sosyal rollerini ve günlük yaşam düzenini etkileyebilen kronik ve karmaşık bir sağlık sorunudur. Küresel Kanser Gözlemevi (Global Cancer Observatory [GLOBOCAN]) 2024 tahminlerine göre dünya genelinde 2024 yılında yaklaşık 20,6 milyon yeni kanser olgusu ve 9,8 milyon kansere bağlı ölüm meydana gelmiştir (Sung et al., 2026). Cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hedefe yönelik tedaviler, immünoterapi ve hormonal tedavilerdeki gelişmelerle birlikte yaşam süresinin uzaması; hastaların tedaviye bağlı semptomları yönetebilmesini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini ve kendi bakımına etkin biçimde katılabilmesini giderek daha önemli hâle getirmiştir. Kanserin ve uygulanan tedavilerin oluşturduğu semptom yükü,

[1] Doç. Dr., Kıbrıs Aydın Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid: 0000-0002-4177-9247

bireyin günlük işlevselliğini ve öz bakım davranışlarını sürdürme kapasitesini sınırlandırabilmektedir.

Hemşirelik bakımının temel amaçlarından biri, bireyin mümkün olan en yüksek düzeyde bağımsızlığını korumasını ve kendi sağlığının yönetimine etkin biçimde katılmasını desteklemektir. Bu amaç, hemşirelik kuramlarının klinik uygulamada kullanılmasını değerli kılmaktadır. Hemşirelik kuramları; hastanın sistematik olarak değerlendirilmesine, bakım gereksinimlerinin görünür hâle getirilmesine, hemşirelik girişimlerinin gerekçelendirilmesine ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesine kavramsal bir çerçeve sağlamaktadır. Dorothea Orem tarafından geliştirilen ve literatürde Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı olarak da adlandırılan Öz Bakım Yetersizliği Kuramı, bireyin öz bakım gereksinimleri ile bu gereksinimleri karşılayabilme gücü arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Bu özelliği nedeniyle kuram, kanser gibi uzun süreli, karmaşık ve değişken bakım gereksinimleri oluşturan hastalıklarda işlevsel bir bakım çerçevesi sunmaktadır (Nasiri et al., 2023; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Orem temelli bakım yaklaşımının klinik yararını destekleyen güncel kanıtlar bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan yetişkinlerde Orem temelli bakım programlarının etkilerini inceleyen sistematik derleme ve doz-yanıt meta-analizinde bu programların öz bakım, yaşam kalitesi ve öz yeterlik üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu; anksiyete ve depresyon düzeylerini ise azalttığı bildirilmiştir (Nasiri et al., 2023). Kanserli yetişkinlere odaklanan güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde de Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na dayalı bakımın öz bakım gücü, yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (Yurtsever & Karagözoğlu, 2026). Bununla birlikte, araştırmaya

dâhil edilen çalışmaların sayısının sınırlı ve bulgular arasındaki heterojenliğin yüksek olması nedeniyle sonuçların farklı kanser türlerine ve hasta gruplarına genellenmesinde dikkatli olunmalıdır.

Kanser hastalarının öz bakım davranışlarının kuramsal bir temelde değerlendirilmesi, bireysel bakım gereksinimlerinin belirlenmesini ve uygun hemşirelik sisteminin seçilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu doğrultuda, kemoterapi uygulanan hastaların öz bakım davranışlarını Orem'in kuramı temelinde değerlendirmek amacıyla geliştirilen Öz Bakım Davranışları Ölçeği, bireyin desteklenmesi gereken öz bakım alanlarının belirlenmesine katkı sağlamaktadır (Karadağlı, 2017; Karadağlı & Ecevit Alpar, 2017).

Bu bölümde Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Kuramı temelinde kanser hastalarının öz bakım gereksinimlerinin ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi, öz bakım yetersizliğinin belirlenmesi, uygun hemşirelik sisteminin seçilmesi ve hastaların öz bakım davranışlarını geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimleri ele alınmaktadır.

Öz Bakım Kavramı ve Hemşirelik Bakımındaki Yeri

Öz bakım, bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik halini sürdürmek amacıyla bilinçli biçimde başlattığı ve gerçekleştirdiği davranışların bütünüdür. Bu kavram, bireyin sağlık bakımının pasif alıcısı olmaktan çıkıp kendi sağlığının korunması ve geliştirilmesinde etkin bir özne haline gelmesini vurgular. Öz bakım davranışları doğuştan sabit özellikler değildir; öğrenme, deneyim, eğitim, sağlık okuryazarlığı, kültür, sosyal destek, fiziksel kapasite ve çevresel koşullar doğrultusunda gelişebilir ve değişebilir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde öz bakımın sürdürülmesi, hastalık belirtilerinin izlenmesi, tedaviye uyum, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin korunması açısından temel önemdedir (Orem, 2001; Nasiri et al., 2023).

Kanser hastalarında öz bakım; kişisel hijyen veya günlük yaşam aktiviteleriyle sınırlı değildir. Tedavi planına uyma, semptomları izleme, yeterli beslenme ve sıvı alımını sürdürme, ağız bakımını yapma, enfeksiyondan korunma, ilaçları uygun biçimde kullanma, aktivite-dinlenme dengesini kurma, uyku düzenini destekleme, psikososyal sorunlarla baş etme ve hangi belirtilerde sağlık profesyoneline başvurması gerektiğini bilme de öz bakımın kapsamındadır. Bu nedenle öz bakım değerlendirmesi biyolojik, psikolojik, sosyal ve eğitsel boyutları birlikte içeren bütüncül bir yaklaşım gerektirir (Kim et al., 2023; Lanfear & Harding, 2023).

Hemşirelik Esasları açısından öz bakımın desteklenmesi, hastanın bağımsızlığını koruma ilkesiyle doğrudan ilişkilidir. Hemşire hastanın yapabildiği bir davranışı gereksiz yere onun yerine üstlenmek yerine, bireyin kapasitesini değerlendirmeli ve mümkün olan alanlarda öz bakımını kendisinin sürdürmesini teşvik etmelidir. Buna karşılık hastanın fiziksel, bilişsel ya da emosyonel sınırlılıkları öz bakım davranışlarını engelliyorsa, güvenli bakımın sürdürülmesi için gerekli yardım sağlanmalıdır. Böylece bakım, hastanın öz bakım gücü ile terapötik öz bakım gereksinimleri arasındaki dengeye göre bireyselleştirilir (Nasiri et al., 2023).

Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Hemşirelik Kuramı

Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Hemşirelik Kuramı birbiriyle ilişkili üç teorik yapıdan oluşur: öz bakım kuramı, öz bakım yetersizliği kuramı ve hemşirelik sistemleri kuramı (Orem, 2001). Öz bakım kuramı bireyin yaşamı ve sağlığı sürdürmek için neden ve nasıl öz bakım davranışları gerçekleştirdiğini; öz bakım yetersizliği kuramı hemşireliğe ne zaman gereksinim duyulduğunu; hemşirelik sistemleri kuramı ise bu gereksinimin hangi tür hemşirelik yardımıyla karşılanacağını açıklar. Bu bütünlük, değerlendirmeden girişime ve sonuçların izlenmesine uzanan sistematik bir bakım

yaklaşımı oluşturur (Nasiri et al., 2023; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Öz Bakım Kuramı

Orem'e göre insan, gereksinimlerini algılayabilen, karar verebilen ve belirli koşullar altında kendi bakımını sürdürebilen aktif bir varlıktır. Öz bakım davranışı amaçlıdır; yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması, hastalığın etkilerinin azaltılması ve iyilik halinin geliştirilmesiyle ilişkilidir. Kanser hastasının semptomlarını takip etmesi, önerilen ilaçları kullanması, ağız bakımını sürdürmesi, yeterli sıvı alması, aktivitesini tolere edebileceği düzeyde düzenlemesi ve riskli belirtileri sağlık ekibine bildirmesi öz bakım davranışlarına örnek verilebilir (Orem, 2001; Nasiri et al., 2023).

Öz bakım gücü bireyin öz bakım eylemlerini gerçekleştirebilme kapasitesidir. Bu kapasite yaş, gelişimsel durum, hastalığın şiddeti, tedavi yan etkileri, bilgi düzeyi, motivasyon, bilişsel işlevler, fiziksel güç, ekonomik olanaklar, aile desteği ve sağlık hizmetine erişim gibi çok sayıda faktörden etkilenir. Dolayısıyla aynı kemoterapi protokolünü alan iki hastanın öz bakım gereksinimleri ve bu gereksinimleri karşılayabilme düzeyi birbirinden farklı olabilir. Hemşirelik bakımının bireyselleştirilmesi tam da bu noktada önem kazanır (Nasiri et al., 2023; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Terapötik Öz Bakım Gereksinimleri

Orem terapötik öz bakım gereksinimlerini evrensel öz bakım gereksinimleri, gelişimsel öz bakım gereksinimleri ve sağlıktan sapma durumundaki öz bakım gereksinimleri olmak üzere üç grupta ele alır (Orem, 2001). Evrensel gereksinimler yaşamın ve temel insan işlevlerinin sürdürülmesiyle ilişkilidir. Yeterli hava, su ve besin alımının sürdürülmesi; boşaltım süreçlerinin düzenlenmesi; aktivite ve dinlenme arasında denge kurulması; yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin korunması; yaşamı ve işlevselliği tehdit eden

tehlikelerden korunma ve normal olma halinin desteklenmesi bu kapsamdadır (Orem, 2001; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri yaşam dönemleri ve önemli yaşam olaylarına uyumla ilişkilidir. Kanser tanısı, bireyin yaşam planını, aile ve iş rollerini, beden imajını, geleceğe ilişkin beklentilerini ve bağımsızlık algısını etkileyebilen önemli bir yaşam olayıdır. Bu nedenle hastanın yalnızca fiziksel semptomları değil, değişen rollerine ve yaşam anlamına uyumu da değerlendirilmelidir (Andersen et al., 2023; Grassi et al., 2023a).

Sağlıktan sapma durumundaki öz bakım gereksinimleri hastalık, yaralanma ve tedavi nedeniyle ortaya çıkar. Hastalığı ve tedaviyi anlama, uygun sağlık hizmetine başvurma, önerilen tedaviye uyma, tedavinin olumsuz etkilerini tanıma ve yönetme ve yeni sağlık durumuyla yaşamayı öğrenme bu gereksinimler arasındadır (Orem, 2001). Kanser ve kemoterapinin neden olduğu fiziksel ve psikososyal güçlükler hastanın öz bakım gereksinimlerini artırabilir; tedaviye bağlı semptomlar ise bu gereksinimleri karşılayabilme gücünü azaltabilir (Urtekin & Akin Eroglu, 2024; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Tablo 1. Orem Kuramının Temel Kavramları ve Kanser Hemşireliğine Yansımaları

Kuramsal kavram	Temel anlam	Kanser hastasında örnek
Öz bakım	Bireyin yaşam, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için gerçekleştirdiği amaçlı davranışlar.	Semptom izleme, ağız bakımı, beslenme, ilaç kullanımı, aktiviteyi düzenleme.
Öz bakım gücü	Bireyin gerekli öz bakım eylemlerini gerçekleştirebilme kapasitesi.	Yorgunluk, nöropati, bilgi eksikliği veya anksiyete nedeniyle değişebilir.
Terapötik öz bakım gereksinimi	Belirli bir zaman diliminde karşılanması	Tedavi yan etkilerini yönetme, enfeksiyondan

	gereken öz bakım eylemlerinin bütünü.	korunma, yeterli oral alım.
Öz bakım yetersizliği	Gereksinimlerin bireyin öz bakım gücünü aşması.	Şiddetli yorgunluk nedeniyle kişisel bakım ve beslenmenin sürdürülememesi.
Hemşirelik sistemi	Öz bakım yetersizliğinin derecesine göre hemşirelik yardımının örgütlenmesi.	Tümüyle giderici, kısmen giderici veya destekleyici-eğitsel bakım.

