
AKADEMİK PERSPEKTİFTEN CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI



yaz
yayınları

Akademik Perspektiften Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

Editör

Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

yaz
yayınları

2025

**Akademik Perspektiften Cerrahi
Hastalıklar Hemşireliği**

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-5838-21-6

Haziran 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Kulak Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı.....	1
<i>Nur Pınar AYAZ</i>	
Cerrahi Hemşireliğinde Holistik Bakım: Teoriden Kliniğe Florence Nightingale, Rogers, Parse, Watson Yaklaşımı.....	24
<i>Bilge Kaan KOÇ, Gizem KUBAT BAKIR</i>	
Geriatrik Cerrahi Hastalarında Postoperatif Bakım Modellerinin İncelenmesi	54
<i>Tülin YILDIZ, Gizem DUYĞUN</i>	
Urostomy and Nursing Care	67
<i>Tülin YILDIZ, Çağla AVCU</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

KULAK CERRAHİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Nur Pınar AYAZ¹

1. GİRİŞ

Bu bölümde kulağa ilişkin hastalıklar, tedavileri, cerrahi girişim yöntemleri ve cerrahi girişimlere yönelik hemşirelik bakımlarına yer verilecektir.

1.1. Kulağın Anatomisi ve Fizyolojisi

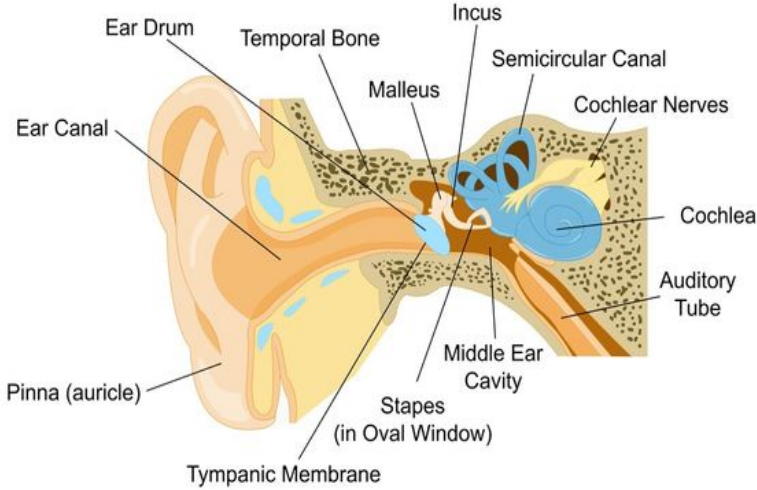
Duyu organı olan kulak, işitmeyi ve dengeden sorumludur. Kendi içinde üç ana bölüme ayrılmıştır: dış kulak, orta kulak ve iç kulak olmak üzere (Altınbaş, 2023; Korkmaz Demir, 2022) Dış kulak, deriyle kaplı kıkırdak kulak kepçesi (kulak kepçesi), dış işitsel kanal ve timpanik zardan oluşur(Altınbaş, 2023; McGary, 2014) Kulak kepçesi kıkırdak dokudan oluşmaktadır. Kulak kepçesi ses dalgalarını toplayıp dış işitsel kulak kanalına yönlendirir (Korkmaz Demir, 2022). Mastoid çıkıntıyı kaplayan kulak kanalının kemikli kısmı da dış/dış kulağın bir yapısı olarak kabul edilir (Altınbaş, 2023). Timpanik membran (kulak zarı): Kulak kanalını oluşturan doku, dış kulak anatomisinin bu bölümündeki son yapıdır.(Korkmaz Demir, 2022. Timpanik membran (kulak zarı), işitsel kanalın proksimal kısmında dış kulağı orta kulaktan ayırır (Altınbaş, 2023) Dış kulak kanalı veya kanalı, kulak kepçesini kulak zarına bağlar (McGary, 2014). Serumene veya kulak kırı dış kulak kanalını yağlar (McGary, 2014). İnce tüyler kanalı yabancı cisimlerden korur(Korkmaz Demir, 2022) Dış kulağa gelen

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, nurpınarayaz@hitit.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7925-1678.

sesleri orta kulağa ileten bu yapıdır (Altınbaş, 2023; Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

Orta kulak, timpanik membranın iç tarafından başlar ve östaki borusuna kadar uzanır (Korkmaz Demir, 2022). Kulağın bu kısmında üç işitsel kemik bulunur: çekiç, örs ve üzengi. Bu kemikler ses dalgalarını iç kulağa ileten işitsel kemikçiklerdir.(Altınbaş,2023; Cash, 2022; Moskowitz ,2017)) Orta kulaktan nazofarinkse kadar olan östaki borusu, kulak zarının her iki tarafında eşit basınç sağlar (Korkmaz Demir, 2022; McGary, 2014)

İç kulak temporal kemik içinde havayla dolu bu küçük boşluk, oval ve yuvarlak pencereler aracılığıyla orta kulak ile bağlantılıdır (Korkmaz Demir, 2022). İç kulak; kohleayı, kemik labirenti ve yarım daire kanallarını içeren vestibüler sistemi ve akustik siniri içerir (Altınbaş, 2023). Kohlea işitmeden, vestibüler sistem ise dengeden sorumludur (McGary, 2014). Salyangoz



Ear Anatom. Erişim adresi :

<https://create.vista.com/tr/vectors/ear-anatomy/> Erişim tarihi.10.03.2025.

şeklindeki kohlea, Corti organı adı verilen bir yapı içerir (Korkmaz Demir, 2022). Bu organın içindeki küçük tüyler, ses titreşimlerini, akustik sinir yoluyla beyne iletilen sinir sinyallerine dönüştürür (Altınbaş, 2023; Cash, 2022; Moskowitz ,2017). Akustik sinir, vestibüler ve kohlear dallar olmak üzere iki ayrı bölümden oluşur. Bu sekizinci kraniyal sinir işitmeyi ve dengeyi kontrol eder (Korkmaz Demir, 2022; Cash, 2022; Moskowitz ,2017).

2. NASIL İŞİTİRİZ?

Kulak kepçesi ses dalgalarını alır ve bunları işitme kanalına iletir (Korkmaz Demir, 2022). Burada dalgalar kulak zarına çarparak titreşir ve çekiç sapının da titreşmesine neden olur (Çelik ve Köstekli, 2021 Bu titreşimler çekiçten örse, üzengi kemiğine, oval pencereden ve kohleadaki sıvıdan geçerek yuvarlak pencereye doğru ilerler(Korkmaz Demir, 2022; Cash, 2022; Moskowitz ,2017) İşitme, ses dalgalarının kulak zarı, çekiç, örs, üzengi ve iç kulağın oval penceresini, kohleanın perilenf ve endolenfini ve Corti organının tüy hücrelerini titreştirmesi sonucu oluşur (Cash, 2022; Moskowitz, 2017;Altınbaş, 2023;Korkmaz Demir, 2022). Ses dalgalarının mekanik enerjisi elektrokimyasal enerjiye dönüşür (Dewit ve ark, 2017). Sekizinci kraniyal sinir, uyarıları temporal loblardaki işitsel alana taşır. Sesler deneyimlere göre tanımlanarak işitme gerçekleşir. İşitme iki yolla gerçekleştirilir: hava ve kemik(Korkmaz Demir, 2022). Hava iletimiyle iletilen sesler, kulak zarı ve kemikçiklerin titreşimi yoluyla hava dolu dış ve orta kulak üzerinden geçer. Kemik iletimi yoluyla iletilen sesler, kulak zarı ve kemikçikleri atlayarak doğrudan kemik yoluyla iç kulağa gider (Cash, 2022; Moskowitz, 2017; Korkmaz Demir, 2022).

3. İŞİTME KAYIPLARI(HİPOAKUZİ)

Kulaktaki sorunlara bağlı olarak üç tür işitme kaybı vardır: sensörinöral, iletim tipi yada mix tip (Çelik ve Köstekli, 2021; Korkmaz Demir, 2022). İşitme kaybının yaklaşık %80'i işitme sinirindeki bir bozukluktan (sensorinöral kayıp) kaynaklanır(Korkmaz Demir, 2022). İletim tipi işitme kaybı, ses uyarılarının işitsel kanal, timpanik membran veya orta kulak kemikleri yoluyla iletilmesindeki bir sorundan kaynaklanır(dış kulak malformasyonu, stenozu, buşon, perforasyon, otitis media gibi).(Cash, 2022; Moskowitz, 2017) Arteriyoskleroz, otik sinire (sekizinci kraniyal sinir) kan akışının azalmasına neden olarak sensörinöral işitme kaybına neden olabilir. Bu genellikle yaşlı yetişkinlerde işitme kaybına katkıda bulunur (Çelik ve Köstekli, 2021). Ayrıca ilaç toksikasyonları, menceire hastalığı ve yüksek ses maruz kalma da sensoriyal işitme kaybına neden olabilir(Korkmaz Demir, 2022).

İşitme kayıpları dereceleri:

0-25 dB normal işitme sınırları

26-40 dB çok hafif işitme kaybı

41-55 dB hafif işitme kaybı

56-70 dB orta işitme kaybı

71-90 dB ileri işitme kaybı

91 VE ÜZERİ çok ileri işitme kaybı(Çelik ve Köstekli, 2021 Altınbaş, 2023).

İşitme kayıpları hastalarda fiziksel, duygusal, psikososyal ve mali sorunlara neden olabilir. İşitme yetersizliği olan yetişkinler, iletişim engelleri nedeniyle işlerini kaybedebilir ve arkadaşlarından uzaklaşabilirler (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

Ayrıca İç kulak rahatsızlıklarında hastalarda denge sorunlarına neden olabilir. Baş dönmesi, baş dönmesi ve ataksi,

kişinin çalışma veya günlük yaşamdaki olağan aktivitelerini gerçekleştirme becerisini büyük ölçüde etkileyebilir. Ayrıca Kaza sonucu yaralanmalar ve düşme sonucu kırıklar meydana gelebilir. Hemşireler işitme kaybını önlemeye yardımcı olacak ve zaten böyle bir kaybı olan hastalara yardım edecek yolları öğrenmelidir (Cash, 2022; Moskowitz,2017).

3.1. Hemşirelik bakımı

- Hastanın işitme bozukluğunun derecesini değerlendirin ve yeterli hasta bakımını sağlamak için hastayla iletişim kurmanın en iyi yolunu (ör. jestler, dudak okuma veya yazılı kelimeler kullanarak) belirleyin (Martich,2014; Dewit ve ark, 2017; Cash, 2022; Moskowitz, 2017).
- İşitme engelli bir kişiyle konuşurken normalden derine doğru bir ses tonuyla net ve yavaş konuşun ve hastayı kendi bakımına dahil etmek için prosedürlere ilişkin kısa açıklamalar yapın (Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017; Cash, 2022; Moskowitz, 2017).
- İşitme kaybını telafi etmeye yardımcı olmak için dokunsal ve görsel uyaranları kullanarak duyuşal uyarı sağlayın (Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017; Cash, 2022; Moskowitz, 2017).
- Hastayı işitme kaybıyla ilgili kaygı ve kayıp duygularını ifade etmeye teşvik edin ve soruları yanıtlamaya hazır olun. Bu, hastanın kaybı kabul etmesine yardımcı olur, yanlış anlamaları giderir ve kaygıyı azaltır(Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).
- Hastayı, işitsel işlevi geliştirmek için işitme cihazını belirtildiği şekilde kullanmaya teşvik edin (Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).
- Taburcu olduktan sonra, yaralanmayı önlemek için hastaya trafik ışıkları ve acil durum araçlarının yanıp

sönen ışıkları gibi ortamdaki görsel işaretlere dikkat etmesini öğretin (Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).

- Hasta işitme cihazı kullanmayı öğreniyorsa duygusal destek ve cesaret sağlayın(Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).
- Diğer personeli ve hastane personelini hastanın engeli ve belirlenen iletişim yöntemi konusunda bilgilendirin (Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).
- İşitme kaybı olan bir hasta görsel ipuçlarına bağımlı olduğundan, hastanın ünite aktivitelerini ve yaklaşan kişileri görebileceği bir alanda olduğundan emin olun (Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).
- Hastayı değerlendirin. Hastanın işitme kaybının düzeldiğini veya stabil hale geldiğini, başkalarıyla iletişim kurabildiğini ve kaygısının azaldığını ifade ettiğinden emin olun(Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017; Cash, 2022; Moskowitz ,2017)).
- İşitme kaybının nedenini ve tıbbi veya cerrahi tedavi seçeneklerini açıklayın(Martich,2014; Dewit ve ark, 2017).
- İşitme cihazını yeni almış olan hastaya cihazın nasıl çalıştığını ve bakımının nasıl yapılması gerektiğini öğretin(Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).
- Gürültüye aşırı maruz kalma tehlikesini vurgulayın ve gürültülü ortamlarda koruyucu cihazların kullanımını teşvik edin(Martich, 2014; Dewit ve ark, 2017).

4. KULAĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1. Hasta Öyküsü

Mevcut sağlık durumuna ilişkin sorularla başlanır. Son zamanlarda bir kulağında hissettiği işitme zorluğu ya da farklılığı var mı? Kulak ağrısı var mı? Varsa Tek taraflı mı yoksa iki taraflı

mı? Kulak akıntısı var mı? Tek kulak mı yoksa her iki kulağında mı? Akıntı renk, koku ve ne süredir devam ettiğine ilişkin sorular sorulabilir(McGary, 2014; Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

Önceki sağlık durumuna ilişkin olarak; Hastanın geçmişteki Kulak ile ilişkili bir hastalık önceki hastaneye yatış, ilaç tedavisi veya şekil bozukluğu veya bu durumlar için yapılan ameliyatlara hakkında bilgi alınır (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Hiç kulak yaralanması geçirdiniz mi? Kulak enfeksiyonu geçirme sıklığınız nedir? Kulaklarınızda normal dışı çınlama veya çıtırtı, hisirtti sesleri duyuyor musunuz? Ne süredir bu şikâyetlerini var? Kulaklarınızda akıntı veya denge sorunları, baş dönmesi gibi sorunlarınız oldu mu?(McGary, 2014)

Ailede işitme ve denge ile sorunlar olup olmadığına ilişkin sorular sorulur. Ayrıca hastanın günlük yaşam tarzına ilişkin sorular değerlendirmede önem içerir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Örneğin yüksek sesli ekipmanların yakınında mı çalışıyorsunuz? Eğer öyleyse, kulak koruyucu takıyor musunuz? Kulaklıkla yüksek sesle müzik dinliyor musunuz?(McGary, 2014)

4.2. Fiziksel Değerlendirme

İşitme ve dengenin değerlendirilmesi dış, orta ve iç kulağın muayenesini içerir. Ayrıca işitme keskinliğinin değerlendirilmesi de her fizik muayeneye dâhildir.(Altınbaş,2023; McGary, 2014)

4.2.1. Dış Kulak Muayenesi

Dış kulağın muayenesi basit bir işlemdir. Dış kulak muayene ile incelenir ve doğrudan inspeksiyon ve palpasyonla kulak kepçesi ve çevre dokular incelenmelidir (Altınbaş, 2023)Kulağın dış yapıları görsel olarak incelenir.(Altınbaş, 2023)Kulakların üst kısmı, gözün dış kantusundan bir çizgiyi geçmelidir. Bu çizginin altında veya 10 dereceden daha büyük bir

arka açığa sahip bir kulak kepçesi, kromozomal anormalliklerin göstergesi olabilir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Kulaktaki şekil bozuklukları, lezyonlar ve akıntının yanı sıra boyut, simetri ve başa bağlanma açısı incelenmelidir (Korkmaz Demir, 2022.). Kulak kepçesinin manipülasyonu normalde ağrıya neden olmaz. Bu manevra ağrılıysa akut dış kulak iltihabından şüphelenilir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Mastoid bölgesinde palpasyonla hassasiyet, akut mastoidit veya arka kulak kepçesi düğümünün iltihabını gösterebilir. Bazen kulak kepçesinde yağ kistleri bulunur. Kulak kepçesinin üzerinde veya arkasında pullu pullanma genellikle seboreik dermatite işaret eder ve kafa derisinde ve yüz yapılarında da mevcut olabilir (McGary, 2014). Boyut, simetri, şekil, ten rengi, kızarıklık, drenaj, pullanma veya nodüller (kanser veya gut olabilir) açısından incelenmelidir (Korkmaz Demir, 2022). Drenaj varsa kanlı mı, seröz mü, pürülan mı yoksa kokulu mu? Mastoid kemiğin boyutunu veya cildin rengini inceleyin. Herhangi bir hassasiyete dikkat edin. Kulağın içi otoskopta incelenir. Otoskopik muayene, işitsel kanalın ve kulak zarının muayenesini içerir. timpanik zarda görülebilecek lekelenmeler perforasyon riskini düşündürebilir (Korkmaz Demir, 2022; Altınbaş, 2023). İltihap, eksuda, lezyon ve yabancı cisim olup olmadığına bakın (Korkmaz Demir, 2022). Kulak kanalının daralmasını, nodülleri, kızarıklığı, pulları, ödemi ve drenajı kontrol edin Serumun nemli olması gerekir ve rengi kahverengiden beyaza kadar değişebilir, ancak sertleşmiş, kuru veya kötü kokulu serum, enfeksiyona işaret edebilir (McGary, 2014; Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

4.3. İşitme Testleri

4.3.1. Fısıltı Testi

Her iki kulak ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Bir kulağı testin dışında bırakmak için, muayeneyi yapan kişi test edilmeyen kulağı avuç içi ile kapatır (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

Muayeneyi yapan kişi daha sonra tıkalı olmayan kulaktan 6metre uzakta ve hastanın görüş alanı dışında yumuşak bir şekilde fısıldar (Korkmaz Demir, 2022. Fısıldanan kelime yâda sayıları hastanın tekrar etmesi istenir (Korkmaz Demir, 2022). İşitme yetisi normal olan hasta, fısıldananları doğru bir şekilde tekrarlayabilir. Aynı işlem basamakları diğer kulak içinde tekrarlanır (Altınbaş, 2023).

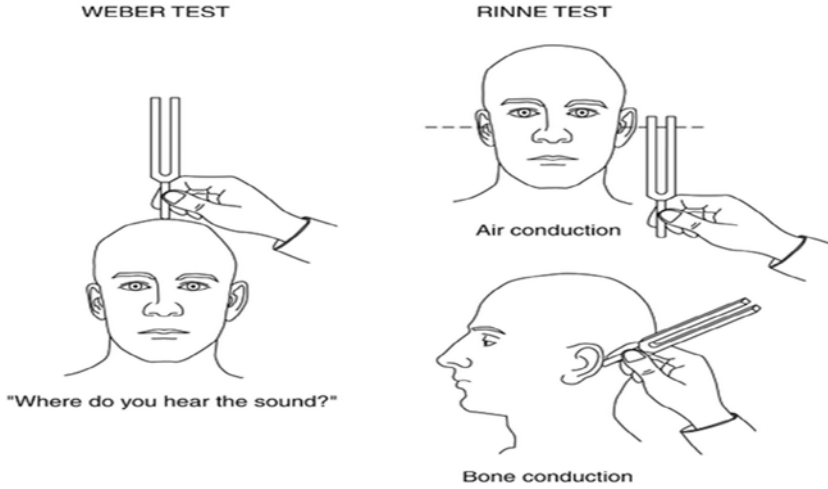
4.3.2. Weber Testi

Weber testi işitme keskinliğini tarar. Weber testi tek taraflı işitme kaybının tespitinde faydalıdır. Weber testinin sonuçları, hastanın iletim tipi işitme kaybı (etkilenen kulakta sesler daha iyi duyulur) veya sensörinöral işitme kaybı (sesler normal kulakta daha iyi duyulur) olup olmadığını belirlemek için kullanılır (Korkmaz Demir, 2022). Weber testini gerçekleştirirken, aktifleştirilmiş bir diyapazonu orta hatta hastanın başının üstüne, burun köprüsüne veya çenesine yerleştirin. Normal işiten bir kişi, sesi her iki kulağında eşit olarak duyar veya sesi başın ortasında ortalanmış olarak tanımlar (Cash, 2022; Moskowitz ,2017;Çelik ve Köstekli, 2021). Otoskleroz veya orta kulak iltihabı gibi iletim tipi işitme kaybı olan bir kişi, etkilenen kulakta sesi daha iyi duyar(Korkmaz Demir, 2022. Kohlear veya vestibulokohlear sinir hasarından kaynaklanan sensörinöral işitme kaybı olan bir kişi, sesi daha iyi işiten kulakta duyar(Altınbaş, 2023; Korkmaz Demir, 2022; Çelik ve Köstekli, 2021).

4.3.3. Rinne Testi

Rinne testinde, muayeneyi yapan kişi titreşimli bir diyapazonun sapını iki konum arasında kaydırır: kulak kanalı açıklığına ve mastoid kemiğe (kemik iletimi için) (Korkmaz Demir, 2022). Aktif hale getirilmiş bir diyapazon sırasıyla sağ ve sol mastoid kemiğe yerleştirilmektedir. Ses artık duyulmadığında hasta bunu belirtmelidir (Çelik ve Köstekli, 2021). Pozisyon değişikçe hastadan hangi tonun daha yüksek olduğunu veya

tonun artık duyulmadığını belirtmesi istenir (Korkmaz Demir, 2022). Rinne testi iletim tipi ve sensörinöral işitme kaybını ayırt etmede faydalıdır. Normal işiten bir kişi, havada iletilen sesin kemik yoluyla iletilen sestene daha yüksek olduğunu bildirir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). İletim tipi işitme kaybı olan bir kişi, kemik yoluyla iletilen sesi, hava yoluyla iletilen ses kadar veya bundan daha uzun süre duyar. Sensörinöral işitme kaybı olan bir kişi, hava yoluyla iletilen sesi kemik yoluyla iletilen sestene daha uzun süre duyar (Altınbaş, 2023).



Weber testi.Erişim adresi: <https://metokondri.com/weber-testi-yorumlama/>Erişim tarihi.10.03.2025.

5. KULAĞIN CERRAHİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI

5.1. Akut Otitis Media

Kulak enfeksiyonları her yaşta ortaya çıkabilir; ancak sıklıkla çocuklarda görülürler. Akut otitis media (AOM), orta kulağın bütün bölümlerinde görülebilen ve 6 haftadan kısa süren akut bir enfeksiyonudur (Korkmaz Demir, 2022;Altınbaş, 2023). AOM'ye neden olan patojenler genellikle bakteriyel veya viraldir

ve üst solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı tıkanma, çevre yapıların iltihaplanması (örneğin, rinosinüzit, adenoid hipertrofisi) veya alerjik reaksiyonlar (örneğin, alerjik rinit) nedeniyle oluşan östaki borusu fonksiyon bozukluğundan sonra orta kulağa girerler. Bakteriler, nazofarenks ve orta kulaktaki kontamine sekresyonlardan, kulak zarı delinmesinden östaki borusuna girebilir (Korkmaz Demir, 2022). Orta kulakta genellikle pürülan bir eksüda bulunur ve bu da iletim tipi işitme kaybına neden olur (Korkmaz Demir, 2022). Hızlı tedavi ile akut orta kulak iltihabının prognozu mükemmeldir; ancak orta kulak boşluğunda uzun süreli sıvı birikmesi kronik orta kulak iltihabına neden olur (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

Akut orta kulak iltihabı olan hasta asemptomatik olabilse de, tipik belirti ve semptomlar şunları içerir: şiddetli, derin, zonklayan ağrı, hafif ila yüksek ateşle birlikte üst solunum yolu enfeksiyonu, genellikle hafif ve iletim tipi işitme kaybı kulak akıntısı, baş pozisyon değişimi ile belirginleşmeye başlayan kulakta dolgunluk hissi, tıkanma ve ses yankılanması gibi belirtilerle karşılaşılmaktadır (Altınbaş, 2023).

5.1.1. Tedavisi

Erken ve uygun geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi otitis mediayı ciddi bir sekel bırakmadan düzeltebilmektedir (Korkmaz Demir, 2022). Östaki tüpünün açılması için valsalva manevrası ya da tek burun deliğinin kapatılarak hastanın bazı kelimeleri söyleyerek açılması sağlanabilir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Yapılan bu yöntemlerden fayda sağlanamazsa miringotomi yapılabilir (Altınbaş, 2023).

5.1.2. Cerrahi Tedavisi

5.1.2.1. Miringotomi

Orta kulakta biriken sıvının basıncını ortadan kaldırmak ve ağrıyı gidermek için kulak zarına lokal anesteziyle insizyon

açılması işlemidir (Altınbaş,2023; Hogan, 2017). İşlem ağrısızdır ve 15 dakikadan az sürer (Altınbaş,2023). Açılan insizyon işitme engeli oluşturmayacak derecede minik bir skar dokusuyla 24 ila 72 saat içinde iyileşir. AOM tekrarlıyorsa ventilasyonun sağlanması yâda basıncı dengelemek için tüp yerleştirilebilir (Dewit ve ark, 2017). Kullanılan tüp geçici olarak östaki borusunun yerini alır ve 6 aydan birkaç yıla kadar burda kalabilmektedir (Martich, 2014; Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

5.2. Kronik Otitis Media

Kronik orta kulak iltihabı genellikle çocuklukta başlasada yetişkinliğe kadar devam edebilen geniş bir yelpazeye sahiptir (Altınbaş,2023). Akut otitis mediada farklı olarak bunda timpanik membran hareketliliğinin azalması veya olmaması (timpanoskleroz),orta kulakta kolesteatom, kulak zarında kızarıklık ve delinme, ağrısız, cehatli kulak akıntısı(aralıklı yâda sürekli) ve değişkenlik gösteren iletim tipi işitme kayıpları görülmektedir (Dewit ve ark, 2017).