Kaynak: Orem (2001), Nasiri et al. (2023) ve Yurtsever ve Karagözoğlu (2026)

Öz Bakım Yetersizliği ve Hemşirelik Gereksiniminin Ortaya Çıkması

Öz bakım yetersizliği, bireyin öz bakım gücünün terapötik öz bakım gereksinimlerini karşılamaya yetmediği durumda ortaya çıkar. Bu durum kalıcı olmak zorunda değildir. Kanser hastasında öz bakım kapasitesi tedavinin farklı dönemlerinde dalgalanabilir. Tedavi öncesinde bağımsız olan bir birey kemoterapiden sonraki birkaç gün içinde şiddetli yorgunluk, bulantı-kusma veya baş dönmesi nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyabilir; semptomların azalmasıyla yeniden daha bağımsız hale gelebilir. Bu nedenle öz bakım yetersizliği tek seferlik değerlendirilmemeli, hastanın klinik durumu değiştikçe yeniden gözden geçirilmelidir (Orem, 2001; Urtekin & Akin Eroglu, 2024).

Hemşire öz bakım yetersizliğini değerlendirirken yalnızca hastanın hangi aktiviteyi yapamadığını belirlemekle yetinmemelidir. Yapamamanın nedeni, süresi ve değiştirilebilirliği de araştırılmalıdır. Örneğin yetersiz oral alımın nedeni bulantı, oral mukozit, tat değişikliği, depresif duygu durum, ekonomik güçlük veya beslenme konusunda yanlış inanış olabilir. Bu nedenlerin her biri farklı hemşirelik girişimleri gerektirir. Böylece Orem yaklaşımı sorunu yalnızca davranış düzeyinde değil, davranışın altında yatan öz bakım

kapasitesi ve engeller açısından ele almayı sağlar (Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Hemşirelik Sistemleri ve Kanser Hastasına Uygulanması

Orem'in hemşirelik sistemleri kuramı, hemşirelik yardımının hastanın öz bakım kapasitesine göre nasıl yapılandırılacağını açıklar. Tümüyle eksikliği giderici sistemde birey gerekli öz bakım eylemlerinin büyük bölümünü gerçekleştiremez ve hemşire bakımın önemli kısmını üstlenir. Bilinç düzeyi etkilenmiş, ağır komplikasyon gelişmiş veya fiziksel gücü ileri derecede azalmış kanser hastalarında bu sistem gerekebilir. Bu aşamada amaç güvenliği sağlamak ve yaşamın sürdürülmesine yönelik gereksinimleri karşılamaktır (Orem, 2001; Nasiri et al., 2023).

Kısmen eksikliği giderici sistemde hasta ve hemşire bakım sorumluluğunu paylaşır. Örneğin hasta ağız bakımını bağımsız yapabilir ancak şiddetli yorgunluk veya nöropati nedeniyle banyoda güvenli mobilizasyon için yardıma ihtiyaç duyabilir. Hemşire, hastanın yapabileceği bölümleri kendisinin gerçekleştirmesini destekler; yalnızca gereksinim duyulan alanlarda bakım verir. Bu yaklaşım bağımsızlığın korunmasına ve gereksiz bağımlılığın önlenmesine katkı sağlar (Nasiri et al., 2023).

Destekleyici-eğitsel sistemde birey fiziksel olarak öz bakım davranışlarını gerçekleştirebilir ancak bilgi, beceri, karar verme, motivasyon veya güven açısından desteğe gereksinim duyar. Ayaktan antineoplastik tedavi alan hastalarda hemşirenin rolü sıklıkla bu sistem içinde şekillenir. Tedavi yan etkilerinin tanınması, uygun öz bakım uygulamalarının öğretilmesi, tehlike belirtilerinin açıklanması, yanlış inanışların düzeltilmesi ve problem çözme becerisinin güçlendirilmesi bu yaklaşımın temel bileşenleridir. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda Orem temelli eğitimin öz bakım davranışlarını ve tedavi yan etkilerinin yönetimini geliştirdiğini gösteren randomize kontrollü çalışma, bu yaklaşımın

klinik uygulanabilirliğini desteklemektedir (Urtekin & Akin Eroglu, 2024). Hemşire liderliğindeki öz yönetim desteğinin kanser bakımındaki rolü de güncel sistematik derleme bulgularıyla desteklenmektedir (Lanfear & Harding, 2023).

Kanser Tedavisinin Öz Bakım Üzerindeki Etkileri

Kanser tedavisinin öz bakım üzerindeki etkisi kullanılan tedavinin türüne, dozuna, tedavi süresine, hastalığın evresine, eşlik eden hastalıklara ve bireysel özelliklere göre değişir. Bu değişkenlik hemşirenin standart eğitim vermekle yetinmeyip hastanın semptom yükünü, işlevselliğini ve öz bakım kapasitesini düzenli olarak değerlendirmesini gerektirir. Orem temelli kanser bakımına ilişkin güncel sentezler de bireyselleştirilmiş ve yapılandırılmış değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır (Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Kemoterapi ve diğer sistemik tedaviler bulantı-kusma, ishal, konstipasyon, yorgunluk, enfeksiyon riski, periferik nöropati, iştah kaybı, ağız ve boğaz sorunları, uyku güçlüğü ve bilişsel yakınmalar gibi sorunlara yol açabilir. Bu belirtiler günlük yaşam aktivitelerini, beslenmeyi, hareketi, kişisel bakımı ve tedaviye katılımı etkileyebilir. Özellikle birden fazla semptomun eş zamanlı bulunması öz bakım yükünü artırır. Hemşirelik değerlendirmesi bu nedenle tek tek semptomların varlığını sorgulamanın yanı sıra belirtilerin hastanın işlevselliği ve bağımsızlığı üzerindeki birleşik etkisini de ele almalıdır (Bower et al., 2024; Elad et al., 2020; Arends et al., 2021).

Kanser Hastalarında Temel Öz Bakım Alanları

Kemoterapi uygulanan hastalarda Orem’in kuramı temel alınarak geliştirilen Öz Bakım Davranışları Ölçeği’nin nihai yapısında bireysel bakım, uyku düzeni, solunumu sürdürme, aktivite ve hareket, beslenme alışkanlığı ve sorunlarla başa çıkma olmak üzere altı boyut belirlenmiştir (Karadağlı & Ecevit Alpar, 2017). Bu

boyutlar ölçeğin psikometrik yapısına ait olmakla birlikte, aynı zamanda klinik bakımda hastanın öz bakım gereksinimlerini sistematik biçimde gözden geçirmek için anlamlı bir çerçeve sunmaktadır. Aşağıda bu alanlar güncel bakım ilkeleriyle birlikte ele alınmıştır (Karadağlı & Ecevit Alpar, 2017; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Bireysel Bakım ve Hijyen

Bireysel bakım; beden hijyeni, deri bakımı, ağız bakımı, giyinme ve temel günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini kapsar. Kanser tedavisinde yorgunluk, ağrı, baş dönmesi, nöropati ve kas güçsüzlüğü bireyin kişisel bakımını bağımsız yürütmesini zorlaştırabilir. Hemşire hastanın kişisel bakım aktivitelerini hangi düzeyde yapabildiğini, yardım gerektiren basamakları ve güvenliği tehdit eden faktörleri değerlendirmelidir. Hastanın yapabildiği aktivitelerde bağımsızlığını sürdürmesi desteklenmeli, enerji düzeyinin düşük olduğu dönemlerde bakım aktiviteleri dinlenme aralarıyla planlanmalıdır (Elad et al., 2020; Bower et al., 2024).

Ağız bakımı kanser tedavisinde özel önem taşır. Oral mukozit, ağız kuruluğu, tat değişiklikleri, enfeksiyon ve ağrı oral alımı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Kanserde Destek Bakım Çokuluslu Birliği/Uluslararası Oral Onkoloji Derneği (MASCC/ISOO) klinik uygulama kılavuzu, kanser tedavisine bağlı mukozitin önlenmesi ve yönetiminde kanıta dayalı yaklaşımların kullanılmasını önermektedir (Elad et al., 2020). Hemşire ağız mukozasını düzenli değerlendirmeli, hastaya uygun ağız hijyeni yöntemlerini öğretmeli ve ağrı, ülser, kanama, yutma güçlüğü ya da enfeksiyon bulgularının bildirilmesi konusunda eğitim vermelidir (Elad et al., 2020).

Beslenme ve Sıvı Gereksiniminin Sürdürülmesi

Kanser ve tedavisi anoreksi, erken doyma, bulantı-kusma, diyare, konstipasyon, disfaji, mukozit, tat-koku değişiklikleri, ağız

kuruluğu ve yorgunluk gibi beslenmeyi etkileyen çok sayıda belirtiye yol açabilir. Bu belirtiler yetersiz enerji-protein alımı, kilo kaybı, dehidratasyon ve işlev kaybıyla sonuçlanabilir. Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology [ESMO]) kılavuzu kanser hastalarında beslenme durumunun ve kilo kaybının erken değerlendirilmesini ve bakımın bireyselleştirilmesini vurgulamaktadır (Arends et al., 2021). Hemşire hastanın kilo değişimini, oral alımını, sıvı tüketimini, beslenmeyi engelleyen semptomlarını ve besin hazırlama veya temin etme kapasitesini değerlendirmelidir (Arends et al., 2021).

Orem perspektifinden beslenme değerlendirmesi yalnızca hastanın yeterli beslenip beslenmediğini değil, bu gereksinimi ne ölçüde bağımsız yönetebildiğini de kapsar. Hasta ne yiyebileceğini biliyor ancak yemek hazırlayamayacak kadar yorgun olabilir; fiziksel olarak yemek yiyebilir ancak mukozit nedeniyle oral alımı sınırlanabilir; ekonomik sorunlar uygun besine erişimi zorlaştırabilir. Bu farklı durumlarda hemşirelik yardımı da farklılaşır. Gerektiğinde diyetisyen, hekim ve diğer ekip üyeleriyle iş birliği yapılmalı; hastaya küçük ve sık öğünler, semptomlara göre tolere edilebilir besinler ve yeterli sıvı alımına ilişkin bireyselleştirilmiş öneriler sunulmalıdır (Arends et al., 2021; Nasiri et al., 2023).

Aktivite, Hareket ve Dinlenme

Kanserle ilişkili yorgunluk, hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakım kapasitelerini sınırlayabilen önemli bir semptomdur. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği-Entegratif Onkoloji Derneği (ASCO-SIO) güncel kılavuzu, yorgunluğun düzenli olarak değerlendirilmesini ve klinik duruma göre kanıta dayalı farmakolojik olmayan yaklaşımların kullanılmasını önermektedir (Bower et al., 2024). Hemşire yorgunluğun şiddetini,

günlük yaşam üzerindeki etkisini, eşlik eden nedenleri ve aktivite toleransını değerlendirmelidir (Bower et al., 2024).

Enerji koruma ilkeleri, öncelikli aktivitelerin belirlenmesi, dinlenme aralarının planlanması ve hastanın klinik durumuna uygun fiziksel aktivitenin sürdürülmesi öz bakımın desteklenmesinde kullanılabilir. Bununla birlikte aktivite önerileri hastanın tedavi türüne, kemik metastazı, anemi, kardiyopulmoner sorunlar, enfeksiyon riski veya düşme riski gibi klinik özelliklerine göre bireyselleştirilmelidir. Amaç hastayı zorlayıcı egzersize yönlendirmek değil, güvenli hareketi ve işlevselliği mümkün olan düzeyde korumaktır (Ligibel et al., 2022; Bower et al., 2024).

Uyku ve Dinlenme

Kanser tanısı, tedavi programı, ağrı, sıcak basması, anksiyete, depresif belirtiler ve yorgunluk uyku düzenini bozabilir. Yetersiz uyku ise gündüz yorgunluğunu, bilişsel güçlükleri ve öz bakım aktivitelerini sürdürmedeki zorlanmayı artırabilir. Hemşire uyku süresi ve kalitesini, gece uyanmalarını, gündüz uykululuğunu, uyku alışkanlıklarını ve uykuyu bozan semptomları değerlendirmelidir (Grassi et al., 2023b).

Destekleyici girişimler arasında düzenli uyku-uyanıklık saatleri, uygun uyku ortamı, gündüz uzun süreli uyuklamaların sınırlandırılması, gevşeme yöntemleri ve uykuyu bozan semptomların kontrolü yer alabilir. Sorunun devam etmesi durumunda nedenlerin tıbbi ve psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerekir. Hemşire, uyku sorunlarını hastanın öz bakım gücünü etkileyen bir faktör olarak ele almalı ve bakım planına dahil etmelidir (Grassi et al., 2023b).