5.2.1. Tedavisi

Kronik orta kulak iltihabının tedavisi, lokal yada sistemik antibiyotik damlalarının damlatılması, steroidli damlalar önerilmektedir(Altınbaş,2023).

5.2.2. Cerrahi Yönetim

Tıbbi tedavilerin etkisiz olması durumunda timpanoplasti, ossiküloplasti ve mastoidektomi gibi cerrahi prosedürler kullanılır (Cash, 2022; Moskowitz,2017).

5.2.2.1. Timpanoplasti

Kronik otitis media için en yaygın cerrahi prosedür timpanoplastidir ve bu işlem kulak zarının cerrahi olarak yeniden yapılandırılmasıdır (Hogan, 2017;Altınbaş, 2023). Kemikçiklerin yeniden inşası da gerekli olabilir (Hogan, 2017) Timpanoplastinin amaçları orta kulak fonksiyonunu yeniden

sağlamak, deliği kapatmak, tekrarlayan enfeksiyonu önlemek ve işitmeyi iyileştirmektir (Korkmaz Demir, 2022).

Timpanoplasti prosedürleri ses iletim mekanizmasının sürekliliğinin yeniden sağlanmasını içerir. Timpanoplasti, dış kulak yolundan trans kanal yaklaşımla veya postauriküler kesi yoluyla gerçekleştirilir (Cash, 2022; Moskowitz ,2017). Orta kulağın içeriği dikkatlice incelenir ve kemikçik zinciri (çekiç ve inkus bölgesi) değerlendirilir. Kemikçik kesintisi en sık kronik orta kulak iltihabında görülür, ancak orta kulak malformasyonları ve kafa yaralanmalarına bağlı kemikçik çıkıkları ile de yeniden yapılanma sorunları ortaya çıkabilir(Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Bir perforasyonun kapatılması ve kemikçiklerin yeniden kurulması, işitmede dramatik bir iyileşmeye neden olabilir(Altınbaş,2023). Ameliyat genellikle orta derecede sedasyon veya genel anestezi altında ayakta tedavi merkezlerinde yapılır.

5.2.2.2. Ossiküloplasti

İşitme kemikçiklerinde kronik otitis media sonucunda erozyonu, ses iletim mekanizmasının bozulmasına yol açmaktadır (Cash, 2022; Moskowitz,2017). Ossiküloplasti, işitmeyi yeniden sağlamak için orta kulak kemiklerinin cerrahi olarak yeniden yapılandırılmasıdır(Çelik ve Köstekli, 2021). Otolog kemik, kıkırdaklar kemik çimentosu, Teflon, paslanmaz çelik, hidroksiapatit gibi malzemelerden yapılan protezler kemikçiklerin yeniden birbirine bağlanmasını ve böylece ses iletim mekanizmasının yeniden kurulmasını sağlar (Korkmaz Demir, 2022; Çelik ve Köstekli, 2021)

5.2.2.3. Mastoidektomi

Kronik otitis media, mastoid kemikte iltihaplanma neden olabileceği gibi kemiğin erimesine kadar da giden bir duruma dönüşebilir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Bu hastalığın cerrahi girişiminde amaç hastalıklı yapılara erişim sağlayarak bunların

temizlenmesi, enfeksiyonun ortadan kaldırması ve sağlıklı bir kulak oluşturmaktır (Hogan, 2017) Postauriküler kesi yoluyla yapılan ameliyat ortalama 2 saat sürmektedir(Korkmaz Demir, 2022). Yaygın olan üç tip ameliyat türü bulunmaktadır.Basit masteidektomi (mastoid kemiklerin çıkarılması),radikal mastektomi (mastoid kemikle birlikte orta kulaktaki kemikçiklerin çıkarılması) yada modifiye radikal masteidektomi (mastoid hücrelerin ve orta kulaktaki kemikçik yapılarının eksizyonu ile orta kulak ve mastoid alanın tek bir kanal haline getirilmesi).(Çelik ve Köstekli, 2021) Mastoid hava hücrelerinin çıkarıldığı bu ameliyatlara enfeksiyon ortadan kaldırılır(Altınbaş, 2023; Çelik ve Köstekli, 2021) Bu sayede iletim tipi işitme kaybında büyük oranda başarı sağlanır. Ameliyat genellikle ayaktan tedavi ortamında yapılır. Nadiren olsada, orta kulak ve mastoidden geçen yüz siniri, mastoid cerrahisinde yaralanma riskine sahiptir(Korkmaz Demir, 2022). Hasta anesteziyenin uyanığında, yüz felcine dair herhangi bir bulgu varsa bildirilmelidir (Cash, 2022; Moskowitz,2017).

5.2.2.4. Hemşirelik Bakımı

- Yara yeri ameliyat sonrası basınçlı bir pansumanla kapatılır. Pansuman üç hafta süre ile haftada bir aseptik tekniklere uygun olarak değişimi sağlanır (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).
- Drenaj miktarı ve içeriği açısından kontrol edilir. Kanlı drenaj olduğunda menenjit önlemek için pansuman değişiminde aseptik ön planda tutulur (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).
- Postoperatif kanama kontrolü yapılır.
- Ameliyat sonrası baş dönmesi, kulak çınlaması, tat değişikliği, enfeksiyon, menenjit ve yüz felci gibi

komplikasyonlar açısından hasta izlenir (Cash, 2022; Moskowitz,2017)

- İnsizyona bağlı ağrının giderilmesi sağlanır (Cash, 2022; Moskowitz, 2017)
- Enfeksiyon kontrolü için gereken antibiyotiklerin uygulanması (Cash, 2022; Moskowitz2017)
- Kulaktaki tampon nedeniyle işitme ilgili rahatsızlık hissinin geçici olduğu hastaya anlatılarak anksiyetesi azaltılır (Cash, 2022; Moskowitz2017).
- Hastanın işitme problemi için tane tane ve hastanın ağız hareketlerini okuyacak şekilde iletişime özen gösterilir
- Oluşabilecek vertigoya bağlı yaralanmaların önlenmesi sağlanır (Çelik ve Köstekli, 2021; Korkmaz Demir, 2022).

5.3. Otokleroz

Otoklerozun stapes kemiği üzerinde ve özellikle oval pencere çevresinde yeni, anormal süngerimsi kemik oluşumundan ve bunun sonucunda stapes kemiğinin sabitlenmesinden kaynaklanmaktadır (Korkmaz Demir, 2022; Hogan, 2017; Altınbaş, 2023). Üzengi kemikleri titreşemediğinden ve çekiç ve örsten gelen sesi iç kulağa taşıyamadığı için sesin verimli iletimi engellenir (Hogan, 2017. Otokleroz kadınlarda daha sık görülür, ailesel bir durumdur ve tam sağırlığa kadar ilerleyebilir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

Otokleroz bir veya her iki kulağı da etkileyebilir ve ilerleyici iletim tipi veya karışık işitme kaybı olarak kendini gösterir(Çelik ve Köstekli, 2021). Hasta kulak çınlamasından şikâyet edebilir. Otokopik muayenede genellikle normal bir kulak zarı görüntüsü vardır. Rinne testinde kemik iletimi hava iletiminden daha iyidir. Odyogram, özellikle düşük frekanslarda iletim tipi işitme kaybını veya karışık tip işitme kaybını doğrular.

Hasta tipik olarak gürültülü ortamdaki sesleri daha iyi duyar ve alçak sesle ve zayıf tonda konuşmayı tercih eder (Altınbaş, 2023).

5.3.1. Tedavisi

Otosklerozun tedavisi cerrahi veya tıbbi olabilir. İşitme cihazıyla ses yükseltme yardımcı olabilir (Altınbaş, 2023).

5.3.2. Cerrahi Yönetim

İlk önce orta kulak ve işitme kemikçiklerini değerlendirmek amacıyla eksploratif timpanotomi uygulanır (Cash, 2022; Moskowitz ,2017). Ardından iki cerrahi prosedürden biri yapılabilir: stapedektomi veya stapedotomi (Korkmaz Demir, 2022). Stapedektomi, üzengi üst yapısının ve taban plakasının bir kısmının çıkarılmasını ve bir doku grefti ile uygun bir protezin yerleştirilmesini içerir (Çelik ve Köstekli, 2021). Stapedotomide ise cerrah, protezi tutmak için üzengiye çıkarmak yerine üzengi kemiğine küçük bir delik açar. Her iki işlemde de protez örs ile iç kulak arasındaki boşluğu doldurarak sesin daha iyi iletilmesini sağlar. Hastaların çoğunda, stapes cerrahisini takiben iletim tipi işitme kaybının düzelmesi görülür. Hastalarda ameliyat sonrası işitme büyük oranda düzeltilir (Çelik ve Köstekli, 2021). Ameliyat sonrası dönemde birkaç gün boyunca denge bozukluğu veya gerçek vertigo ortaya çıkabilir. Uzun süreli denge bozuklukları nadirdir. Ayrıca timpanik membranda perforasyon, fasial sinir zedelenmesi, orta kulakta enfeksiyon oluşması, protezin yerinden çıkması gibi komplikasyonları görülebilir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

5.3.2.1. Hemşirelik Bakımı

- Postop dönemde birkaç gün baş dönmesi olabilir. Hasta ve ailesi durumdan haberdar edilerek düşme ve travmaların önüne geçilmeye çalışılır (Cash, 2022; Moskowitz,2017).

- Hastanın kulak içi basıncını arttırabileceğimde postoperatif üçüncü günden sonra uçağa binmesine izin verilir(Altınbaş,2023).
- Hastanın kulak içi basıncını arttırabilecek hapşıрма, aksırma, sümkürme, ıkınma, dalış yapma, öksürme gibi hareketlerden kaçınması konusunda bilgilendirme yapılır.(Çelik ve Köstekli, 2021;Altınbaş,2023).
- Cerrahi açıklığı sağlarken bazen korda timpani siniride çıkartılabilir bu durumda hastanın ağzında hissedeceği metal tadının olmasının normal olduğu hastaya açıklanır (Cash, 2022; Moskowitz,2017).

6. MENİERE HASTALIĞI

Meniere hastalığı, endolenfatik kesedeki malabsorbsiyonun veya endolenfatik kanaldaki tıkanıklığın neden olduğu iç kulak sıvı dengesindeki bir anormalliktir (Hogan, 2017. Endolenfatik hidrops (endolenfatik boşluğun genişlemesi) gelişir ve sistemdeki basınç artar veya iç kulak zarının yırtılması meydana gelir ve Meniere hastalığının semptomlarına neden olur (Cash, 2022; Moskowitz, 2017)

Yetişkinlerde daha yaygın olan hastalığın başlangıcı genellikle yetişkinler 40'lı yaşlara ulaştığında görülür ve semptomlar genellikle 20 ila 60 yaşları arasında başlar(Çelik ve Köstekli, 2021). Meniere hastalığının erkeklerde ve kadınlarda eşit derecede yaygın olduğu ve genellikle iki taraflı olduğu görülmektedir (Cash, 2022; Moskowitz, 2017) Meniere hastalığı bir üçlü semptomla karakterize edilir: vertigo, kulak çınlaması (kafa veya kulakta istenmeyen sesler) ve dalgalanan sensörinöral işitme kaybı (Çelik ve Köstekli, 2021; Hogan, 2017). Aynı zamanda kulakta basınç veya dolgunluk hissi ve genellikle bulantı ve kusmanın eşlik ettiği, dayanılmaz derecede baş

dönmesi de içerebilir ve İşitme kayıpları, nistagmus da görülebilir(Çelik ve Köstekli, 2021).

6.1. Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Meniere hastalığı olan hastaların çoğu diyet ve ilaçla başarılı bir şekilde tedavi edilebilir (Çelik ve Köstekli, 2021.) Hasta yatak istirahatine alınır ve yatak kenarları kaldırılarak olası düşmelerin önüne geçilmeye çalışılır. Birçok hasta, düşük sodyumlu bir diyetle bağlı kalarak semptomlarını kontrol altına alabilir (Hogan, 2017). Sodyum miktarı vücuttaki sıvı dengesini düzenleyen birçok faktörden biridir. Sodyum ve sıvı tutulması, iç kulaktaki endolenf ve perilenf arasındaki hassas dengeyi bozar (Cash, 2022; Moskowitz, 2017). Ayrıca antihistaminik ve diüretiklerle destek sağlanır(Çelik ve Köstekli, 2021.) Hasta endişeli, kararsız, korkulu veya depresif ise psikolojik değerlendirme ve bilişsel terapi endike olabilir. Hastaya psikolojik destek sağlanır. Ayrıca vertigo ve tinnitusu tetikleyen stresten uzak tutulmaya çalışılır(Çelik ve Köstekli, 2021. Bulantı kusma için ilaçlarla destek tedavi sağlanır(Çelik ve Köstekli, 2021. Sigara, çay kahve gibi uyarıcılardan uzak tutmak hedeflenir (Hogan, 2017). Tıbbi tedavide yaşam kalitesini yükseltme amacı vardır. Konservatif tedavilerin çözüm olmadığı vertigo ataklarda hastanın rahatlatmak için ameliyat düşünülebilir(Hogan, 2017. Tıbbi tedavi ile hastanın semptomları kontrol altına alınamadığı durumlarda işitmenin korunduğu (non-destrüktif) ve işitmenin feda edildiği (destrüktif) yöntemler kullanılır. Destrüktif yöntem olarak labirentektomi non-destrüktif yöntem olarak ise vestibüler nörektomi uygulanmaktadır. Ancak, işitme kaybı, kulak çınlaması ve kulak dolgunluğu devam edebilir, çünkü Meniere hastalığının cerrahi tedavisi baş dönmesi ataklarını ortadan kaldırmayı amaçlar (Cash, 2022; Moskowitz, 2017).

7. KULAK AMELİYATI OLAN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Çoğu kulak ameliyatı ayakta tedavi prosedürleri olarak gerçekleştirilir. Hemşirelik bakımı, ameliyat öncesi ve iyileşme dönemlerine ve evde bakım talimatlarına odaklanır.

7.1. Ameliyat Öncesi Bakım

Hastaların ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımı, kulak damlaları veya diğer özel ilaçların uygulanması dışında oldukça rutindir. Kulak ameliyatı için fiziksel hazırlık, saç derisinden bir miktar saçın kesilmesini içerebilir veya içermeyebilir (Dewit ve ark, 2017). Erkek hastalar ameliyat sabahı temiz tıraşlı olmalıdır. Dış kulak ve çevresindeki deri, tercihen cerrahi sabunla iyice temizlenmelidir. Uzun saçlı kadın hastalar, kulaktan gelen akıntıyla kirlenmemesi veya ameliyat bölgesinde enfeksiyon kaynağı olmaması için saçlarını ördürmeli veya güvenli bir şekilde arkaya tutturmalıdır (Dewit ve ark, 2017).

7.2. Ameliyat Sonrası Bakım

Hasta genellikle kulak ameliyatından kulak pansumanı ile döner ve hasta yatakta düz bir şekilde yatırılır ve başı bir yandan diğer yana dönmemesi için desteklenir (Dewit ve ark, 2017). Hayati belirtileri not etmenin yanı sıra, hastanın yüz sinirinde yaralanma belirtilerine dikkat edilmesi gerekir. Bu tür belirtilerinin varlığında cerraha bildirilir. Ameliyattan sonrasında ödem olabilir ve doktor pansumanların gevşetilmesini isteyebilir. İyileşme döneminde baş dönmesi ve denge kaybından kaynaklanan yaralanmaları önlemek için yan korkulukları yükseltmek gibi güvenlik önlemleri alınmalıdır (Dewit ve ark, 2017). Denge, dengeyi sağlayan mekanizmanın bozulması sonucu geçici olarak etkilenir. Hastanın ayağa kalkıp hareket etmesine izin verildiğinde, düşmeleri önlemek için yardım sağlanmalıdır. Hasta yavaşça oturma pozisyonuna gelmeli ve

birkaç dakika oturmalıdır. (Dewit ve ark, 2017). Daha sonra hasta bir şeye tutunarak veya başka bir kişi tarafından desteklenerek ayağa kalkar. Baş dönmesi, hasta yürümeye çalışmadan önce geçmelidir. Kulak beyne çok yakın olduğundan, cerrahi bölgenin kontaminasyonunu önlemek için özel çaba gösterilmelidir (Dewit ve ark, 2017). Pansumanlar kuru kalmaları için güçlendirilebilir, ancak aşırı drenaj cerraha bildirilmelidir. İşitme genellikle ödem veya bandajlar nedeniyle ameliyattan hemen sonra hafifçe bozulur, ancak zamanla düzelmesi beklenir(Dewit ve ark, 2017).

7.3. Kulak Ameliyatı Sonrası Hastaların Dikkat Etmesi Gereken Durumlar

- Hapşırma, öksürme ve burun sümkürme, ameliyat bölgesinin basıncını artırır. Gerekirse, burnunuzu bir seferde bir tarafa hafifçe sümkürebilirsiniz. Ağzınız açıkken öksürün veya hapşırın. Ameliyattan sonra 1 hafta boyunca bunlara dikkat edin (Dewit ve ark, 2017).
- 2 ila 3 hafta boyunca pipetle bir şey içmeyin. Şişenin ağzı kapalıysa negatif basınç olduğu için doğrudan plastik şişenin ağzından içmekten kaçının(Dewit ve ark, 2017).
- Ameliyattan sonra 1 hafta boyunca fiziksel aktiviteyi sınırlayın. 3 hafta boyunca veya cerrah sizi taburcu edene kadar egzersiz ve spordan kaçının(Dewit ve ark, 2017).
- 3 hafta boyunca ağır kaldırmaktan kaçının. 3 hafta boyunca belinizden eğilmekten veya başınızı hızla hareket ettirmekten kaçının(Dewit ve ark, 2017).
- Ameliyattan sonra 4 ila 6 hafta boyunca kulak kanalına kuru tutun. İlk pansuman çıkarıldıktan sonra, kuru ve korumalı tutmak için kulağınıza gevşek bir şekilde pamuk yerleştirin; pamuğu günlük olarak değiştirin(Dewit ve ark, 2017).

- Soğuk algınlığı olan kişilerden uzak durun(Dewit ve ark, 2017; Korkmaz Demir, 2022).
- Cerrah izin verene kadar uçağa binmeyin (Dewit ve ark, 2017; Korkmaz Demir, 2022).
- Gürültülü bir ortama maruz kaldığınızda kulak koruyucuları takın(Dewit ve ark, 2017).
- Genellikle 3 ila 7 gün sonra işe dönüş için izin verilir; yorucu işlere 3 hafta boyunca devam edilmeyebilir(Dewit ve ark, 2017).

8. SONUÇ

Kulak Cerrahisi hastalıkları hemşirelerin önemle üzerinde durması gereken konulardandır. Hemşirelerin cerrahi hastalıkları, ameliyat öncesi ve sonrası süreçlerini bilmeleri hastaların erken dönemde komplikasyonsuz taburcu edilmelerinde önem arz etmektedir. Ayrıca hemşirelerin işitme problemlili olan hastaya yaklaşımları hastanın postoperatif dönemde ve taburculuk sonrası ihtiyaçlarına cevap vermede yardımcıdır ve bu yaklaşımlar postoperatif sürecin daha kolay atlatılmasında hasta ve yakınları kolaylık sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Altınbaş,Y.(2023).*Kulak Cerrahisi geçiren hastalarda bakım*. Giersbergen, M.(Ed.).*Cerrahi Hemşireliği*. İçinde(640-659).Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cash,H . *Assessment and Management of Patients With Hearing and Balance Disorders*.Hinkle, J. L., Cheever, K. H., & Overbaugh, K. (2022). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.) içinde(5027-5093). Lippincott Williams & Wilkins.
- Çelik, S. &Köstekli,S.(2021).*Göz Kulak Hastalıklarında hemşirelik bakımı*.Çelik,S(Ed)*Cerrahi hemşireliğinde güncel uygulamalar*.içinde (709-766).Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
- Dewit, S. C., Stromberg, H., & Dallred, C. (2017). *Medical-surgical nursing : concepts & practice* (3rd ed.). Elsevier.
- Hogan,A.,M. (2017). *Medical-surgical nursing Reviews and Rationales*. Pearson.
- Korkmaz Demir,F. (2022).*İşitme ve Denge sorunu olan hastanın yönetimi*. Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (Eds.). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. İçinde(1077-1098). Akademisyen Tıp Kitabevi
- Martich,D.(2014). *Caring for the Patient with Hearing and Balance Disorders*.Osborn, K. S.,Wra, C.E. & Watsons, A.,B. (Ed). *Medical-surgical nursing : preparation for practice* içinde(2302-2324). Pearson.
- McGary,A.(2014). *Nursing Assessment of the Patient with Sensory Disorders*. Osborn, K. S.,Wra, C.E. & Watsons, A.,B. (Ed). *Medical-surgical nursing : preparation for practice* içinde(2284-2301). Pearson.

Moskowitz, K. (2017). *Ear, nose, and throat disorders* .Gersch, C. J., Heimgartner, N. M., Rebar, C. R., & Willis, L. M. Medical-surgical nursing made incredibly easy!(4rd ed.) İçinde(672-807).Wolters Kluwer.

CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE HOLİSTİK BAKIM: TEORİDEN KLİNİĞE FLORENCE NİGHTİNGALE, ROGERS, PARSE, WATSON YAKLAŞIMLARI

Bilge Kaan KOÇ¹

GİZEM KUBAT BAKIR²

1. GİRİŞ

Hemşirelik disiplini, tarihsel süreç içerisinde farklı kuramsal yaklaşımlar ve düşünsel zeminler üzerinde şekillenmiş, bireyin çok boyutlu ihtiyaçlarına yanıt verebilecek bir bilim ve sanat alanı olarak evrilmiştir. Bu bağlamda, hemşirelik teorisyenlerinin geliştirdiği kuramlar, yalnızca klinik uygulamalara yön vermekle kalmamış; aynı zamanda bireyin fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal bütünlüğünü esas alan holistik bakım anlayışının temellerini de pekiştirmiştir.

Florence Nightingale, modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilir ve holistik bakımın tarihsel temelini oluşturmuştur. Onun “çevre teorisi”, bireyin sağlığının çevresel faktörlerle (temizlik, hava, su, beslenme, ışık, sessizlik vb.) yakından ilişkili olduğunu savunur. Nightingale, yalnızca hastalığı değil, hastayı bir bütün olarak ele almış; iyileşme sürecinde bedenin yanı sıra zihin ve ruh sağlığının da önemine dikkat çekmiştir.

¹ Hemşire, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, kaan4243@gmail.com , ORCID: 0009-0004-2698-3567.

² Doktor Öğretim Üyesi, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, gzmkbkt@gmail.com , ORCID: 0000-0003-4294-0669.

Rogers'ın "Ünite İnsanlar Kuramı", bireyi sürekli değişen bir enerji alanı içinde çevresiyle etkileşimde olan bir bütün olarak tanımlar. Ona göre birey statik değil, dinamik bir varlıktır ve hemşirelik bu enerji dengesini desteklemeye yönelik olmalıdır. Rogers'ın yaklaşımı, holistik hemşireliğe kozmik, evrensel ve bilimsel bir bakış kazandırmıştır.

Parse'ın "İnsanın Oluşumu Kuramı", bireyin kendi gerçekliğini yarattığı, anlam arayışı içinde olduğu ve sürekli geliştiği görüşüne dayanır. Hemşirelik bakımında bireyin deneyimlerine, değerlerine ve kişisel anlamlarına öncelik verilmelidir. Bu yaklaşımda hemşire, rehber ve ortak olarak bireyle birlikte var olur, karar alır ve süreci şekillendirir. Bu da holistik bakımın merkezinde yer alan kişiselleştirilmiş ve insan merkezli yaklaşımı destekler.

Watson, hemşireliği "bakım verme sanatı" olarak tanımlar ve bireyin ruhsal, duygusal ve manevi yönlerine vurgu yapar. Bakım sürecini "bakım anları (caring moments)" olarak tanımlayan Watson'a göre, hemşire ile hasta arasında kurulan insanî ilişki, iyileşmenin anahtarıdır. Şefkat, empati, güven ve sevgi gibi değerler, hemşirelik uygulamalarında vazgeçilmezdir. Bu yaklaşım, holistik hemşireliğin etik ve manevi boyutunu güçlendirir.

2. FLORENCE NIGHTİNGALE VE HOLİSTİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hemşirelik yalnızca hastalıkların tedavisiyle sınırlı olmayan, bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal ve ruhsal iyilik hâlini desteklemeyi amaçlayan çok boyutlu bir bakım sürecidir. Bu yaklaşım, günümüzde "holistik hemşirelik" olarak adlandırılmakta olup bireyi bir bütün olarak ele alır. Holistik hemşirelik beden, zihin ve ruh arasındaki etkileşimi önemseyerek, hastaların yalnızca fizyolojik gereksinimlerine

değil, aynı zamanda psikososyal ve spiritüel ihtiyaçlarına da duyarlı bir bakım sağlamayı hedefler (Dossey, 2016).