Solunumun Sürdürülmesi

Yeterli hava alımının sürdürülmesi Orem'in evrensel öz bakım gereksinimlerinin temel bileşenlerinden biridir (Orem, 2001).

Kanser hastasında dispne; tümör yükü, anemi, enfeksiyon, plevral efüzyon, kardiyopulmoner eşlik eden hastalıklar ya da tedavi komplikasyonları nedeniyle ortaya çıkabilir. Hemşire solunum sayısı ve niteliğini, dispnenin aktivite ile ilişkisini, oksijenasyon bulgularını ve semptomun günlük yaşam üzerindeki etkisini değerlendirmelidir (Hui et al., 2020).

Solunum güçlüğü yaşayan hastada enerji koruma, aktiviteleri yavaş ve planlı yapma ve rahatlatıcı pozisyonlar gibi destekleyici yaklaşımlar öğretilebilir. Ancak yeni başlayan, hızla artan veya göğüs ağrısı, siyanoz, ateş ve bilinç değişikliği gibi bulgularla birlikte olan dispne yalnızca bir öz bakım sorunu olarak değerlendirilmemeli; acil klinik değerlendirme gerektirebilecek bir durum olarak ele alınmalıdır (Hui et al., 2020).

Sorunlarla Baş Etme ve Psikososyal Öz Bakım

Kanser, fiziksel olduğu kadar psikolojik ve sosyal uyum gerektiren bir yaşam olayıdır. Tanıya bağlı korku, geleceğe ilişkin belirsizlik, beden imajındaki değişiklikler, aile içi rollerin değişmesi, iş kaybı ve ekonomik sorunlar baş etme kapasitesini etkileyebilir. Hemşire hastanın hastalık ve tedaviye ilişkin algısını, kullandığı baş etme yöntemlerini, sosyal destek kaynaklarını ve emosyonel sıkıntı belirtilerini değerlendirmelidir. Gerekli durumlarda psikoonkoloji, sosyal hizmet veya diğer profesyonellere yönlendirme yapılmalıdır (Andersen et al., 2023; Grassi et al., 2023a).

Orem yaklaşımında psikososyal destek, öz bakım kapasitesinin güçlendirilmesinin bir parçasıdır. Birey semptom yönetimine ilişkin doğru bilgiye sahip olsa bile yoğun anksiyete veya umutsuzluk nedeniyle bu bilgiyi davranışa dönüştürmekte zorlanabilir. Bu durumda hemşire yalnızca eğitim vermek yerine duygu ifadesini kolaylaştırmalı, gerçekçi hedefler belirlemeye yardımcı olmalı ve kişinin destek kaynaklarını harekete geçirmelidir. Kanserli bireylerde anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi ve

yönetimine ilişkin güncel kılavuzlar psikososyal gereksinimlerin sistematik biçimde ele alınmasını desteklemektedir (Andersen et al., 2023; Grassi et al., 2023a). Orem temelli müdahalelerin psikolojik iyilik hali üzerindeki olumlu etkileri de güncel meta-analizlerde bildirilmiştir (Nasiri et al., 2023; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Tablo 2. Kanser Hastalarında Öz Bakım Alanları, Değerlendirme ve Hemşirelik Yaklaşımları

Öz bakım alanı	Değerlendirmede odak noktaları	Hemşirelik yaklaşımı
Bireysel bakım	Hijyen, ağız bakımı, giyinme, güvenli banyo, bağımsızlık düzeyi.	Bağımsızlığı destekleme, ağız bakımı eğitimi, gerekirse kısmi yardım.
Beslenme-sıvı	Kilo değişimi, iştah, bulantı, mukozit, tat değişikliği, sıvı alımı.	Semptoma uygun beslenme önerileri, sıvı izlemi, diyetisyen iş birliği.
Aktivite-hareket	Yorgunluk, düşme riski, nöropati, aktivite toleransı, günlük yaşam aktiviteleri.	Enerji koruma, güvenli mobilizasyon, bireyselleştirilmiş aktivite planı.
Uyku-dinlenme	Uyku kalitesi, gece uyanma, gündüz uykululuk, ağrı ve anksiyete.	Uyku hijyeni, semptom kontrolü, gerektiğinde ileri değerlendirme.
Solunum	Dispne, solunum sayısı, aktivite ile değişim, acil belirtiler.	Rahatlatıcı pozisyon, enerji koruma, kötüleşmede hızlı tıbbi değerlendirme.
Baş etme	Anksiyete, duygu durum, sosyal destek, bilgi ve karar verme gücü.	Destekleyici iletişim, problem çözme, eğitim, uygun profesyonellere yönlendirme.

Kaynak: Karadağlı ve Ecevit Alpar (2017), Elad et al. (2020), Arends et al. (2021), Ligibel et al. (2022), Grassi et al. (2023a, 2023b), Bower et al. (2024) ve Hui et al. (2020)

Hasta Eğitimi ve Öz Bakımın Desteklenmesi

Hasta eğitimi, Orem'in destekleyici-eğitsel sisteminin en önemli bileşenlerinden biridir. Bununla birlikte eğitim yalnızca bilgi aktarma süreci değildir. Etkili eğitim, hastanın mevcut bilgisinin, öğrenmeye hazır oluşunun, sağlık okuryazarlığının, bilişsel ve fiziksel kapasitesinin ve öğrenmeyi etkileyen duygusal durumunun değerlendirilmesiyle başlamalıdır. Eğitim içeriği hastanın tedavisine ve öz bakım yetersizliğine göre bireyselleştirilmelidir (Nasiri et al., 2023; Lanfear & Harding, 2023).

Kanser tedavisi alan hastaya verilecek eğitim; tedavinin amacı, beklenen yan etkiler, semptomların izlenmesi, ilaçların güvenli kullanımı, enfeksiyondan korunma, ağız bakımı, beslenme ve sıvı alımı, aktivite ve dinlenme, uyku, güvenli günlük yaşam uygulamaları ve sağlık ekibine ne zaman başvurulması gerektiğini içermelidir. Kritik belirtilerin açık biçimde anlatılması önemlidir. Örneğin ateş, kontrol edilemeyen kusma veya ishal, yeni başlayan ciddi dispne, kanama, bilinç değişikliği veya hızlı kötüleşme gibi durumlarda hastanın gecikmeden sağlık ekibine ulaşması gerektiği vurgulanmalıdır (Kim et al., 2023; Urtekin & Akin Eroglu, 2024).

Eğitimin sonunda hastanın anlatılan bilgiyi tekrar etmesi veya uygulamayı göstermesi, öğrenmenin doğrulanmasına yardımcı olur. Yazılı materyaller sade ve anlaşılır olmalı; hasta ve bakım verenin gereksinimleri doğrultusunda yeniden gözden geçirilmelidir. Aile bireyleri hastanın onayıyla eğitime dahil edilebilir. Ancak aile desteği hastanın bağımsızlığını azaltacak biçimde yapılandırılmamalı; amaç hastanın yapabileceği öz bakım davranışlarını kendisinin sürdürmesini desteklemek olmalıdır (Lanfear & Harding, 2023; Kim et al., 2023).

Urtekin ve Akin Eroglu'nun (2024) randomize kontrollü çalışmasında, Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Kuramına göre yapılandırılmış eğitimin kemoterapi alan meme kanserli hastalarda

öz bakım davranışlarını ve kemoterapiye bağlı yan etkilerin yönetimini geliştirdiği bildirilmiştir. Bu bulgu, kuram temelli eğitimin klinik bakımda uygulanabilirliğini ve eğitim içeriğinin hastanın belirlenen öz bakım yetersizliklerine yönelik hedeflenmiş girişimlerle yapılandırılmasının önemini desteklemektedir.

Orem Kuramına Göre Hemşirelik Sürecinin Yapılandırılması

Orem kuramının hemşirelik sürecine uygulanmasında ilk adım, hastanın terapötik öz bakım gereksinimleri ile öz bakım gücünün birlikte değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmede hastanın neleri bağımsız yapabildiği, hangi alanlarda kısmi yardıma ihtiyaç duyduğu ve hangi gereksinimlerini karşılayamadığı belirlenir. Klinik bulgular, semptom şiddeti, günlük yaşam aktiviteleri, bilgi düzeyi, baş etme biçimi, aile desteği ve çevresel koşullar birlikte ele alınmalıdır (Orem, 2001; Nasiri et al., 2023).

İkinci adım öz bakım yetersizliğinin nedenlerinin tanımlanmasıdır. Yetersizliğin kaynağı fiziksel güç kaybı, ağrı, yorgunluk, nöropati, bilgi eksikliği, yanlış inanış, emosyonel sıkıntı, ekonomik sorun veya sosyal destek yetersizliği olabilir. Nedenin doğru belirlenmesi uygun hemşirelik sisteminin seçimini kolaylaştırır. Örneğin bilgi eksikliğine bağlı yetersizlik destekleyici-eğitsel sistemle ele alınabilirken, ileri derecede güçsüzlüğe bağlı yetersizlik kısmen ya da tümüyle giderici yaklaşım gerektirebilir (Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Üçüncü adım hedeflerin belirlenmesi ve hemşirelik girişimlerinin planlanmasıdır. Hedefler gerçekçi, ölçülebilir ve hasta ile birlikte belirlenmelidir. 'Hasta öz bakımını artıracak' gibi genel bir hedef yerine, 'hasta taburculuk öncesi ağız bakımını önerilen şekilde uygulayabilecek', 'hasta ateş geliştiğinde başvuracağı birimi açıklayabilecek' veya 'hasta gün içinde aktivite ve dinlenme dönemlerini planlayabilecek' gibi davranış temelli hedefler tercih edilebilir (Nasiri et al., 2023; Lanfear & Harding, 2023).

Son adım sonuçların değerlendirilmesidir. Hastanın öz bakım davranışlarında, bilgi ve becerisinde, bağımsızlık düzeyinde, semptom yönetiminde ve gerektiğinde yardım arama davranışında değişiklik olup olmadığı değerlendirilir. Öz bakım gücü arttıkça hemşirelik sistemi daha az bağımlı bir modele kaydırılabilir. Tersine klinik durum kötüleştiğinde daha yoğun yardım gerekebilir. Bu esneklik, Orem temelli bakımın kanser gibi dinamik hastalık süreçlerinde kullanılmasının önemli bir avantajıdır (Kim et al., 2023; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Öz Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi

Öz bakım davranışlarının sistematik değerlendirilmesi hem bireyselleştirilmiş bakım planının oluşturulmasına hem de bakım sonuçlarının izlenmesine katkı sağlar. Karadağlı ve Ecevit Alpar (2017) tarafından kemoterapi uygulanan hastalarda Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Kuramı doğrultusunda geliştirilen Öz Bakım Davranışları Ölçeği 24 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçekte bireysel bakım, uyku düzeni, solunumu sürdürme, aktivite ve hareket, beslenme alışkanlığı ve sorunlarla başa çıkma alanları değerlendirilmiştir. Ölçeğin geliştirme çalışmasında iç tutarlılık katsayısı .88 ve test-tekrar test korelasyonu .945 olarak bildirilmiştir (Karadağlı & Ecevit Alpar, 2017).

Bir ölçme aracının klinik kullanımı, hemşirelik değerlendirmesinin yerine geçmemelidir. Ölçek puanları hastanın öz bakım davranışları hakkında yapılandırılmış bilgi sağlayabilir; ancak klinik gözlem, hasta görüşmesi, fiziksel değerlendirme, tedavi özellikleri ve bireysel riskler birlikte yorumlanmalıdır. Özellikle akut komplikasyon riski taşıyan kanser hastalarında yalnızca öz bildirim verilerine dayanmak güvenli değildir. Ölçüm sonuçlarının bakım planını destekleyen ek bilgi olarak kullanılması daha uygundur (Lanfear & Harding, 2023).

Sonuç

Kanser ve kanser tedavileri bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerini etkileyerek öz bakım gereksinimlerini artırabilir ve bazı dönemlerde öz bakım kapasitesini azaltabilir. Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Hemşirelik Kuramı, bireyin terapötik öz bakım gereksinimleri ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi temel alarak hemşirelik bakımının sistematik ve bireyselleştirilmiş biçimde planlanmasına olanak sağlar. Bu yönüyle kuram, Hemşirelik Esasları'nın bağımsızlığı destekleme, bütüncül değerlendirme, güvenli bakım, hasta eğitimi ve bakımın sürekliliği ilkeleriyle güçlü biçimde örtüşmektedir (Nasiri et al., 2023; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Kanser hastasının bakımında bireysel bakım, beslenme ve sıvı alımı, aktivite ve hareket, uyku ve dinlenme, solunumun sürdürülmesi, semptomların yönetimi ve psikososyal baş etme alanlarının birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Hastanın yapabildiği öz bakım aktivitelerinin sürdürülmesi, yetersiz kaldığı alanlarda uygun düzeyde yardım sağlanması ve bilgi-beceri gereksinimlerinin eğitimle desteklenmesi bakımın temelini oluşturur. Orem temelli bakımın amacı bakım sorumluluğunu bütünüyle hastaya bırakmak değil, bireyin kapasitesi ve gereksinimleri arasında güvenli bir denge kurmaktır (Bower et al., 2024; Arends et al., 2021; Grassi et al., 2023a, 2023b; Hui et al., 2020).

Güncel çalışmalar Orem temelli hemşirelik girişimlerinin öz bakım davranışları, yaşam kalitesi ve bazı psikolojik sonuçlar açısından yararlı olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte farklı kanser gruplarında yüksek kaliteli deneysel çalışmaların artırılması gerekmektedir. Kuramın klinik bakımda etkili kullanımı, hemşirenin teorik bilgiyi bireysel hasta değerlendirmesi ve güncel kanıtlarla bütünleştirebilmesine bağlıdır (Urtekin & Akin Eroglu, 2024; Yurtsever & Karagözoğlu, 2026).

Kaynakça

Andersen, B. L., Lacchetti, C., Ashing, K., Berek, J. S., Berman, B. S., Bolte, S., Dizon, D. S., Given, B., Nekhlyudov, L., Pirl, W., Stanton, A. L., & Rowland, J. H. (2023). Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. Journal of Clinical Oncology, 41(18), 3426–3453. https://doi.org/10.1200/JCO.23.00293

Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., Solheim, T. S., Madeddu, C., Ravasco, P., Buonaccorso, L., de van der Schueren, M. A. E., Baldwin, C., Chasen, M., & Ripamonti, C. I. (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open, 6(3), 100092. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100092

Bower, J. E., Lacchetti, C., Alici, Y., Barton, D. L., Bruner, D., Canin, B. E., Escalante, C. P., Ganz, P. A., Garland, S. N., Gupta, S., Jim, H., Ligibel, J. A., Loh, K. P., Peppone, L., Tripathy, D., Yennu, S., Zick, S., & Mustian, K. M. (2024). Management of fatigue in adult survivors of cancer: ASCO–Society for Integrative Oncology guideline update. Journal of Clinical Oncology, 42(20), 2456–2487. https://doi.org/10.1200/JCO.24.00541

Elad, S., Cheng, K. K. F., Lalla, R. V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R. M., Bowen, J., Gibson, R., Saunders, D. P., Zadik, Y., Ariyawardana, A., Correa, M. E., Ranna, V., & Bossi, P. (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer, 126(19), 4423–4431. https://doi.org/10.1002/cncr.33100

Grassi, L., Caruso, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Campos-Ródenas, R., Zachariae, R., Santini, D., & Ripamonti, C. I. (2023a). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open, 8(2), 101155. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155

Grassi, L., Zachariae, R., Caruso, R., Palagini, L., Campos-Ródenas, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Ripamonti, C. I., & Santini, D. (2023b). Insomnia in adult patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open, 8(6), 102047. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.102047

Hui, D., Maddocks, M., Johnson, M. J., Ekström, M., Simon, S. T., Ogliari, A. C., Booth, S., & Ripamonti, C. I. (2020). Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open, 5(6), e001038. https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-001038

Karadağlı, F. (2017). Kemoterapi uygulanan hastalarda öz bakım yetersizliği kuramına göre öz bakım davranışları ölçeğinin geliştirilmesi [Doktora tezi, Marmara Üniversitesi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karadağlı, F., & Ecevit Alpar, Ş. (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına göre özbakım davranışları ölçeği. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3), 168–181. https://doi.org/10.26559/mersinsbd.315331

Kim, S. H., Sung, J. H., Yoo, S. H., Kim, S., Lee, K., Oh, E. G., & Lee, J. (2023). Effects of digital self-management symptom interventions on symptom outcomes in adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Oncology Nursing, 66, 102404. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102404

Lanfear, C., & Harding, S. (2023). The effectiveness of nurse-led care in supporting self-management in patients with cancer: A systematic review. Journal of Clinical Nursing, 32(23–24), 7996–8006. https://doi.org/10.1111/jocn.16895

Ligibel, J. A., Bohlke, K., May, A. M., Clinton, S. K., Demark-Wahnefried, W., Gilchrist, S. C., Irwin, M. L., Late, M., Mansfield, S., Marshall, T. F., Meyerhardt, J. A., Thomson, C. A., Wood, W. A., & Alfano, C. M. (2022). Exercise, diet, and weight management during cancer treatment: ASCO guideline. Journal of Clinical Oncology, 40(22), 2491–2507. https://doi.org/10.1200/JCO.22.00687

Nasiri, M., Jafari, Z., Rakhshan, M., Yarahmadi, F., Zonoori, S., Akbari, F., Sadeghi Moghimi, E., Amirmohseni, L., Abbasi, M., Keyvanloo Sharstanaki, S., & Rezaei, M. (2023). Application of Orem's theory-based caring programs among chronically ill adults: A systematic review and dose-response meta-analysis. International Nursing Review, 70(1), 59–77. https://doi.org/10.1111/inr.12808

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.

Sung, H., Filho, A. M., Laversanne, M., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2026). Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 76(4), e70090. https://doi.org/10.3322/caac.70090

Urtekin, D., & Akin Eroglu, S. (2024). Effect of training based on Orem's self-care deficit theory on breast cancer patients' management of chemotherapy-related side effects and self-care behaviors: A randomized controlled trial. European Journal of Oncology Nursing, 73, 102698. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102698

Yurtsever, İ., & Karagözoğlu, Ş. (2026). The effect of nursing care based on Orem's Self-Care Deficit Theory on quality of life, self-care agency, and well-being in adult individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis. Cancer Nursing. Advance online publication. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001592

BÖLÜM 4

The Use of Technology in Skills Instruction for Fundamentals of Nursing

NEŞE İBİL[1], HAYAT YALIN[2]

Introduction

Fundamentals of Nursing is a foundational course in undergraduate nursing education. It introduces students not only to core psychomotor procedures but also to safety awareness, therapeutic communication, patient assessment, documentation, and the early development of clinical reasoning. Students must learn to perform procedures accurately while recognising that safe nursing care requires adaptation to the patient's condition, preferences, environment, and changing clinical cues. Accordingly, skills instruction should not be reduced to memorising a sequence of steps; it should support the development of procedural fluency, clinical judgement, and patient-centred practice (Billings & Halstead, 2016; Schunk, 2019).

[1] Öğr. Gör., İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü; Bahçeşehir Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Programı, ORCID: 0000-0001-7838-7290
[2] Dr. Öğr. Üyesi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ORCID: 0000-0001-7070-9523

Technology-enhanced learning can support this process when it is used as part of a deliberate instructional design. Interactive video, learning-management systems, virtual patients, simulation, virtual reality (VR), augmented reality (AR), and digitally supported assessment can give students opportunities to observe, rehearse, receive feedback, and reflect before or alongside supervised patient care. These approaches are especially useful when students need repeated, low-stakes opportunities to practise foundational skills without exposing real patients to the immediate risks associated with novice performance (Cant & Cooper, 2010; Ziv et al., 2006).

The educational value of a technology, however, does not arise from technical sophistication alone. A VR headset, a simulation platform, or a digital checklist does not automatically produce competent practice. Learning gains are influenced by the fit between the technology and the skill being taught, the learner's prior experience, opportunities for repetition, feedback quality, faculty facilitation, and structured reflection after practice. Recent evidence suggests that immersive and virtual approaches may improve knowledge, selected skill outcomes, confidence, and satisfaction, but findings are heterogeneous and evidence on long-term retention, transfer to clinical practice, and patient-level outcomes remains limited (Cho & Kim, 2024; Ota et al., 2024; Liu et al., 2023).

This chapter presents a technology-skill-outcome alignment approach for Fundamentals of Nursing. It first outlines the pedagogical foundations of skills teaching, then examines technology categories according to their educational function rather than their novelty. The chapter also considers assessment, implementation, equity, ethics, and data governance. Its central argument is that technology should complement—not replace—faculty guidance, hands-on laboratory learning, and supervised clinical experience.

Pedagogical Foundations of Skills Instruction

Nursing skill acquisition is multidimensional. It includes cognitive learning, such as understanding indications, contraindications, principles of infection prevention, and rationales for care; psychomotor performance, such as hand hygiene, vital-sign measurement, transfer, sterile technique, and medication-related procedures; and affective dimensions, including confidence, communication, empathy, and professional responsibility. These dimensions interact during authentic nursing care and should therefore be addressed together in course design (Bloom, 1956; Billings & Halstead, 2016).

Behaviourist, cognitive, and constructivist perspectives each provide useful but incomplete explanations of skills learning. From a behaviourist perspective, repeated practice and timely reinforcement may promote procedural accuracy and fluency. Cognitive theories draw attention to attention, working memory, prior knowledge, and the need to avoid overwhelming novice learners with unnecessary information. Constructivist approaches emphasise that students interpret new learning through prior experiences and benefit from active problem solving in meaningful contexts (Jonassen, 1999; Schunk, 2019). Technology can support all three perspectives when it offers concise demonstration, graduated practice, immediate feedback, and realistic scenarios.

At the same time, the educational aim cannot be simple automatization. Repetition may improve fluency in a procedure, but nursing students must also learn when a routine should be modified, paused, or escalated. For example, a student who can accurately follow the steps of a transfer procedure still needs to identify pain, dizziness, fall risk, lines and devices, and the need for assistance. Therefore, skills instruction should move from demonstration and guided rehearsal toward contextualised decision making and reflection.

Simulation-based education is particularly compatible with experiential learning because it enables students to act, observe consequences, receive feedback, and reconsider their approach. Debriefing is central to this process. It helps learners connect performance with clinical reasoning, communication, safety, and future action rather than treating a simulation as an isolated technical task (Dreifuerst, 2009; Hattie & Timperley, 2007). Evidence from VR simulation research similarly indicates that instructional components such as orientation, pre-briefing, and debriefing deserve as much attention as the platform itself (Cho & Kim, 2024).

A Technology-Skill-Outcome Alignment Approach

The same technology is not equally appropriate for every foundational nursing skill. Selection should be based on the skill's complexity, the anticipated error risk, the degree of sensory or spatial understanding required, the desired learning outcome, and the resources available for feedback and supervision. Table 1 provides a practical framework for making this alignment explicit.

Table 1. Technology-Skill-Outcome Alignment Framework for Fundamentals of Nursing

Skill characteristic and example	**Appropriate technology**	**Primary learning outcome**	**Essential instructional condition**
Clearly sequenced basic procedures, such as hand hygiene, PPE use, bed making, or vital-sign measurement	Short demonstration video, interactive module, digital checklist	Accurate sequence and conceptual rationale	Faculty demonstration followed by deliberate hands-on practice
Procedures requiring spatial orientation or visualisation, such as injection landmarks, positioning, or sterile-field boundaries	AR, 3D visualisation, guided video, task trainer	Spatial understanding and error recognition	Orientation to the technology and feedback on actual performance
Safety-sensitive skills, such as medication checks, fall prevention, or infection-control decisions	Branching scenario, virtual patient, screen-based simulation	Recognition of risk and safe decision making	Explanation of consequences and facilitated reflection
Integrated bedside care, such as assessment, communication, prioritisation, and response to deterioration	Manikin-based simulation, virtual simulation, standardised patient	Clinical judgement, communication, prioritisation	Pre-briefing, debriefing, and a structured performance rubric
Competency monitoring across repeated practice	Digital portfolio, electronic rubric, learning-management analytics	Identification of strengths and learning needs	Validated criteria, transparent data use, and faculty review

Source: Developed by the authors based on Billings and Halstead (2016), Hattie and Timperley (2007), and current evidence on simulation and immersive learning (Cho & Kim, 2024; Ota et al., 2024; Liu et al., 2023).