Florence Nightingale, modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilmekle birlikte, hemşireliğe bütüncül bir bakış açısı kazandıran ilk öncülerden biridir. Nightingale'in hemşirelik pratiğinde çevresel faktörlerin (temiz hava, su, beslenme, ışık, temizlik) iyileşme süreci üzerindeki etkisine yaptığı vurgu, onun bireyi sadece hasta organları üzerinden değerlendirmedeğini, çevresiyle bir bütün olarak ele aldığını göstermektedir (Nightingale, 1860/2020).

Modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale, yalnızca sağlık bakım sisteminde köklü değişimlere öncülük etmemiş, aynı zamanda bireyin bedensel, zihinsel ve ruhsal bütünlüğünü merkeze alan bakım anlayışıyla holistik hemşireliğin temellerini de atmıştır. 19. yüzyılda yaşamış olmasına rağmen, Nightingale'in hemşireliğe getirdiği vizyon, günümüzün bütüncül sağlık yaklaşımlarıyla dikkat çekici bir paralellik göstermektedir. Onun "hasta değil, hastalığı olan insan" anlayışı; fiziksel belirtilerin ötesinde, bireyin yaşam koşulları, çevresi, duygusal durumu ve manevi ihtiyaçlarını da dikkate alan bir bakım modeli sunar.

Holistik hemşirelik, bireyin yalnızca hastalığını değil; yaşam biçimini, inanç sistemini, çevresiyle ilişkilerini ve kişisel değerlerini de göz önünde bulunduran, çok boyutlu bir yaklaşımdır. Bu yönüyle Nightingale'in çevre teorisi, hastanın iyileşmesini desteklemek amacıyla çevresel faktörlerin düzenlenmesine yönelik vurgusuyla, holistik bakım anlayışının tarihsel kökenlerine ışık tutar (Dossey, 2010).

2.1. Holistik Hemşirelik: Kuramsal Çerçeve

2.1.1. Holistik Sağlık ve Bakım Tanımları

Holistik sağlık anlayışı bireyin yalnızca fiziksel hastalık ya da belirtileriyle değil, aynı zamanda zihinsel, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutlarıyla da ele alınmasını öngörür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlık hâlinin yokluğu değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 1948). Bu tanım holistik yaklaşımın temelini oluşturmaktadır.

Holistik hemşirelik bireyin tüm yaşam boyutlarını göz önünde bulundurarak, tedavi sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve ruhsal ihtiyaçların tamamını desteklemeye yönelik bir bakım sürecidir (American Holistic Nurses Association (AHNA, 2021). Holistik hemşirelik uygulamaları bireyin içsel iyileşme kapasitesini güçlendirmeyi, yaşam kalitesini artırmayı ve bireyin kendi bakımına aktif katılımını teşvik etmeyi amaçlar.

2.1.2. Hemşirelikte Holistik Yaklaşımın Temel Prensipleri

Holistik hemşirelik anlayışı aşağıdaki temel prensipler üzerine kuruludur:

- Bütüncül Bakış: Birey; beden, zihin, ruh, çevre ve ilişkiler sisteminin bir parçası olarak değerlendirilir.
- Hasta Merkezli Yaklaşım: Her bireyin deneyimi, değerleri ve inançları dikkate alınır. Bakım bireyselleştirilir.
- Doğal İyileşme Sürecinin Desteklenmesi: Hemşireler, iyileşmenin yalnızca tıbbi müdahale ile değil, bireyin kendi içsel kaynaklarıyla da gerçekleştirebileceğini kabul ederler.

- Çevresel Faktörlerin Önemi: Fiziksel çevre (temizlik, hava kalitesi, ışık gibi) iyileşmeyi etkileyen temel unsurlar arasında görülür.
- Şefkat ve Empati: İletişimde duygusal destek ve anlayış ön planda tutulur.
- Spiritüel Boyutun Tanınması: Bireyin inanç sistemine ve spiritüel ihtiyaçlarına duyarlılık gösterilir.

Holistik hemşirelikte bu ilkeler doğrultusunda, hemşire sadece hastalıkla savaşıyor bir klinisyen değil, aynı zamanda bireyin bütünsel iyilik hâline rehberlik eden bir sağlık profesyoneli (Dossey, 2016).

2.1.3. Modern Hemşirelikte Holistik Uygulamalar

Günümüzde holistik hemşirelik uygulamaları şu başlıklarda yoğunlaşmaktadır:

- Reiki, refleksoloji, aromaterapi gibi tamamlayıcı uygulamalarla destekleyici bakım
- Meditasyon, mindfulness gibi zihinsel iyileşmeyi destekleyici yöntemlerin kullanımı
- Hasta eğitimi ve öz bakım danışmanlığı
- Çevresel düzenlemeler: Oda havalandırması, ışık ve ses düzenlemeleri ile iyileşme ortamlarının optimize edilmesi
- Empatik iletişim ve duygusal destek

Florence Nightingale'in çevre düzenlemeleri ve bireyin ruhsal durumuna verdiği önem, bu modern uygulamaların tarihsel köklerinin Nightingale'e dayandığını göstermektedir.

2.1.4. Florence Nightingale'in Hemşirelik Felsefesi

Florence Nightingale'in hemşirelik anlayışı, bireyin çevresiyle olan etkileşimini merkeze alan bütüncül bir yaklaşımı yansıtmaktadır. Nightingale, iyileşmenin yalnızca tıbbi

müdahalelerle değil, uygun çevre koşulları ve bütünsel bakım ile desteklenebileceğini ileri sürerek hemşireliğe kuramsal bir temel kazandırmıştır.

2.1.5. İyileşme Ortamı Kavramı

Nightingale'in "Notes on Nursing" (1860) adlı eserinde vurguladığı temel prensiplerden biri, hastanın çevresel koşullarının iyileştirilmesinin, doğal iyileşme sürecini desteklediğidir. Ona göre, hemşireliğin temel görevi, hastayı doğanın iyileştirici etkilerine maruz bırakacak şekilde çevresel düzenlemeleri sağlamaktır.

Bu bağlamda önemli çevresel faktörler şunlardır:

- Temiz Hava: Oda havasının sürekli temizlenmesi ve oksijenin artırılması gerektiği.
- Temiz Su: Hastaların içme suyu kalitesinin iyileştirilmesi.
- Beslenme: Hastanın ihtiyaç duyduğu enerjiyi ve besin öğelerini almasının sağlanması.
- Temizlik: Hasta yatağı, kıyafetleri ve bulunduğu ortamın temiz tutulması.
- Işık: Doğal gün ışığının hastanın bulunduğu ortama girmesi ve moral üzerinde olumlu etki yaratması.

Modern hemşireler, yalnızca tıbbi müdahaleleri yerine getiren sağlık profesyonelleri değil; aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik destekleyici, önleyici ve rehabilite edici yaklaşımları benimseyen rehberler olarak da görev yapmaktadır. Bu doğrultuda, farkındalık temelli yaklaşımlar, aromaterapi, meditasyon, nefes egzersizleri, sanat terapisi ve manevi destek gibi tamamlayıcı yöntemler hemşirelik uygulamalarında giderek daha fazla yer bulmaktadır.

Holistik hemşirelik yaklaşımı sadece bireyin değil, aynı zamanda ailesinin, çevresinin ve kültürel değerlerinin de sağlık

bakım sürecine dahil edilmesini teşvik eder. Bu yönüyle, birey merkezli, empatik, etik değerlere dayalı ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulmasına katkı sağlar (Sandor, 2010).

2.1.6. Temizlik, Hava, Su ve Beslenme Vurguları

Nightingale, enfeksiyonların önlenmesinde temizlik ve hijyenin kritik önem taşıdığını savunmuştur. Kırım Savaşı sırasında hastanelerde ölüm oranlarını düşürmesinin ardındaki en önemli faktörlerden biri, ortam hijyeninin artırılması ve basit hijyen kurallarının uygulanmasıydı (McDonald,2010).

Ayrıca, yetersiz beslenmenin iyileşme sürecini geciktirdiğini ve uygun diyetle hastaların güçlenmesinin sağlanması gerektiğini belirtmiştir.

Temiz hava ve temiz su, yalnızca fiziksel iyileşmeyi değil, aynı zamanda ruh hâlini de olumlu yönde etkileyen temel unsurlar olarak Nightingale'in bakım anlayışında ön plana çıkmıştır.

2.1.7. Hasta Merkezli Bakım Anlayışı

Florence Nightingale, her hastayı benzersiz bir birey olarak değerlendirmiştir. Hastaların bireysel ihtiyaçlarının, duygusal durumlarının ve kişisel değerlerinin dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır(Dossey,2010). Hasta merkezli bakım anlayışı, Nightingale'in hemşirelik pratiğinde önemli bir yer tutmuş ve bugün modern hemşireliğin temel taşlarından biri hâline gelmiştir. Özellikle "hastanın sesi"nin duyulmasına verdiği önem, hastanın pasif bir alıcı değil, bakım sürecinde aktif bir aktör olduğu anlayışının temelini oluşturmuştur.

2.1.8. Bilimsel Yaklaşım ve İstatistik Kullanımı

Nightingale sadece sezgisel değil aynı zamanda bilimsel temelli bir hemşirelik anlayışını savunmuştur. Kırım Savaşı sonrası sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için sunduğu raporlarda istatistiksel verilerden yararlanmış, ölüm oranlarını grafiklerle göstermiştir (Cohen, 1984). Bu yönüyle, hemşirelik

mesleğinde bilimsel veri kullanımı ve kanıta dayalı uygulamaların temelini atmıştır.

2.1.9. Florence Nightingale ve Holistik Yaklaşım

Florence Nightingale'in hemşirelik yaklaşımı, bireyi yalnızca fiziksel belirtileri olan bir hasta olarak değil, çevresiyle, duygusal durumu ve ruhsal ihtiyaçlarıyla bir bütün olarak ele alan bütüncül (holistik) bir bakış açısını içermektedir. Nightingale'in teorileri, modern holistik hemşirelik anlayışının tarihsel temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir.

2.1.10. Hastayı Bütüncül Bir Varlık Olarak Ele Alması

Nightingale, sağlığı yalnızca bedensel bir durum olarak değil; zihinsel, duygusal ve çevresel etmenlerin etkileşiminden doğan bir süreç olarak tanımlamıştır. "Notes on Nursing" adlı eserinde hastaların moral ve psikolojik durumlarının iyileşme sürecinde önemli bir rol oynadığını vurgulamıştır (Nightingale, 1860/2020). Örneğin, moral desteğin hastanın fiziksel iyileşmesini hızlandırabileceğini belirtmiş ve hemşirelerin hastaların umut duygusunu desteklemeleri gerektiğini savunmuştur. Ona göre, iyileşme süreci sadece ilaçlarla değil, sevgi, ilgi ve anlayışla da beslenmeliydi.

2.1.11. Şefkatli Dokunuş ve Empatik Bakımın Önemi

Florence Nightingale, hemşirelikte şefkatli dokunuşun ve empatik iletişimin gücünü sıklıkla vurgulamıştır. Ona göre, hemşirelik sadece teknik müdahalelerden ibaret değildir; aynı zamanda bir terapi sanatıdır.

Hastaların yalnızca fiziksel ağrıları değil, duygusal acıları da göz önünde bulundurulmalıdır. Empati ile dinlenen, duygusal ihtiyaçları karşılanan hastaların iyileşme süreçleri daha hızlı ve etkili olmaktadır (Dossey, 2010).

Nightingale'in hemşirelere önerdiği davranışlardan bazıları şunlardır:

- Hastaya sadece tıbbi bir vaka olarak değil, bir birey olarak yaklaşmak,
- Hastanın duygularını ve korkularını ciddiyle dinlemek,
- Hastaya güven ve huzur veren bir tutum sergilemek.

Bu anlayış, günümüz holistik hemşirelik uygulamalarında "terapötik iletişim" olarak tanımlanmaktadır.

2.1.12. Doğa ve Çevre ile İyileşme İlişkisi

Nightingale'in çevre teorisi, holistik bakış açısının en güçlü örneklerinden biridir.

Ona göre doğa, bireyin iyileşme sürecinde aktif bir rol oynar. Temiz hava, doğal ışık, sessiz bir ortam ve hijyenik koşullar, bireyin fiziksel ve ruhsal iyiliğini doğrudan etkiler.

Florence Nightingale'in çevre düzenlemeleri konusunda önerdiği temel ilkeler:

- Oda düzenli olarak havalandırılmalı,
- Gürültü minimize edilmeli,
- Yeterli doğal ışık sağlanmalı,
- Temizlik sürekli korunmalı,
- Hastaların çevresi ferah ve huzur verici olmalı.

Nightingale, hastaların çevrelerinden doğrudan etkilendiğini belirterek, çevresel faktörlerin iyileştirici gücünü hem teorik hem de uygulamalı olarak göstermiştir (McDonald, 2010).