This framework does not prescribe a single technology. Rather, it directs educators to begin with the learning outcome and then select the least complex, most accessible tool that can support that outcome. For a basic, observable procedure, a well-designed video plus supervised practice may be more appropriate than immersive VR. Conversely, a branching virtual scenario may add value when students must practise recognising safety threats or responding to evolving patient cues. The framework also makes clear that no technology can substitute for direct observation of hands-on performance when physical technique, communication, and patient interaction must be assessed.

Simulation and Virtual Simulation

Simulation is one of the most established approaches in nursing education. It may include low-fidelity task trainers, high-fidelity manikins, standardised patients, computer-based scenarios, and virtual environments. Its principal value in Fundamentals of Nursing is that students can perform, pause, repeat, and discuss care activities before entering or while preparing for supervised clinical placements. Simulation can therefore support early exposure to uncertainty and error recognition while avoiding direct risk to patients during novice practice (Cant & Cooper, 2010; Ziv et al., 2006).

The benefit of simulation is not limited to technical practice. Well-designed scenarios can integrate communication, infection prevention, patient identification, documentation, and prioritisation. For instance, a routine vital-sign exercise becomes more educationally meaningful when students must recognise an abnormal value, recheck the measurement, communicate concerns, and determine an appropriate next step. Such design moves the learning focus from completing a checklist to understanding why and when an action is required.

Virtual simulation offers added flexibility because students can access cases outside scheduled laboratory time. A 2025 systematic review found that virtual clinical learning technologies may improve professional competencies, problem-solving, and communication outcomes when integrated into nursing education; however, integration into the wider curriculum remains important (Alsharari et al., 2025). Virtual formats are particularly useful for preparation, rehearsal, and scenario-based reasoning. They should not be presented as a replacement for direct patient contact or supervised physical skill practice.

Virtual, Augmented, and Mixed Reality

VR creates a computer-generated environment in which learners can interact with simulated clinical situations. AR overlays digital content onto the learner's view of the real environment, while mixed reality combines physical and digital elements. In Fundamentals of Nursing, these technologies may be useful for visualising anatomy, practising spatially demanding steps, recognising hazards, and rehearsing patient-assessment or communication scenarios.

Evidence is promising but should be interpreted with care. Liu et al. (2023) found that VR-based nursing education improved theoretical knowledge and practical-skill outcomes in their meta-analysis, while effects on critical thinking were not significant. Cho and Kim (2024) reported a large pooled effect for nursing competency, but their review also highlights the importance of intervention design and heterogeneity across studies. A systematic review and meta-analysis of extended reality in pre-registration nursing education found positive effects on knowledge, skills, and satisfaction, while concluding that extended reality should complement rather than replace conventional nursing education (Ota et al., 2024).

These findings have practical implications. Immersion can enhance engagement and permit repeated exposure to uncommon, sensitive, or safety-critical scenarios. Yet the presence of immersion does not guarantee transfer to physical practice. Students may experience discomfort, technological anxiety, or cognitive overload; institutions may face equipment, maintenance, and faculty-development costs. AR and VR should therefore be selected when they provide a clear educational advantage, such as enabling visualisation or safe repetition that would otherwise be difficult to achieve.

E-Learning, Video, and Blended Learning

E-learning platforms can extend preparation and revision beyond the skills laboratory. Short instructional videos, interactive modules, quizzes, guided readings, and discussion spaces can help students arrive prepared for face-to-face practice. This blended approach may protect scarce laboratory time for supervised performance, feedback, and remediation rather than basic explanation alone.

Video-based learning is especially appropriate for procedures with a stable sequence, provided that the material shows not only what to do but also why it is done, what errors to avoid, and when faculty assistance is necessary. Students should be encouraged to pause, annotate, and use the video as preparation—not as evidence of competence. Watching a procedure is not equivalent to performing it safely on a person.

Distance and online learning can increase flexibility, but accessibility should not be assumed. Students may differ in device availability, internet quality, digital literacy, language proficiency, disability-related access needs, and available study space. Programmes should offer alternatives, orientation, and technical support so that technology does not widen existing inequalities.

Emergency remote teaching during the COVID-19 period should also not be conflated with deliberately designed online education (Hodges et al., 2020).

Digital Assessment and Learning Analytics

Digital tools can support formative assessment through electronic rubrics, video-supported feedback, online quizzes, digital portfolios, and learning-management data. Their principal contribution is not automatic objectivity; rather, they can make criteria, feedback, and progress records more visible and consistent when they are built on valid assessment standards. Online formative assessment can facilitate feedback and self-monitoring, but it must be aligned with learning outcomes and supported by educator judgement (Gikandi et al., 2011).

For hands-on fundamental skills, direct observation remains essential. Electronic checklists are useful when they capture critical steps and prompt feedback, but they should not reward mechanical completion at the expense of patient communication, safety checks, and clinical reasoning. Digital portfolios can document repeated attempts, self-reflection, feedback received, and remediation plans. Such records may help students identify patterns in their performance and allow faculty to plan targeted support.

Learning analytics should be used cautiously and transparently. Data such as quiz attempts, module completion, or time spent online may indicate engagement but do not independently demonstrate competence. Students should understand what information is collected, who can access it, how long it is retained, and whether it is used for formative support or high-stakes decisions.

Artificial Intelligence and Emerging Applications

Artificial intelligence (AI) is beginning to appear in adaptive learning platforms, automated feedback tools, chat-based tutoring,

and analytics intended to identify students who may need support. These applications may help personalise pacing, generate practice questions, or provide immediate feedback on selected low-risk learning tasks. However, nursing education should adopt AI cautiously. AI-generated feedback may be inaccurate, biased, non-transparent, or poorly aligned with local policies and professional standards.

In Fundamentals of Nursing, AI should not be used to replace faculty assessment of hands-on competence or clinical judgement. Any AI-supported activity requires educator oversight, clear disclosure to students, protection of personal data, and verification against authoritative clinical guidance. Student-entered information must never include identifiable patient data. The most defensible current role for AI is as a supervised supplementary tool for preparation, practice, and formative feedback—not as an autonomous assessor of readiness for patient care.

Ethical, Equity, and Data-Governance Considerations

Technology-supported education creates ethical responsibilities related to privacy, fairness, access, and accountability. Simulation platforms, video recordings, digital portfolios, and analytics systems may collect information about attendance, errors, performance, communication, and learning behaviours. These data should be limited to what is educationally necessary and protected through appropriate access controls, secure storage, retention policies, and transparent governance.

Equity requires more than providing a platform. Faculty should consider whether every student can access the technology, whether the interface is usable for students with disabilities, and whether unfamiliarity with a device may distort the assessment of nursing competence. Orientation time is particularly important before high-stakes assessments. Students should be assessed on

nursing learning outcomes rather than on avoidable differences in digital familiarity.

Ethical implementation also includes psychological safety. Simulation can expose mistakes and create anxiety, particularly for novice students. Pre-briefing should clarify the learning objectives, roles, confidentiality expectations, and the developmental purpose of feedback. Debriefing should focus on reflection and improvement rather than humiliation or purely punitive judgement (Dreifuerst, 2009).

Critical Appraisal of the Evidence

The literature on educational technology in nursing often reports positive findings, but several limitations should shape interpretation. Many studies are single-site, use small samples, and assess outcomes immediately after an intervention. Satisfaction, confidence, and self-efficacy are meaningful learner outcomes, yet they are not equivalent to safe independent performance in clinical settings. Studies also vary substantially in technology type, intervention duration, comparator, instructor involvement, and outcome measures, which complicates direct comparison.

Technology studies frequently compare an intervention with lecture-only teaching. This design may demonstrate the value of active, structured practice but may not establish that one technology is superior to another or to a lower-cost blended approach. Few studies assess long-term retention, clinical transfer, cost-effectiveness, or patient-level outcomes. Educators should therefore avoid claims that VR, AR, or AI alone produces better nurses. The more defensible conclusion is that these tools may strengthen skills teaching when their use is purposeful, equitable, facilitated, and integrated with hands-on practice.

Conclusion

Technology can make Fundamentals of Nursing skills instruction more flexible, visual, interactive, and responsive to learner needs. Simulation, virtual learning, immersive environments, digital assessment, and carefully governed AI applications may each contribute to preparation and practice. Their value is greatest when they are selected according to the skill, the intended learning outcome, the level of learner development, and the availability of faculty feedback and supervised performance assessment.

The technology-skill-outcome alignment approach proposed in this chapter offers a practical way to make these decisions. It directs faculty to begin with patient safety, clinical readiness, and measurable learning outcomes rather than with the appeal of a new tool. Within this approach, technology is best understood as a complement to—not a replacement for—laboratory practice, faculty expertise, reflective debriefing, and supervised clinical learning.

Kaynakça/References

Alsharari, A. F., Salihu, D., & Alshammari, F. F. (2025). Effectiveness of virtual clinical learning in nursing education: A systematic review. *BMC Nursing, 24*, Article 432. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03076-y

Billings, D. M., & Halstead, J. A. (2016). *Teaching in nursing: A guide for faculty* (5th ed.). Elsevier.

Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. Longmans.

Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2010). Simulation-based learning in nurse education: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 66*(1), 3–15. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05240.x

Cho, M.-K., & Kim, M. Y. (2024). Enhancing nursing competency through virtual reality simulation among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine, 11*, Article 1351300. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1351300

Dreifuerst, K. T. (2009). The essentials of debriefing in simulation learning: A concept analysis. *Nursing Education Perspectives, 30*(2), 109–114.

Gikandi, J. W., Morrow, D., & Davis, N. E. (2011). Online formative assessment in higher education: A review of the literature. *Computers & Education, 57*(4), 2333–2351. https://doi.org/10.1016/j.compedu.2011.06.004

Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research, 77*(1), 81–112. https://doi.org/10.3102/003465430298487

Hodges, C., Moore, S., Lockee, B., Trust, T., & Bond, A. (2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. *EDUCAUSE Review*. https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning

Jonassen, D. H. (1999). Designing constructivist learning environments. In C. M. Reigeluth (Ed.), *Instructional-design theories and models: A new paradigm of instructional theory* (Vol. II, pp. 215–239). Lawrence Erlbaum Associates.

Liu, K., Zhang, W., Li, W., Wang, T., & Zheng, Y. (2023). Effectiveness of virtual reality in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education, 23*, Article 710. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04662-x

Ota, Y., Aikawa, G., Nishimura, A., Kawashima, T., Imanaka, R., & Sakuramoto, H. (2024). Effects of educational methods using extended reality on pre-registration nursing students' knowledge, skill, confidence, and satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today, 141*, Article 106313. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106313

Schunk, D. H. (2019). *Learning theories: An educational perspective* (8th ed.). Pearson.

Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D., & Glick, S. (2006). Simulation-based medical education: An ethical imperative. *Simulation in Healthcare, 1*(4), 252–256. https://doi.org/10.1097/01.SIH.0000242724.08501.63

BÖLÜM 5

HEMODİYALİZ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUMDA MANEVİ SAĞLIK BAKIMI, DAYANIKLILIK VE ZİHİNSEL İYİLİĞİN ÖNGÖRÜCÜ ROLÜ

Fatma BİRGİLİ[1]

Giriş

Diyabet ve hipertansiyon, son dönem böbrek yetmezliğini (ESRD) dünyada yaşamı tehdit eden bir komplikasyona dönüştürmüştür (Hayati et al., 2016) Son dönem böbrek yetmezliği, vücudun sıvı ve elektrolit dengesini sağlama yeteneğini bozan ve vücutta atık maddelerin birikmesine neden olan ilerleyici bir hastalıktır (Hinkle & Cheever, 2013) 167 ülkeden elde edilen sonuçlar, 2022 yılında kronik böbrek hastalığının küresel ortalama yaygınlığının %9,5 olduğunu göstermiştir. Böbrek replasman tedavisinin (BRT) yıllık ortalama maliyetleri, hemodiyaliz için kişi başına 19.380 ABD doları ve periton diyalizi için 18.959 ABD doları olarak bildirilmiştir (Bello et al., 2024). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların kötü sonuçlarına birçok faktör neden olabilir; bunlar arasında daha kısa diyaliz seansları, yetersiz diyaliz, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların düşük ekonomik durumu, takip bakımının eksikliği ve diyet uyumunun olmaması yer almaktadır (Hayati et al., 2016).

Farkındalığın artması tedaviye uyumu iyileştirse de, bilgilendirilmiş hastaların hala uygun tedaviye uyumu yoktur (Wells, 2011). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların diyet önerilerine uymaları, sıvı alımını sınırlamaları, reçete edilen ilaçları almaları ve hemodiyaliz seanslarına katılmaları gerekirken, çalışmalar son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda orta veya düşük tedavi uyumu bildirmektedir (Naalweh et al., 2017). Ghimire ve ark. (2017), katılımcıların yarısından fazlasının (%56,7) ilaç rejimine uymadığını belirtmiştir.

[1] Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilimdalı, Orcid: 0000-0003-0942-2122

Tedaviye uyumsuzluklarının nedenleri olarak şu faktörleri belirtmişlerdir: hastalarla ilgili faktörler (bilgi, farkındalık, tutum, öz yeterlilik ve fonksiyonel kontrol), sağlık sistemi/sağlık ekibiyle ilgili faktörler (etkileşim kalitesi ve güvensizlik), tedaviyle ilgili faktörler (ilaçların fiziksel özellikleri, ambalajı ve yan etkileri), hastalıkla ilgili faktörler (semptomların şiddeti) ve sosyoekonomik faktörler (ilaçlara erişim ve orta düzey ekonomik durum) (Ghimire et al., 2017). Tedaviye uyumsuzluk, diyaliz seanslarını atlayan hastaların neredeyse yarısında birçok soruna neden olur ve bu nedenle %11'inin daha fazla tedaviye ihtiyacı olur; bu da sağlık hizmeti maliyetlerinin ve diyaliz bölümünün iş yükünün artmasına yol açar (Chironda & Bhengu, 2016). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörler, tedavi, koşullar, sağlık sistemi veya sosyoekonomik faktörlerle ilgili olabilir (Chironda & Bhengu, 2016).

1. Manevi Sağlık

Manevi sağlık, diyaliz altındaki hastaların tedaviye uyumunda etkili olan psikolojik bir faktördür (De Jesus, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir. Bazı uzmanlar manevi sağlığa ciddi önem verilmesi gerektiğine inanmaktadır (WHO, 2015). Maneviyat, kronik hastalıkların neden olduğu stresli koşullara uyum sağlamada önemli bir rol oynar. Manevi danışmanlık, insanların psikolojik sorunlarını çözmek için tutumlarını değiştirmeyi amaçlar. Maneviyat, bir danışanın iyileşmesiyle ilgili manevi konuları keşfetmesine yardımcı olur (De Jesus, 2016). Maneviyat mekanizmaları (işbirlikçi başa çıkma tarzı, içsel kontrol ve stresli zamanlarda desteklenme), ruh sağlığı üzerinde etkilidir (Siqueira et al., 2019) ve hastaların hastalık sorunlarına karşı direncini artırır.

2. Manevi bakım

Maneviyat, insan varoluşunun en önemli yönlerinden biridir. Maneviyat, bireyi kendi benliğine, ailesine, topluluğuna, doğaya ve daha yüksek bir varlığa bağlayan ve onu sağlık, esenlik ve iyileşmeye (iyileşmeye) bağlayan bir dizi değer, tutum, umut, aidiyet ve bağlılıktan oluşur. Maneviyat, hayata anlam verir ve özellikle hastalık ve kriz dönemlerinde kişinin karşılaştığı zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olur (Selman et al., 2018; Khalajinia et al., 2014).

Günümüzde hastanın sağlığını desteklemede maneviyatın rolüne özel önem verilmekte ve hastaların/ ailelerinin manevi ihtiyaçlarının karşılanması, klinik bakımın temel bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Manevi bakım, bireyleri destekleyen bir dizi faaliyeti içerir; bunlar arasında hasta ile birlikte ibadet ve dua etmek, hasta ile Tanrı hakkında konuşmak, hastanın Tanrı ile ilişkisini açıklığa kavuşturmak, dini metinlerin kullanımı, hastanın dini yetkililere

yönlendirilmesi, iletişim becerileri, danışmanlık, hastaya duygusal ve manevi destek, hastayı duygularını ifade etmeye teşvik etmek, aktif dinleme ve hastayı olumlu düşünmeye teşvik etmek, ulaşılabilir olmak, bireyle empatik ilişki kurmak ve hastaya saygı göstermek yer almaktadır (Ross et al., 2016; Musa, 2017; Kaddourah et al., 2018).

Manevi bakım, aynı zamanda hemşireliğin bütünsel bakım alanlarından biri olarak kabul edilir (Brown et al., 2019) ve iyileştirici varlık, kendini terapötik olarak kullanma, görsel duyu, manevi bakış açısı keşfi, hasta odaklılık, anlam odaklılık, terapötik müdahaleler ve manevi olarak besleyici bir ortam yaratma gibi yedi özelliği içerir (Ramezani et al., 2014). Bu tanım, hastayla yakın temas halinde olan hemşireler tarafından manevi bakım sağlanmasının ve bu bağlamda sunulan terapötik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (Ross et al., 2014). Ayrıca, hekimlerin hastaların tedavisindeki ve hekim ile hasta arasındaki ilişkilerin oluşumundaki manevi ve dini rolünün etkisi yadsınamaz görünmektedir (Kachoie et al., 2016).]

Bu nedenle, hastalara ve ailelerine manevi bakım sağlamak, fiziksel ağrıları hafifletebilir ve rahatlatabilir, zihinsel rahatlama sağlayabilir, depresyonu azaltabilir, kaygıyı azaltabilir, iyileşme oranını artırabilir, umudu artırabilir, hasta ile hizmet sağlayıcılar arasında iletişimi sağlayabilir ve hayata amaç ve anlam katabilir (Vlasblom et al., 2015). Bununla birlikte, manevi bakım alanı sıklıkla göz ardı edilen bir alan gibi görünmektedir ve bu tür bakımı talep eden birçok hasta manevi bakım almamakta veya bazı ülkelerde bu bakım dini bir lidere devredilmektedir (Kaddourah et al., 2015; Vlasblom et al., 2015).

Öte yandan, araştırmalar, hizmet sağlayıcıların manevi bakım alanındaki eğitim eksikliği ve belirsizliği, zaman yetersizliği, hasta ile uygunsuz iletişim ve maneviyatın özel bir mesele olduğu düşüncesinin, klinik ortamlarda manevi bakımın göz ardı edilmesinin nedenleri arasında olduğunu göstermiştir (Babamohamadi et al., 2018; Adib-Hajbaghery & Saeadnejad, 2016). Ayrıca, manevi bakımın sağlanması, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım anlayışlarından, kültürel geçmişlerinden ve dini inançlarından etkilenmektedir (Herlianita et al., 2018).

Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında maneviyat konusuna, özellikle de son yıllarda sağlık hizmeti sağlayıcılarının zorunlu görevlerinden biri olan manevi bakıma gösterilen ilgiye rağmen, manevi bakımın açıklanmasına ilişkin çok az çalışma yapılmıştır. Ülkemizdeki kültürel, dini ve sosyal bağlam göz önüne alındığında bu durum daha da belirgindir. Dahası, araştırmalara göre sağlık çalışanları arasında hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılama konusunda bir tutku vardır; ancak manevi bakım kavramının anlaşılmasında belirsizlikler de mevcuttur ve sağlık çalışanlarının bu konudaki görevleri net değildir. Bir yandan sağlık çalışanlarının deneyimleri manevi bakımı açıklamada önemli ve değerli bir rol oynayabilirken,

diğer yandan sağlık çalışanlarının manevi bakım alanındaki görüş ve deneyimleri konusunda çalışmalar sınırlı düzeydedir.

3. Manevi Bakım (Spiritual Care) Kavramı ve Kapsamı

Hemşirelik kuramlarında insan; biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi (spiritüel) boyutlarıyla bir bütün (holistik) olarak tanımlanır. Maneviyat (spiritüalite), çoğu zaman din kavramı ile karıştırılsa da dinden çok daha geniş bir şemsiyedir (Balboni et al., 2022; Weathers et al., 2020):

- **Din (Religion):** Belirli inanç sistemlerini, ibadet kurallarını, ritüelleri ve kurumsal yapıları ifade eder.
- **Maneviyat (Spirituality):** Bireyin evrendeki yerini, varoluşunun amacını, yaşamın anlamını arayışı; aşkın bir güçle, doğayla, kendisiyle ve diğer insanlarla kurduğu derin bağı kapsar (Puchalski et al., 2020). Her dindar birey maneviyata sahiptir ancak dindar olmayan bireyler de güçlü bir manevi boyuta ve anlam arayışına sahip olabilir.
- **Manevi Bakım:** Bireyin hastalık, kayıp, acı çekme veya kriz anlarında sarsılan anlam dünyasını, içsel dengesini ve umudunu yeniden yapılandırmasına destek olma sürecidir (Weathers et al., 2020). Bu bakım; doğrudan tavsiye vermek ya da teolojik tartışmalara girmek değil, hastanın manevi gereksinimlerini tanımak ve ona güvenli bir alan açmaktır.

3.1. Manevi Bakımın Temel Boyutları

Manevi bakım, hastanın klinik tablosu veya kriz durumunda sarsılan iç dengesini onarmayı hedefler. Puchalski ve ark.'nın (2020) modeline göre manevi boyut dört temel eksende incelenir:

A. Anlam ve Amaç Arayışı

Hastalık, sakatlık ya da ölümcül bir tanı, bireyin hayatının o güne dek kurulu olan anlam matrisini altüst eder. Birey:

- *"Neden ben?"*
- *"Şimdiye kadar ne için yaşadım?"*
- *"Bundan sonra hayatım bir şeye yarayacak mı?"*

gibi varoluşsal sorular sormaya başlar. Manevi bakım, hastaya bu soruları bastırmadan seslendirebileceği güvenli bir alan açmak ve yeni bir anlam inşa sürecine (reframing) rehberlik etmektir (Balboni et a l., 2022).

B. Bağlantı Kurma ve İlişkisellik (Connectedness)

Maneviyat izole bir içe kapanma değil, çok boyutlu bir bağ kurma halidir (Cone & Giske, 2022):

- **İntrapersonal (Kendiyle Bağlantı):** Kişinin öz saygısı, içsel barışı, geçmişiyle yüzleşmesi ve kendini kabulü.
- **İnterpersonal (Başkalarıyla Bağlantı):** Aile, dostlar ve bakım verenlerle sevgi, güven, affetme ve helalleşme ihtiyacı.
- **Transpersonal (Aşkın Olanla Bağlantı):** Tanrı, evren, doğa veya soyut bir yüce güçle kurulan manevi bağ.

C. Aşkınlık ve Kendini Aşma (Transcendence)

Hastanın mevcut acı verici, kısıtlayıcı fiziksel durumun sınırlarının ötesine geçebilme kapasitesidir. Pamela Reed'in kuramında belirtildiği gibi; kişi içsel kaynaklarına yönelerek ya da başkalarına iyilik ederek kendi sınırlarını aşar ve derin bir dinginlik hissine ulaşır (Reed, 2021).

D. Umut ve İçsel Güç (Hope and Inner Peace)

Buradaki umut, tıbbi olarak imkânsız bir mucizeye körü körüne inanmak ("yarın tamamen iyileşeceksin") değildir. Mevcut durum ne olursa olsun—hatta yaşamın son anlarında bile—**"bugünü huzurlu geçirebilmek", "sevdiklerine veda edebilmek"** ya da **"acı çekmeden nefes alabilmek"** gibi gerçekçi ve anlamlı umut odakları geliştirebilmektir (Harrad et al., 2022).