Florence Nightingale, modern hemşireliğin kurucusu olmasının yanı sıra, bireyi fiziksel, zihinsel, duygusal ve çevresel boyutlarıyla bir bütün olarak ele alan holistik hemşirelik yaklaşımının da öncülerinden biri olmuştur. Nightingale'in

geliştirdiği hemşirelik anlayışı; hastanın yalnızca bedensel ihtiyaçlarına değil, moral durumu, çevre koşulları ve ruhsal iyilik hâline de önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Florence Nightingale'in holistik hemşirelik yaklaşımı, yalnızca fiziksel hastalığın tedavisine odaklanmayan; bireyin yaşam kalitesini, psikolojik dayanıklılığını ve ruhsal dengesini de önemseyen bir bakım modelini desteklemektedir. Bu anlayış, çağdaş sağlık hizmetlerinde insan merkezli, duyarlı ve etik bir yaklaşımın sürdürülmesinde temel bir referans noktası olmayı sürdürmektedir.

3. MARTHA ROGERS VE HOLİSTİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hemşirelik, tarih boyunca bireyin sağlık ve iyilik hâlini desteklemek için sürekli olarak evrilmiş bir meslek alanı olmuştur. 20. yüzyılın ortalarından itibaren hemşirelik teorileri, bireyi yalnızca fiziksel bir organizma olarak değil, enerji alanları, çevre ve bilinçle etkileşim hâlinde olan bütüncül bir varlık olarak ele almaya başlamıştır. Bu paradigmanın öncülerinden biri olan Martha E. Rogers, geliştirdiği Üniter İnsanlar Kuramı ile hemşirelik biliminde devrim niteliğinde bir bakış açısı sunmuştur (Rogers, 1970).

Holistik hemşirelik, bireyin bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutlarını dikkate alarak sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Martha Rogers'ın kuramı, bu holistik perspektifi hem kuramsal hem de uygulamalı düzeyde güçlü bir biçimde desteklemiştir. Rogers, insanı çevresiyle sürekli etkileşim içinde olan dinamik bir enerji alanı olarak tanımlayarak, hemşirelik pratiğinde lineer ve mekanik bakış açılarını reddetmiş; bunun yerine insanı bütünsel bir varlık olarak kavrayan yeni bir paradigma geliştirmiştir (Fawcett, 2005).

3.1. Holistik Hemşirelik: Temel Kavramlar

Holistik hemşirelik, bireyin yalnızca fiziksel hastalık belirtilerine değil; aynı zamanda psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel ihtiyaçlarına da duyarlı bir bakım yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, bireyi çevresi, yaşam deneyimleri ve enerji düzeyleriyle bütünleşik bir varlık olarak görür (Dossey, 2016).

Holistik hemşirelik, "bütüncül sağlık" kavramı üzerine inşa edilmiş olup, bireyin beden-zihin-ruh dengesi içinde sağlığını korumasını ve iyileşmesini destekler.

3.1.1. Holistik Sağlık Anlayışı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlık hâlinin yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlaması (WHO, 1948), holistik sağlık yaklaşımının evrensel bir temelini oluşturmuştur.

Holistik sağlık, bireyin kendisini fiziksel, psikolojik ve spiritüel açıdan dengede ve uyum içinde hissetmesiyle mümkündür. Sağlık, bu anlayışta dinamik bir süreçtir ve bireyin çevresiyle olan etkileşimlerinden sürekli etkilenir.

3.1.2. Holistik Hemşirelik Uygulamalarının Temel İlkeleri

Holistik hemşirelik uygulamaları şu ilkeler üzerine inşa edilmiştir:

- Bireysellik: Her birey benzersizdir ve bireysel özelliklerine uygun bakım planlanmalıdır.
- İnsan-Çevre Etkileşimi: İnsan, çevresiyle dinamik bir bütün oluşturur; çevresel faktörler sağlığı doğrudan etkiler.
- İyileşmenin Doğal Süreci: Hemşireler, bireyin kendi iyileşme potansiyelini desteklemelidir.

- Enerji Alanı Yaklaşımı: İnsan bedeninin enerji akışı ve çevresel enerji alanları iyileşme sürecinin bir parçasıdır.
- Şefkat ve Empati: İnsan ilişkilerinde saygı, sevgi ve empatik anlayış temel alınır.

Bu ilkeler, Martha Rogers'ın geliştirdiği Üniter İnsanlar Kuramı ile uyumlu olup, bireyi çevresiyle birlikte akan, değişen ve gelişen bir bütün olarak değerlendiren hemşirelik anlayışının temel taşlarını oluşturur.

3.1.3. Martha Rogers ve Holistik Hemşirelik İlişkisi

Martha Rogers, holistik hemşirelik kavramını sadece kavramsal bir çerçevede bırakmamış, onu teorik olarak derinleştirerek bilimsel bir modele dönüştürmüştür. Rogers'ın Üniter İnsanlar Kuramı, insanı sürekli bir enerji akışı içinde olan bir bütün olarak tanımlar ve hemşirelik uygulamalarında bireyin bu bütünlüğünün desteklenmesini hedefler (Rogers, 1970). Dolayısıyla Rogers'ın teorisi, holistik hemşirelik yaklaşımını kavramsal bir ideal olmaktan çıkarıp, uygulamaya dayalı bir bilimsel yöntem hâline getirmiştir.

3.1.4. Rogers'ın Holistik Hemşirelik Bakımına Yaklaşımı

Martha Rogers'ın Üniter İnsanlar Kuramı, hemşirelik pratiğine yalnızca teorik bir çerçeve sunmakla kalmamış, aynı zamanda holistik hemşirelik bakımında uygulamaya yönelik derin bir değişim yaratmıştır. Rogers, bireyi çevresiyle sürekli enerji alışverişinde bulunan bir bütün olarak tanımlayarak, hemşirelik müdahalelerinin yalnızca semptomları hedeflemesini değil, bireyin tüm yaşam enerjisini ve potansiyelini desteklemesini savunmuştur (Rogers, 1970). Bu anlayış, günümüzde holistik hemşirelik bakımında temel referans noktalarından biridir.

3.1.5. Bireyi Enerji Alanı Olarak Görmek

Rogers'ın yaklaşımına göre birey, sabit ve mekanik bir yapı değil; dinamik, sınırsız ve kendine özgü bir enerji alanıdır.

Bu bakış açısında hemşirelerin temel görevi, bireyin enerji alanındaki dengesizlikleri fark etmek ve iyileştirici çevresel düzenlemelerle bu alanı desteklemektir.

Örneğin:

- Hasta odasında doğal ışık ve sessiz ortam sağlamak,
- Hastaya pozitif ve umut verici iletişim kurmak,
- Beden-zihin bütünlüğünü destekleyen yöntemler (meditasyon, dokunsal terapi vb.) uygulamak.

Bu uygulamalar, hastanın hem fiziksel hem de enerjetik düzeyde iyileşme kapasitesini desteklemektedir.

3.1.6. Sağlık ve Hastalığın Bütüncül Yorumu

Rogers, sağlık ve hastalığı birbiriyle zıt kavramlar olarak görmez. Sağlık, bireyin enerji alanı içindeki desenin (pattern) uyumlu, dengeli ve anlamlı bir şekilde organize olma hâlidir. Hastalık ise, bu desenin bozulması veya dengesizleşmesi durumudur (Barrett, 2002). Bu nedenle holistik hemşirelik bakımı, hastalığı yok etmeye değil, bireyin kendi enerji desenini yeniden dengelemeye odaklanır.

3.1.7. Bireysel Desenin Tanınması ve Desteklenmesi

Her bireyin enerjik deseni benzersizdir. Bu nedenle hemşireler hastayı evrensel standartlara göre değil, kendi yaşam öyküsüne, deneyimlerine ve enerji akışına göre değerlendirmelidir.

Bu anlayış doğrultusunda:

- Hasta ile empatik bir iletişim kurmak,

- Hastanın yaşam öyküsünü, değerlerini ve hedeflerini öğrenmek,
- Bireyin anlam arayışına ve kişisel büyümesine destek olmak holistik bakım sürecinin temel unsurlarıdır.

3.1.8. Hemşirelik Müdahalelerinde Holistik Yöntemler

Rogers'ın kuramı, hemşirelerin şu uygulamaları desteklemesini önerir:

- Görsel İmgeleme (Imagery): Hastaların iyileşme süreçlerini zihinsel imgelerle desteklemek.
- Rezonans Yöntemleri: Ses, müzik ve titreşimle bireyin enerji alanında denge oluşturmak.
- Meditasyon ve Farkındalık Uygulamaları: Bireyin enerji akışını serbest bırakacak içsel huzuru sağlamak.
- Şifalı Dokunuş ve Enerji Temelli Terapi Yöntemleri:

Enerji alanındaki tıkanıklıkları azaltmaya yönelik dokunsal müdahaleler.

Bu yöntemler, hem bireyin fiziksel sağlığını hem de ruhsal iyilik hâlini destekleyerek bütüncül bir iyileşme sağlar.

3.1.9. Hemşirelik-Sanat İlişkisi

Rogers'a göre hemşirelik yalnızca bir bilim değil, aynı zamanda bir sanattır. İyileşme süreci, hemşire ile birey arasında kurulan enerjetik etkileşim sayesinde sanatsal bir süreç hâlini alır (Parse, 1992). Hemşire, bireyin yaşam desenine duyarlı bir sanatçı gibi yaklaşmalı, müdahaleleriyle bireyin içsel iyileşme kapasitesini harekete geçirmelidir.

Martha Rogers, geliştirdiği Üniter İnsanlar Kuramı ile hemşirelik biliminin paradigmasını derinden değiştirmiştir. Rogers, bireyi çevresiyle dinamik ve sürekli değişen bir enerji alanı olarak tanımlayarak, hemşirelik uygulamalarında mekanik

ve hastalık odaklı yaklaşımların ötesine geçilmesi gerektiğini savunmuştur.

4. JEAN WATSON VE VE HOLİSTİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Watson, geliştirdiği İnsan Bakımı Teorisi (Theory of Human Caring) ile hemşireliğe yalnızca bilimsel bir disiplin kimliği kazandırmakla kalmamış; aynı zamanda şefkat, sevgi, anlam ve spiritüel bütünlük gibi insani değerlerin hemşirelik pratiğinin merkezinde yer alması gerektiğini savunmuştur (Watson, 1979). Holistik hemşirelik, bireyin tüm yaşam boyutlarını (beden, zihin, ruh ve çevre) dikkate alarak sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Jean Watson'ın kuramı, bu holistik perspektifi güçlendirmiş; hemşirelik bakımını teknik işlemler zincirinden çıkararak, insanın derin varoluşsal ihtiyaçlarına duyarlı bir şifa sanatı olarak yeniden tanımlamıştır (Watson, 2008). Jean Watson'ın çalışmaları, hemşirelik pratiğinde teknik beceri ve bilimsel bilgi kadar, şefkat, anlam, umut ve insan ruhunun derin iyileşme kapasitesine olan inancı da ön plana çıkararak, holistik hemşireliğin gelişimine eşsiz bir katkı sunmuştur.

4.1. Holistik Hemşirelik ve Bakım Kavramları

4.1.1. Holistik Hemşirelik Kavramı

Holistik hemşirelik, bireyin yalnızca biyolojik yönünü değil; zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutlarını da dikkate alarak sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan bir yaklaşımı ifade eder. Bu anlayışta, birey bir bütün olarak ele alınır ve iyileşme süreci yalnızca fiziksel belirtilerin ortadan kaldırılmasıyla değil, bireyin tüm varoluşsal boyutlarında denge ve uyum sağlanmasıyla mümkün olur (Dossey, 2016). Holistik hemşirelik, insanın bedensel iyilik hâlinin ruhsal ve duygusal

durumla ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğunu kabul eder. Bu bakış açısı, bireyin çevresiyle olan ilişkilerini, inanç sistemlerini, değerlerini ve yaşam amacını da sağlık deneyiminin ayrılmaz parçaları olarak görür.

4.1.2. Bakım (Caring) Kavramı

Hemşirelik pratiğinin merkezinde yer alan "bakım" (caring) kavramı, yalnızca hastanın fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması anlamına gelmez. Bakım, hemşirenin hastayla kurduğu şefkatli ilişkiyi, duygusal desteği ve bireyin varoluşsal ihtiyaçlarına duyarlı bir yaklaşımı kapsar (Watson, 2008).

Jean Watson'a göre bakım, hemşirelik mesleğinin özüdür ve sağlık hizmetlerinde insan varlığının değerini, anlamını ve bütünlüğünü korumak için temel bir ilkedir. Bakım, hemşirenin yalnızca bir işlem uygulayıcısı değil, aynı zamanda şifa sürecinin anlamlı bir parçası olan bir "şifa sanatçısı" olması gerektiğini vurgular.