2.3. Klinikte Manevi Sıkıntı (Spiritual Distress) ve Belirtileri

Manevi bakım gereksinimi çoğu zaman "Manevi Sıkıntı" (Spiritual Distress - NANDA-I Kodu: 00066) hemşirelik tanısı ile somutlaşır. Bireyin hayatındaki anlam, amaç veya inanç sisteminde yaşadığı derin sarsılmadır (Swinton, 2020; Weathers et al., 2020).

Klinik ortamda hemşirenin gözlemleyebileceği manevi sıkıntı göstergeleri:

- **Sözel İfadeler:** *"Tanrı beni cezalandırıyor", "Neden ben?", "Artık yaşamanın hiçbir anlamı kalmadı", "Dua edemiyorum, içim bomboş."*

- **Duygusal Tepkiler:** Yoğun suçluluk, derin yalnızlık, affedememe hissi, anlamsızlık, varoluşsal çaresizlik ve öfke.
- **Davranışsal İpuçları:** Daha önce bağlı olduğu inanç pratiklerini, ibadetleri veya dini simgeleri aniden terk etme ya da aşırı bir panikle bunlara sarılma; yakınlarını görmeyi reddetme, içe kapanma.

2.4. Hemşirenin Manevi Bakım Müdahaleleri ve Rolü

- Hemşire bir teolog, din adamı ya da psikoterapist değildir. Hemşirenin manevi bakımdaki rolü; hastanın manevi gereksinimlerini fark etmek, bu gereksinimlere klinik sınırları dahilinde eşlik etmek ve destek olmaktır (Harrad et al., 2022).

Hemşirelik Müdahalesi	**Klinik Uygulama Biçimi**
Terapötik Varlık (Presence)	Sadece işlem odaklı olmayıp, hastanın odasında tüm dikkatiyle bulunmak. Göz teması kurmak, acele etmeden hastanın yanında oturabilmek ve elini tutabilmek (Watson, 2021).
Derin ve Yargısız Dinleme	Hastanın korkularını, inançsızlığını, öfkesini ya da isyanını *"Öyle düşünme, geçer"* gibi basmakalıp sözlerle susturmadan, duygularını boşaltmasına izin vermek (Cone & Giske, 2022).
İnanç ve Ritüellere Saygı	Hastanın ibadet saatlerine, beslenme kurallarına (helal, vejetaryen vb.), giyim hassasiyetlerine veya kutsal kitap okuma isteğine uygun oda ortamı ve mahremiyet sağlamak.
Manevi Kaynakları Harekete Geçirme	Hastaya güç veren şeyleri sormak: Doğa sesleri, sevdiği müzikler, aile bireylerinin ziyaretleri, sanat ya da din görevlisi (imam, rahip vb.) desteği organize etmek.

Hemşirelik Müdahalesi	Klinik Uygulama Biçimi
Manevi Değerlendirme (Assessment)	Standart protokollerle manevi geçmiş almak. En yaygın kullanılan model **FICA** modelidir (Puchalski et al., 2020): • **F (Faith):** İnancınız veya manevi değerleriniz var mı? • **I (Importance):** Bu inanç hayatınızda ve hastalıkla baş etmenizde ne kadar önemli? • **C (Community):** Bağlı olduğunuz bir inanç topluluğu veya destek grubunuz var mı? • **A (Address in Care):** Bu değerlerinizi sağlık bakımınıza nasıl yansıtmamızı istersiniz?

2.5. Güncel Engeller ve Tehditler

Manevi bakımın iyileşme, anksiyete yönetimi ve palyatif süreçlerdeki kanıtlanmış yararlarına rağmen, çağdaş klinik ortamda uygulanmasını kısıtlayan çok sayıda sistematik engel ve tehdit mevcuttur. Bu tehditler dört temel düzeyde sınıflandırılmaktadır:

A. Kurumsal ve Sistemik Engeller

- **Ağır İş Yükü ve Zaman Kısıtlılığı:** Hemşire-hasta oranlarının yüksekliği, hemşireleri zamanla yarışmaya zorlar. Rutin tedaviler, ilaç uygulamaları ve bürokratik kayıtlar öncelik kazanırken; iletişim ve manevi dinleme "zaman alan ve ertelenebilir" unsurlar olarak arka plana itilmektedir (Gijsberts et al., 2020).
- **Fiziksel Çevre ve Mahremiyet Eksikliği:** Çok yataklı hasta odaları, yoğun bakım gürültüsü ve izole konuşma alanlarının bulunmayışı, hastanın en mahrem varoluşsal kaygılarını dile getirmesine engel olur (Espinha et al., 2021).

B. Teknolojikleşme ve Mekanikleşme Tehdidi

- **Biyomedikal İndirgemecilik:** Sağlık sistemlerinin giderek daha fazla laboratuvar değerlerine, monitörlere ve algoritmik protokollere odaklanması, hastayı bir "bütün

insan" olmaktan çıkarıp "organ veya hastalık mekanizması" düzeyine indirgeyebilmektedir (Balboni et al., 2022).

- **Depersonalizasyon (Kişiliksizleşme):** Hemşirenin hastanın gözlerine bakmak ve elini tutmak yerine ekrana veri girmeye odaklandığı bir klinik kültür, manevi bakımın özü olan "terapötik varlığı" aşındırmaktadır (Watson, 2021).

C. Hemşire Odaklı Faktörler ve Psikolojik Tehditler

- **Eğitim Yetersizliği ve Yetkinlik Kaygısı:** Lisans ve lisansüstü müfredatlarda manevi bakım sıklıkla teorik olarak anılmakta, klinik düzeyde değerlendirme araçlarının (örn. FICA, SPIRIT modelleri) nasıl uygulanacağı pratik olarak öğretilmemektedir. Hemşireler "Yanlış bir şey söyler miyim?", "Kendi inancımı dayatmış gibi algılanır mıyım?" endişesiyle bu alandan kaçınmaktadır (Cone & Giske, 2022; Harrad et al., 2022).
- **Tükenmişlik (Burnout) ve Merhamet Yorgunluğu (Compassion Fatigue):** Sürekli travmaya, ölüme ve ıstıraba tanıklık eden sağlık çalışanlarında gelişen duygusal tükenme, hemşirenin empati kapasitesini tüketir. Kendi manevi ve psikolojik kaynakları tükenmiş bir hemşirenin, bir başkasının manevi acısını taşıması güçleşir (Pargament & Exline, 2022).

D. Kavramsal Karmaşa ve Rol Belirsizliği

- **Maneviyat ile Dinin Özdeşleştirilmesi:** Manevi bakımın sadece din görevlilerinin işi olduğu veya yalnızca son dönem (terminal) hastalara verileceği yönündeki yanılgılar, hemşirelik bakım planlarına bu boyutun girmesini engeller (Swinton, 2020).
- **Kültürel Çeşitlilik ve Önyargılar:** Kültürel açıdan çoğulcu toplumlarda, farklı inanç veya inançsızlık biçimlerine yaklaşımda yaşanan belirsizlikler savunmacı bir iletişime yol açabilmektedir (Espinha et al., 2021).

Çözüm Önerileri ve Klinik Uygulamaya Yansımalar

a. **Manevi Bakım Değerlendirme Araçlarının Entegrasyonu:** Tıpkı ağrı skalaları gibi, standart manevi değerlendirme araçlarının (örn. FICA modeli: *Faith, Importance, Community, Address in care*) elektronik hemşirelik sürecine eklenmesi (Puchalski et al., 2020).

b. **Müfredat ve Hizmet İçi Eğitim:** Rol canlandırma (simülasyon) ve vaka tartışmaları yoluyla hemşirelerin manevi iletişim yetkinliklerinin güçlendirilmesi (Harrad et al., 2022).

c. **Hemşirenin Öz Bakımı (Self-Care):** Hemşirelerin merhamet yorgunluğundan korunması adına kendi manevi ve psikososyal refahlarını destekleyen kurumsal mekanizmaların kurulması (Watson, 2021).

4. Dayanıklılık

Dayanıklılık, hastaların hastalık sorunlarına karşı direncini artırır, kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir süreçtir ve tedaviye uyumun önemli bir belirleyicisidir (Smith et al., 2016). Araştırmalar, dayanıklılığın stresli durumlarda psikolojik iyilik halini ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Xu & Ou, 2014). Dayanıklılık, stres bağlamında talihsiz yaşam deneyimlerine başarılı bir şekilde uyum sağlama dinamik sürecini ifade eder (Wood & Bhatnagar, 2015). Güçlü dayanıklılığa sahip kişiler koşullara daha hızlı uyum sağlar, uzun vadeli hedefler planlama yeteneğine sahiptir, yaralanmalardan daha hızlı iyileşir ve daha az endişeli olurlar; ancak düşük dayanıklılığa sahip kişiler stresli durumlarda esnek davranmazlar, bu da uyumsuz davranışlara yol açar (Sharpley et al., 2014). Dayanıklılık, bir kişinin sorunlarla başa çıkmada toleransını ve uyum yeteneğini artırmakla kalmaz, aynı zamanda zihinsel sağlığı korur ve iyileştirir (He et al., 2013). Çalışmalar, dayanıklılığın daha iyi zihinsel sağlık ve iyilik haliyle ilişkili olduğunu göstermektedir; Diyaliz hastalarının ruh sağlığının kötü olması nedeniyle tedavilerine uymaları yetersizdir ve bu da ölüm gibi telafisi mümkün olmayan risklere yol açar (Kukihara et al., 2020).

5. Zihinsel İyilik

Diyaliz altındaki hastalar için ruh sağlığı son derece önemlidir (Kukihara et al). Diyaliz gören kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastaları duygusal istikrarsızlık, psikolojik sıkıntı, azalmış sosyal destek ve artan mali yük yaşarlar (Yu & Petrini, 2010), bu da yaşam kalitelerini, performanslarını ve özerkliklerini doğrudan etkiler (Fassbinder et al., 2015). Ruh sağlığı, diyalize olumlu bir bakış açısıyla doğrudan ilişkilidir. KBY olan ve olumlu duygulara sahip kişiler, öfke, üzüntü, hayal kırıklığı, can sıkıntısı, sinirlilik ve endişe gibi olumsuz duyguları yönetebilir ve mutluluk, neşe, şükran ve iyimserlik gibi olumlu duyguları deneyimleyebilirler (Setyawati, 2014).

Zihinsel iyilik hali, yaşam memnuniyeti, sağlık memnuniyeti ve belirli duygular gibi yaşam ve duygusal deneyimlerin genel bir değerlendirmesidir ve bir kişinin yaşam olaylarına ve

koşullarına verdiği tepkiyi yansıtır (Diener et al., 2018). Zihinsel iyilik hali üzerine yapılan bir çalışma, insanların gerçek ve zihinsel durumlarını birbirinden ayırmış ve insanların yaşamlarının farklı yönlerine ilişkin değerlendirmelerini analiz etmiştir (Maddux, 2018). Zihinsel iyilik hali, bir kişinin yaşam değerlendirmelerini (örneğin mutluluk veya hoş duygular, yaşam memnuniyeti ve hoş olmayan duyguların yokluğu) ifade eder ve iki türü içerir: bilişsel iyilik hali (yaşam memnuniyeti) ve duygusal iyilik hali (olumlu ve olumsuz duygular) (Wachterman et al., 2015). Günümüzün ruh sağlığı modelleri, iyilik hali ve onun teşvik edilmesi gibi olumlu psikolojiyi vurgulamaktadır (Masood et al., 2017).

Sonuç

Mevcut kanıtlara dayanarak, kronik hastalıkların yanlış anlaşılması zihinsel iyiliği azaltır (Wylie vd., 2019), etkili öz yönetimi engeller (Holt, 2019) ve kronik hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini düşürür (Finer et al., 2018), bu da tedaviye uyumlarını olumsuz etkiler ve gelecekte birçok soruna neden olur.