Bakım kavramı şu temel ilkeler üzerine kuruludur:

- Bireye saygı göstermek,
- Empati ve anlayışla yaklaşmak,
- İnsan varoluşunun fiziksel, zihinsel ve ruhsal bütünlüğünü desteklemek,
- Şefkatli bir varoluş ile hastanın iyileşme sürecine katkıda bulunmak.

4.1.3. Holistik Bakımın Hemşirelikte Önemi

Modern sağlık sistemlerinde teknoloji ve tıbbi müdahaleler ön plana çıkarken, insanı bütüncül bir varlık olarak ele alan bakım anlayışı kimi zaman geri planda kalabilmektedir. Holistik bakım, bu eksikliği gidererek bireyin tüm varoluşsal boyutlarına duyarlı, insan merkezli bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlar (Turkel, 2007). Jean Watson'ın geliştirdiği İnsan Bakımı Teorisi, holistik hemşirelik yaklaşımının bilimsel ve felsefi

temelini güçlendirmiştir. Watson'ın yaklaşımı, hemşirelik mesleğinin yalnızca fiziksel müdahalelerden ibaret olmadığını; insan ruhunun, duygularının ve anlam arayışının da bakım sürecinin merkezinde yer alması gerektiğini göstermiştir.

4.1.4. Watson'ın Holistik Hemşirelik Bakımına Yaklaşımı

Jean Watson'ın İnsan Bakımı Teorisi, hemşirelik uygulamalarında bireyi bütüncül olarak ele alan güçlü bir çerçeve sunar. Watson'ın holistik hemşirelik bakımına yaklaşımı, bireyin bedensel, ruhsal, duygusal ve sosyal boyutlarını dikkate alarak sağlığı yalnızca fiziksel iyileşme ile sınırlamayan bir anlayışı ifade eder (Watson, 2008). Watson'a göre hemşirelik, teknik müdahalelerin ötesinde, bireyin yaşam deneyimlerine, değerlerine ve varoluşsal ihtiyaçlarına duyarlı bir şifa sürecidir.

4.1.5. İnsan Merkezli ve Ruh Merkezli Bakım

Watson'ın yaklaşımında insan merkezli bakım, bireyin yalnızca hastalık belirtileri üzerinden değil, tüm yaşam öyküsü, ilişkileri, inanç sistemleri ve duygusal ihtiyaçları bağlamında değerlendirilmesini içerir. Bu anlayış, hastanın sadece bir "tedavi nesnesi" değil, aktif bir şifa süreci katılımcısı olarak görülmesini sağlar. Ruh merkezli bakım ise, bireyin spiritüel boyutuna, yaşam amacı arayışına ve varoluşsal deneyimlerine duyarlı olmayı içerir. Bu bakış açısında hemşire, bireyin fiziksel şikayetlerinin ötesindeki ruhsal acıyı ve umut ihtiyacını da tanımaya çalışır (Watson, 2005).

4.1.6. Transpersonal Bakım İlişkileri

Watson'ın holistik bakım yaklaşımının merkezinde transpersonal bakım ilişkisi yer alır.

Bu ilişki:

- Hemşire ve hastanın birbirini tam anlamıyla kabul ettiği,
- Karşılıklı saygı, empati ve şefkatin ön planda olduğu,
- İyileştirici enerjinin her iki taraf arasında serbestçe aktığı, bir etkileşim biçimidir (Watson, 2012).

Bu tür bir ilişki, sadece hastanın iyileşmesine değil, hemşirenin de kişisel gelişimine katkı sağlar.

4.1.7. Caritas Süreçlerinin Holistik Uygulamalardaki Yeri

Watson'ın tanımladığı Caritas Süreçleri, holistik hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Bu süreçler, bakımın teknik yönlerini aşarak, hemşirenin hastaya sevgi, saygı ve derin bir varoluşsal anlayışla yaklaşmasını sağlar.

Holistik uygulamalarda Caritas Süreçleri şu şekillerde somutlaşır:

Şifa Ortamı Yaratma: Hastane ortamlarının sadece fiziksel değil, duygusal ve ruhsal açıdan da destekleyici hâle getirilmesi.

Duygusal İfade ve Destek: Hastanın korkularını, endişelerini ve umutlarını açıkça ifade edebilmesine alan tanımak.

Spiritüel Bakım: Bireyin inanç sistemine, yaşam anlamına ve ölüm kavrayışına saygılı bir destek sunmak.

Şefkatli Dokunuş: Beden teması ile güven, huzur ve destek sağlamak.

Jean Watson, geliştirdiği İnsan Bakımı Teorisi ile hemşirelik biliminde derin bir dönüşüm yaratmış ve holistik hemşirelik uygulamalarına güçlü bir kuramsal temel sağlamıştır. Watson'ın teorisi, hemşirelik mesleğinin yalnızca teknik bir

müdahale sanatı olmadığını; aynı zamanda bireyin ruhsal, duygusal ve varoluşsal boyutlarına duyarlı, şefkat temelli bir bakım sanatı olduğunu vurgulamıştır. Watson'ın bireyi bütüncül bir varlık olarak ele alan yaklaşımı, hemşirelik uygulamalarında sevgi, empati, umut, anlam ve spiritüel bütünlük gibi insani değerlerin öne çıkmasını sağlamıştır. Özellikle artan ruhsal ihtiyaçlar, kronik hastalıklar ve bireyselleşen sağlık hizmetleri ortamında Jean Watson'ın bütüncül yaklaşımı, hemşirelik pratiğinin geleceğini şekillendiren temel modellerden biri olmayı sürdürmektedir.

5. ROSEMARİE RIZZO PARSE VE HOLİSTİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hemşirelik bilimi, bireyin sağlığını yalnızca biyomedikal bir bakış açısıyla değil; ruhsal, zihinsel ve sosyal boyutlarıyla bir bütün olarak ele alan disiplinler arası bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu yaklaşımın en özgün ve derin örneklerinden birini, Rosemarie Rizzo Parse tarafından geliştirilen İnsan Olma Teorisi (Human Becoming Theory) sunmaktadır. Parse, bireyin yaşam deneyimlerini, anlam yaratımını ve özgür seçimlerini hemşirelik bakımının merkezine yerleştirerek, sağlık ve iyilik hâlini çok boyutlu bir varoluş süreci olarak tanımlamıştır (Parse, 1992). Holistik hemşirelik, bireyin beden-zihin-ruh bütünlüğünü temel alan bir sağlık yaklaşımıdır. Bu anlayışa göre insan, yalnızca fizyolojik işlevleri üzerinden değil; yaşamındaki anlam arayışı, ilişkileri ve çevresiyle olan etkileşimi çerçevesinde değerlendirilmelidir (Dossey, 2016). Parse'ın İnsan Olma Teorisi, holistik hemşirelik felsefesi ile doğrudan örtüşmekte ve hemşirelik uygulamalarını mekanik müdahalelerden çıkarıp, bireyin yaşamındaki özgün anlamı ve seçimlerini destekleyen bir şifa sürecine dönüştürmektedir.

5.1. Holistik Hemşirelik ve İnsan Olma Kavramı

5.1.1. Holistik Hemşirelik Yaklaşımı

Holistik hemşirelik, bireyi beden, zihin ve ruh bütünlüğü içinde ele alan ve onun çevresiyle olan etkileşimini dikkate alan bir bakım anlayışıdır. Bu yaklaşım, sağlık kavramını yalnızca hastalık yokluğu olarak değil; bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutlarda denge ve uyum içinde olması olarak tanımlar (Dossey, 2016).

Holistik hemşirelikte hemşirelik bakımı şu ilkelere dayanır:

- Bireyin kendine özgü yaşam öyküsüne ve değerlerine duyarlılık,
- Empati, şefkat ve anlam yaratımı temelli ilişki kurma,
- İyileştirici çevre ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik destek sağlama.

Bu anlayış, insanın çok boyutlu doğasını tanımayı ve ona göre bireyselleştirilmiş bakım sunmayı zorunlu kılar.

5.1.2. İnsan Olma Kavramı

İnsan olma, sadece biyolojik bir varoluşu sürdürmekten ibaret değildir; bireyin sürekli olarak anlam aradığı, seçimler yaptığı ve çevresiyle dinamik bir ilişki içinde olduğu özgün bir varoluş sürecidir.

Bu kavram, insanı kendi yaşam deneyimleri, değerleri, inanç sistemleri ve özgür iradesi içinde bütüncül olarak ele alır (Parse, 1992).

İnsan olma kavramı, aşağıdaki temel özellikleri içerir:

- Anlam Arayışı: Birey yaşam deneyimlerine sürekli anlam yükler; yaşamı yalnızca olayların toplamı değil, kişisel bir anlatıdır.

- Seçim Özgürlüğü ve Sorumluluk: İnsan, kendi yaşam yolunu özgürce seçme ve seçimlerinin sonuçlarından sorumlu olma kapasitesine sahiptir.
- Sürekli Değişim: Birey, zaman ve mekânla birlikte sürekli evrilen, dinamik bir varlıktır.
- Birlikte Yaratım: İnsan, çevresi ve diğer bireylerle etkileşim hâlinde kendi gerçekliğini sürekli olarak yaratır.

Bu perspektiften bakıldığında, hemşirelik bakımı yalnızca hastalıkları tedavi etmeyi değil; bireyin anlamlı bir yaşam sürdürmesine rehberlik etmeyi de kapsar.

5.1.3. Parse'ın Yaklaşımıyla Holistik Bakım

Rosemarie Rizzo Parse'ın İnsan Olma Teorisi, holistik hemşirelik anlayışının kavramsal derinliğini artırmıştır. Parse'a göre hemşirelik, bireyin kendi yaşam desenini özgürce oluşturmaya, anlam arayışını sürdürmesine ve ritmik değişimlerle birlikte kendini gerçekleştirmesine destek olmalıdır (Parse, 1998).

Holistik bakım bu bakış açısında:

- Bireyin öznelliğine saygı duymayı,
- Onun özgün yaşam öyküsünü anlamaya çalışmayı,
- Değişim süreçlerine eşlik etmeyi,
- İyileştirici ilişkiler kurmayı içerir.

Bu nedenle Parse'ın yaklaşımı, hemşireliği mekanik müdahaleler zincirinden çıkararak, bireyin yaşamına derin bir saygı ve varoluşsal bir duyarlılık katan bir sanat hâline getirmiştir.

5.1.4. Parse'ın Holistik Hemşirelik Bakımına Yaklaşımı

Rosemarie Rizzo Parse'ın İnsan Olma Teorisi, holistik hemşirelik yaklaşımının temel felsefi ve uygulamalı dayanaklarından biridir. Parse'ın yaklaşımında hemşirelik, yalnızca hastalık belirtilerini tedavi etmeye odaklanmaz; bireyin yaşamındaki anlam yaratımı, seçim özgürlüğü ve bütüncül varoluş deneyimi temel alınır (Parse, 1992). Bu anlayış, bireyi ruh, beden, zihin ve çevresiyle birlikte sürekli bir oluş hâlinde değerlendiren holistik hemşirelik bakışıyla tam anlamıyla örtüşmektedir.

5.1.5. Bireyin Anlam Yolculuğuna Eşlik Etme

Parse'a göre her birey, yaşamında sürekli olarak anlam yaratır.

Hemşirelik bakımı, bireyin kendi yaşam deneyimlerine yüklediği anlamı keşfetmesine, ifade etmesine ve bu anlamları dönüştürmesine destek olmalıdır.

Holistik hemşirelik uygulamalarında:

- Bireyin yaşamındaki değerli deneyimlere odaklanılır,
- Hastalık deneyimi negatif bir olay değil, bireyin yaşam deseninin bir parçası olarak görülür,
- Hemşire, bireyin kendine özgü anlam yapısına saygılı bir şekilde eşlik eder (Parse, 1998).

5.1.6. Özgür Seçim ve Sorumluluk İlkesinin Önemi

Parse'ın teorisinde insan, özgürce seçim yapan bir varlıktır. Hemşirelik bakımında bireyin seçimlerine saygı göstermek, onun özgür iradesini desteklemek esastır.

Örneğin:

- Tedavi seçenekleri konusunda bireye bilgi verilir ve kendi kararlarını vermesi desteklenir,

- Bireyin yaşam sonu tercihleri (palyatif bakım, yaşam desteği gibi) derin bir saygıyla dikkate alınır.

Bu yaklaşım, holistik hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesine zemin hazırlar.

5.1.7. İyileşmenin Bütüncül Yorumlanması

Parse'a göre iyileşme yalnızca fiziksel iyileşme anlamına gelmez.

İyileşme, bireyin yaşamındaki deneyimlere yeni bir anlam kazandırabilmesi, özgürce seçimler yapabilmesi ve ritmik değişimin bir parçası olabilmesidir.