Suganthi ve ark. (2020), katılımcıların %52,5'inin diyet kısıtlamalarına uyduğunu ve reçete edilen ilaçlara düşük uyumun duygusal sıkıntıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Suganthi et al., 2020). Darvishi ve ark. (2020), maneviyatın diyaliz hastalarında yaşam kalitesi, uyku, tedaviye uyum ve memnuniyet üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu bulmuştur (Darvishi et al., 2020). Freire de Medeiros ve ark. (2017), dinin diyalize uyumla ilişkili olduğunu ancak ilaç uyumuyla ilişkili olmadığını, buna karşılık dayanıklılığın ilaç uyumuyla ilişkili olduğunu ancak diyaliz seanslarına uyumla ilişkili olmadığını bildirmiştir (Freire de Medeiros et al., 2017). Literatür taraması, bazı çalışmaların manevi sağlık (Darvishi et al., 2020), dayanıklılık (Freire de Medeiros et al., 2017) gibi tedaviye uyumla ilgili faktörleri belirlemeye çalıştığını (Magharei et al., 2024; Zakeri et al., 2023) gösterse de, manevi sağlık, dayanıklılık, zihinsel iyilik hali ve hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek için kapsamlı bir çalışma bulunmadığını ortaya koymuştur.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar, kalıcı fiziksel semptomların yanı sıra birçok psikolojik semptomdan da muzdariptir; bu nedenle, iyileşmek ve fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak için tedavilerine uymaları gerekir. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların tedaviye uyumsuzluğuyla ilgili faktörler hakkında daha fazla bilgi edinilmelidir. Hemodiyaliz gören hastaların tedaviye uyumu, hastaların yaşam süresi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir, ancak bu alanda az sayıda çalışma mevcuttur.

Kaynakça

Adib-Hajbaghery, M., & Saeadnejad, Z. (2016). Barriers to provide patients admitted to hospitals in kashan with spiritual care: Nurses' viewpoints. *Medical Ethics Journal*, 10(37), 49-59.

Babamohamadi, H., Ahmadpanah, M. S., & Ghorbani, R. (2018). Attitudes toward spirituality and spiritual care among Iranian nurses and nursing students: A cross-sectional study. *Journal of Religion and Health*, 57(4), 1304-1314.

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauser, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in serious illness and health. *JAMA*, 328(2), 184–197.

Bello, A. K., Okpechi, I. G., Levin, A., Ye, F., Damster, S., Arruebo, S., Donner, J., Caskey, F. J., Cho, Y., Davids, M. R., Davison, S.N., Htay, H., Jha, V., Lalji, R., Malik, C., Nangaku, M., See, E., Sozio, S. M., Tonelli, M., Wainstein, M., Yeung, E. K., Johnson, D. W., & Zaidi, D. (2024). An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. *The Lancet Global Health*, 12(3), e382-e395.

Brown, K., Humphreys, H., Whorley, E., & Bridge, D. (2019). Ready to care? Student nurse perceptions of spiritual care education. *Journal of Christian Nursing*, 36(1), E5-E10.

Chironda, G., & Bhengu, B. (2016). Contributing factors to non-adherence among chronic kidney disease (CKD) patients: a systematic review of literature. *Medical & Clinical Reviews*, 2(4), 29. https://doi.org/10.21767/2471-299X.1000038

Cone, P. H., & Giske, T. (2022). Integrating spiritual care into nursing education: An international perspective. *Nurse Education Today*, 111, 105299.

De Jesus, M. (2016). How religiosity shapes health perceptions and behaviors of Latina immigrants: is it an enabling or prohibitive factor?. *Psychology, Health & Medicine,* 21(1), 128-133. https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1040031

Darvishi, A., Otaghi, M., & Mami, S. (2020). The effectiveness of spiritual therapy on spiritual well-being, self-esteem and self-efficacy in patients on hemodialysis. Journal of religion and health, 59(1), 277-288. https://doi.org/10.1007/s10943-018-00750-1

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. Collabra: psychology, 4(1), 15. https://doi.org/10.1525/ collabra.115

Espinha, D. C. M., Silva, M. X., & Camargo, B. V. (2021). Nursing professionals' perceptions of barriers to spiritual care in hospital settings. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 4), e20200214. Gijsberts, H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2020). Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent European literature. *Supportive Care in Cancer*, 28(10), 4567-4587.

Fassbinder, T. R. C., Winkelmann, E. R., Schneider, J., Wendland, J., & Oliveira, O. B. D. (2015). Functional capacity and quality of life in patients with chronic kidney disease in pre-dialytic treatment and on hemodialysis-a cross sectional study. *Brazilian Journal of Nephrology,* 37, 47-54. https://doi. org/10.5935/0101-2800.2015000

Finer, S., Robb, P., Cowan, K., Daly, A., Shah, K., & Farmer, A. (2018). Setting the top 10 research priorities to improve the health of people with Type 2 diabetes: a Diabetes UK–James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *Diabetic Medicine*, 35(7), 862-870. https://doi.org/10.1111/ dme.13613

Freire de Medeiros, C. M. M., Arantes, E. P., Tajra, R. D. D. P., Santiago, H. R., Carvalho, A. F., & Libório, A. B. (2017). Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychology, Health & Medicine,* 22(5), 570-577. https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1191658

Harrad, R., Woolley, N., & Craddock, E. (2022). Exploring spiritual care competencies in nursing: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 63, 103395.

Hayati, F., Nasouti, M. A., Shayanpour, S., Halili, S. A., Karimpourian, H., & Mousavi, Z. B. (2016). Survival of patients with end-stage renal disease in Iran. *Annals of Research in Dialysis*, 1.

He, F., Cao, R., Feng, Z., Guan, H., & Peng, J. (2013). The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: A structural equation modelling analysis. *PloS one,* 8(12), e82939.

Herlianita, R., Yen, M., Chen, C. H., Fetzer, S. J., & Lin, E. C. L. (2018). Perception of spirituality and spiritual care among Muslim nurses in Indonesia. *Journal of Religion and Health*, 57(2), 762-773.

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2013). Clinical handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Lippincott Williams & Wilkins.

Holt, R. (2019). The mental wellbeing of people with diabetes: underappreciated and under-treated. URI: http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/432141.

Ghimire, S., Castelino, R. L., Jose, M. D., & Zaidi, S. T. R. (2017). Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrology*, 18(1), 167. https://doi. org/10.1186/s12882-017-0583-9

Kachoie, A., Ahmari Tehran, H., Dehghani, F., Abbasi, M., & Parizad, A. (2016). Physicians' attitudes towards spirituality and pastoral care. *Journal of Mazandaran University Medicine Sciences,* 26(138), 151-160.

Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., & Al-Tannir, M. (2018). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Oman Medical Journal,* 33(2), 154.

Kukihara, H., Yamawaki, N., Ando, M., Nishio, M., Kimura, H., & Tamura, Y. (2020). The mediating effect of resilience between family functioning and mental well-being in hemodialysis patients in Japan: a cross-sectional design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 233. https://doi. org/10.1186/s12955-020-01486-x

Maddux, J. (2018). Subjective well-being and life satisfaction (First). ISBN 9781138282087; published January 3, 2018 by Routledge. New York: Routledge Taylor & Francis.

Magharei, M., Mohebbi, Z., & Rostamian, S. (2024). Predictive role of resilience and hope on adherence to treatment in Hemodialysis patients. Investigación y educación en enfermería, 42(2).

Masood, A., Kamran, F., Rashid, S., & Mazahir, S. (2017). Life-orientation, subjective well-being and social support as predictors of quality of life in patients with end stage renal disease. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 16(3), 346-353.

Musa, A. S. (2017). Spiritual care intervention and spiritual well-being: Jordanian Muslim nurses' perspectives. *Journal of Holistic Nursing,* 35(1), 53-61.

Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Zyoud, S. E. H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross–sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 18(1), 178. https://doi.org/10.1186/s12882-017-0598-2

Neuman, B., & Fawcett, J. (2020). *The Neuman systems model* (6. bs.). Pearson.

Organization WH. World report on ageing and health. 2015: World Health Organization. ISBN: 9241565047, 9789241565042.

Pargament, K. I., & Exline, J. J. (2022). *Working with spiritual struggles in psychotherapy: From research to practice*. Guilford Press.

Puchalski, C. M., Sbrana, A., & Ferrell, B. (2020). Interprofessional spiritual care education curriculum: Spiritual care as a core palliative care competency. *Journal of Palliative Medicine*, 23(1), 32-38.

Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211-219.

Reed, P. G. (2021). Theory of self-transcendence. İçinde M. J. Smith & P. R. Liehr (Ed.), *Middle range theory for nursing* (5. bs., ss. 119–144). Springer Publishing Company.

Ross, L., Giske, T., Van Leeuwen, R., Baldacchino, D., McSherry, W., Narayanasamy, A., Downes, C., Jarvis, P., & Schep-Akkerman, A. (2016). Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. Nurse education today, 36, 445-451.

Ross, L., Van Leeuwen, R., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., Downes, C., Jarvis, P., & Schep-Akkerman, A. (2014). Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Education Today*, 34(5), 697-702.

Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., Powell, R. A., Deskur-Smielecka, E., Glajchen, M., Adler, S., Puchalski, C., Hunter, J., Gikaara, N., Hope, J., & InSpirit Collaborative. (2018). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*, 32(1), 216-230.

Setyawati, R. (2014, April). Subjective well-being description of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. In *Prosiding Seminar Fakultas Psikologi Ump* (Vol. 1, No. 1).

Siqueira, J., Fernandes, N. M., & Moreira-Almeida, A. (2018). Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Brazilian Journal of Nephrology,* 41(1), 22-28. https://doi. org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096

Sharpley, C. F., Bitsika, V., Jesulola, E., Fitzpatrick, K., & Agnew, L. L. (2016). The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(3), 151-156.

Smith, M. M., Saklofske, D. H., Keefer, K. V., & Tremblay, P. F. (2016). Coping strategies and psychological outcomes: The moderating effects of personal resiliency. *The Journal of Psychology*, 150(3), 318-332. https://doi. org/10.1080/00223980.2015.1036828

Swinton, J. (2020). What's the difference between religion and spirituality, and why does it matter for healthcare? *Practical Theology,* 13(4), 389-401.

Suganthi, S., Porkodi, A., & Geetha, P. (2019). Assess the illness perception and treatment adherence among patients with end-stage renal disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research,* 25(1), 12. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_74_19

Vlasblom, J. P., Van Der Steen, J. T., Walton, M. N., & Jochemsen, H. (2015). Effects of nurses' screening of spiritual needs of hospitalized patients on consultation and perceived nurses' support and patients' spiritual well-being. *Holistic Nursing Practice,* 29(6), 346-356.

Wachterman, M. W., McCarthy, E. P., Marcantonio, E. R., & Ersek, M. (2015, March). Mistrust, misperceptions, and miscommunication: a qualitative study of preferences about kidney transplantation among African Americans. In *Transplantation proceedings* (Vol. 47, No. 2, pp. 240-246). Elsevier.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science: Philosophy and praxis of nursing*. University press of Colorado.

Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016, April). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. In *Nursing forum* (Vol. 51, No. 2, pp. 79-96).

Wells, J. R. (2011). Hemodialysis knowledge and medical adherence in African Americans diagnosed with end stage renal disease: results of an educational intervention. *Nephrology Nursing Journal,* 38(2), 155.

Wood, S. K., & Bhatnagar, S. (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of stress*, 1, 164-173. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.11.002

Wylie, T. A. F., Shah, C., Connor, R., Farmer, A. J., Ismail, K., Millar, B., ... & Holt, R. I. G. (2019). Transforming mental well-being for people with diabetes: research

recommendations from Diabetes UK's 2019 Diabetes and Mental Well-Being Workshop. *Diabetic Medicine,* 36(12), 1532-1538. https://doi. org/10.1111/dme.14048

Xu, J., & Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public health*, *128*(5), 430-437.https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.002

Yu, H. D., & Petrini, M. A. (2010). The HRQoL of Chinese patients undergoing haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing,* 19(5-6), 658-665.https://doi. org/10.1111/j.1365-2702.2009.03071.x

Zakeri, M. A., Tavan, A., Nadimi, A. E., Bazmandegan, G., Zakeri, M., & Sedri, N. (2023). Relationship between health literacy, quality of life, and treatment adherence in patients with acute coronary syndrome. HLRP: *Health Literacy Research and Practice*, 7(2), e71-e79.


BİDGE