Bu nedenle holistik hemşirelik:

- Fiziksel iyileşmeye odaklanmakla sınırlı kalmaz,
- Bireyin ruhsal, duygusal ve varoluşsal iyiliğini de desteklemeyi amaçlar,
- İyileşmeyi kişisel büyüme ve yaşamla yeniden uyum sağlama süreci olarak görür (Parse, 1992).

5.1.8. Hemşire-Hasta İlişkisi: Birlikte Yaratım Süreci

Parse'ın holistik bakım yaklaşımında hemşire-hasta ilişkisi, karşılıklı bir birlikte yaratım sürecidir. Hemşire, bireyin deneyimlerini yönlendirmez veya "düzeltmeye" çalışmaz; aksine, bireyle birlikte varoluş sürecine katılır.

Bu yaklaşımda:

- Hemşire, bireye otantik bir varlık olarak yaklaşır,
- Bireyin yaşamına dışarıdan müdahale etmek yerine, onunla birlikte deneyimi paylaşır,
- Bireyin ritmini, duygularını ve değişimini sezgisel olarak destekler.

Bu tür bir ilişki, hemşirelik bakımını derinleştirir ve iyileşme sürecinin insanî, saygılı ve anlamlı olmasına katkı sağlar.

5.1.9. Holistik Uygulamalarda Parse’ın İlkeleri

Parse’ın yaklaşımı doğrultusunda holistik hemşirelik uygulamalarında:

- Beden, zihin ve ruh bütünlüğüne yönelik farkındalık artırılır,
- Meditasyon, sanat terapisi, hikâye anlatımı gibi anlam yaratımını destekleyen yöntemlere yer verilir,
- Hasta ile kurulan iletişimde empati, sessizlik ve içtenlik kullanılır,
- Bireyin yaşam ve ölüm anlayışına saygı gösterilir.

Bu uygulamalar hemşireliğin sadece hastalığı iyileştirmek değil, bireyin yaşamındaki varoluşsal süreci onurlandırmak olduğunu ortaya koyar.

Rosemarie Rizzo Parse, geliştirdiği İnsan Olma Teorisi ile hemşirelik disiplinine derin bir varoluşsal ve holistik bakış açısı kazandırmıştır. Bireyin yaşamını sürekli bir anlam yaratımı süreci olarak ele alan Parse, hemşirelik bakımının yalnızca hastalık odaklı teknik müdahalelerle sınırlı kalmaması gerektiğini; bireyin özgür seçimlerine, deneyimlerine ve varoluşsal bütünlüğüne saygı gösteren bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiğini savunmuştur (Parse, 1992).

6. SONUÇ

Hemşirelik mesleği, bireyin sadece bedensel değil; aynı zamanda zihinsel, duygusal, sosyal ve ruhsal boyutlarını da kapsayan bütüncül bir anlayışla ele alınması gerektiğini savunan teorik yaklaşımlar üzerine inşa edilmiştir. Bu yaklaşımlar içinde

holistik (bütüncül) hemşirelik, bireyin çevresiyle olan etkileşimi, içsel kaynakları, değerleri ve yaşam anlamı gibi çok yönlü unsurların bakım sürecine dâhil edilmesini temel alır. Holistik hemşirelik uygulamaları, özellikle önde gelen hemşirelik teorisyenlerinin katkılarıyla gelişmiş; bu bağlamda Florence Nightingale, Martha Rogers, Rosemarie Parse ve Jean Watson gibi isimler, hemşirelik kuramına farklı boyutlar kazandırarak modern bakım anlayışının temel taşlarını oluşturmuşlardır.

Florence Nightingale'in çevre teorisi, modern hemşireliğin başlangıç noktası olarak kabul edilir. Nightingale'e göre bireyin sağlığını koruyup iyileştirmek için temiz hava, yeterli beslenme, hijyen, sessizlik, ışık ve ısı gibi çevresel faktörlerin uygun şekilde düzenlenmesi gerekir. Bu yaklaşım yalnızca fiziksel bir iyileşmeyi değil, aynı zamanda bireyin ruhsal ve zihinsel bütünlüğünü de ön plana çıkarır. Ona göre hemşirelik, Tanrı'nın ve doğanın yasalarıyla uyumlu bir ortam oluşturarak bireyin kendini iyileştirme sürecine destek olmaktır (Riegel et al., 2021); (Gürler, 2014). Nightingale'in düşüncesi, hemşireliği yalnızca teknik bir meslek değil, aynı zamanda etik, manevi ve çevresel boyutları olan bir insan hizmeti olarak şekillendirmiştir (Light, 1997).

Martha Rogers ise bireyi ve çevresini, birbiriyle sürekli enerji alışverişi içinde olan iki bütünsel enerji alanı olarak tanımlar. "Ünite İnsanlar Bilimi" (Science of Unitary Human Beings) olarak adlandırılan kuramında, insanın bir sistem değil, sürekli değişen ve gelişen, bütünsel bir enerji varlığı olduğunu savunur. Ona göre sağlık, bireyin bu enerji alanındaki harmonisinin korunması ve desteklenmesiyle ilgilidir. Rogers'ın teorisi, hemşirelik bakımını bilimsel temellere dayandırmakla birlikte, bireyin evrenle olan bütünlüğünü ve özgünlüğünü tanıyan bir yaklaşımı savunur (Parker, 2005); (Mcquiston & Webb, 1995). Bu çerçevede holistik hemşirelik, bireyin yalnızca

fiziksel iyiliğini değil; zihinsel, duygusal, çevresel ve kozmik bağlamını da dikkate alır.

Rosemarie Rizzo Parse'ın "İnsanın Oluşumu Kuramı" (Human Becoming Theory), bireyi kendi yaşamını inşa eden, sürekli anlam arayışında olan ve özgür iradesiyle değişim yaratan bir varlık olarak tanımlar. Parse'a göre sağlık, bireyin kendi yaşamındaki anlamı ve amaçları ile uyumlu olarak yaşamasıyla ilgilidir. Bu bakış açısında hemşirelik, bireyin değerlerine saygı duyan ve onun yaşam deneyimlerini anlamaya çalışan bir ortaklıktır. Hemşire bireyle birlikte "olma" halini paylaşır ve bireyin yaşam sürecine eşlik eder. Bu yaklaşım, holistik hemşireliğin kişiselleştirilmiş ve özgürlük temelli doğasını açıkça yansıtır (Alligood, 1993); (Bunkers, 2008).

Jean Watson'un "İnsan Bakımı Kuramı" (Theory of Human Caring), bireyler arasında kurulan bakım ilişkisini hemşireliğin özüne yerleştirir. Ona göre, şefkat, saygı, empati ve sevgi gibi insani değerler, iyileşme sürecinin temel taşıdır. Watson, hemşireliği yalnızca fiziksel bakım veren bir meslek değil, aynı zamanda manevi, etik ve duygusal boyutları olan bir "varoluş biçimi" olarak tanımlar. "Bakım anları" (caring moments) hemşire ile hasta arasında kurulan özgün ilişkiler olup, bu ilişkiler aracılığıyla iyileştirici enerji aktarımı gerçekleşir (Parker, 2005); (Pepin, 2001). Bu yaklaşım, hemşirelik bakımını yalnızca iyileştirme değil, aynı zamanda insanı onurlandıran bir varoluş biçimi olarak sunar.

Sonuç olarak, bu dört öncü hemşirelik teorisyeni, hemşirelik mesleğine sadece bilimsel değil, aynı zamanda etik, insani ve manevi bir derinlik kazandırmışlardır. Nightingale'in çevresel ve ahlaki temelli yaklaşımı, Rogers'ın enerji odaklı bilimsel modeli, Parse'ın bireysel anlam ve özgürlük eksenli bakışı ve Watson'un şefkat temelli ilişkisel kuramı; holistik hemşirelik bakımının çok boyutlu doğasını açıkça ortaya

koymaktadır. Bu teorik yaklaşımlar, günümüzde hemşirelik uygulamalarının birey merkezli, insan haklarına dayalı ve bütüncül bir perspektifle yürütülmesine önemli katkılar sağlamaya devam etmektedir.

KAYNAKÇA

- Alligood, M. R. (1993). *Nursing theorists and their work*. Mosby.
- American Holistic Nurses Association. (2021). *What is holistic nursing?* Retrieved from <https://www.ahna.org>
- Barrett, E. A. M. (2002). What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51–60.
- Bostridge, M. (2008). *Florence Nightingale: The making of an icon*. Farrar, Straus and Giroux.
- Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2005). Human becoming: Parse's theory in practice and research. *Nursing Science Quarterly*, 18(4), 308–313.
- Bunkers, S. (2008). The timelessness of nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 21(3), 211–212.
- Cohen, I. B. (1984). Florence Nightingale. *Scientific American*, 250(3), 128–137.
- Dossey, B. M. (2010a). Holistic nursing: From Florence Nightingale's historical legacy to 21st-century global nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 16(5), 14–16.
- Dossey, B. M. (2010b). *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer*. F. A. Davis Company.
- Dossey, B. M. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). F. A. Davis Company.
- Gill, C. J., & Gill, G. C. (2005). Nightingale in Scutari: Her legacy reexamined. *Clinical Infectious Diseases*, 40(12), 1799–1805.

- Gürler, B. (2014). Holistic approach to infection control and healing: The Florence Nightingale story. *Microbiology Australia*, 35, 174–176.
- Light, K. (1997). Florence Nightingale and holistic philosophy. *Journal of Holistic Nursing*, 15(1), 25–40.
- McDonald, L. (2010). *Florence Nightingale: A reference guide to her life and works*. Rowman & Littlefield.
- Mcquiston, C., & Webb, A. (1995). *Foundations of nursing theory: Contributions of 12 key theorists*. Lippincott.
- Nightingale, F. (1860/2020). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Digireads Publishing.
- Pajnkihar, M., Štiglic, G., & Vrbnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing practice: A systematic review. *Slovenian Journal of Public Health*, 56(2), 87–95.
- Parker, M. (2005). *Nursing theories and nursing practice*. F. A. Davis Company.
- Parse, R. R. (1992). *Human becoming: Parse's theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. SAGE Publications.
- Pepin, J. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Theologia Viatorum*, 9(2), 33–46.
- Riegel, F., Crossetti, M. G., Martini, J. G., & Nes, A. A. (2021). Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200139.

- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. F. A. Davis Company.
- Sandor, M. K. (2010). Commentary on “Remembering Florence Nightingale’s panorama: 21st-century nursing—at a critical crossroads”. *Journal of Holistic Nursing*, 28(4), 302–304.
- Smith, M. C. (2020). *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Turkel, M. C. (2007). Dr. Jean Watson’s human caring theory: Ten carative factors. *International Journal for Human Caring*, 11(4), 57–61.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization.

GERİATRİK CERRAHİ HASTALARINDA POSTOPERATİF BAKIM MODELLERİNİN İNCELENMESİ

Tülin YILDIZ¹

Gizem DUYĞUN²

1. GİRİŞ

Dünya genelinde hızla artan yaşlı nüfus, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde demografik yapının köklü bir biçimde değişmesine neden olmakta; bu değişim, yaşam süresindeki belirgin uzama ile doğurganlık oranlarındaki sürekli azalışın bir sonucu olarak ortaya çıkmakta ve günümüzde 60 yaş ve üzeri bir milyardan fazla bireyin bu ülkelerde yaşadığı göz önüne alındığında, 2050 yılı itibarıyla yaşlı nüfusun %80'inden fazlasının toplum nüfusunda önemli bir payda yer alacağı öngörülmektedir. (Cesari et al., 2024). Türkiye'de özellikle 1950'li yıllardan itibaren demografik bir dönüşüm süreci yaşamış, bu süreçte ölüm ve doğum oranlarının hızla düşmesiyle genç nüfus yapısından yaşlanan bir nüfus yapısına doğru bir geçiş olmuştur (Koç & Saraç, 2018). 2024 yılı itibarıyla Türkiye'de yaşlı nüfus 9,1 milyona ulaşarak toplam nüfusun %10,6'sını oluşturuyor. Gelecekte ise yaşlı nüfus oranının hızla artacağı öngörülmekte ve bu doğrultuda 2030'da %13,5, 2040'ta %17,9, 2060'ta %27,0 ve 2100'de %33,6 olacağı tahmin edilmektedir. (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024). Bu demografik

¹ Profesör Doktor, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, tyildiz@nku.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4981-6671.

² Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, gduygun@nku.edu.tr, ORCID: 0000-0001-5879-4630.

değişim, sağlık hizmet sunumunda yeni yaklaşımları ve bakım modellerini uygulanmasını zorunlu hale getirmektedir.

Geleneksel postoperatif bakım yaklaşımları, geriatrik hastaların ihtiyaçlarını tam olarak karşılamada yetersiz kalabilmektedir. Geriatrik hastalar kendine özgü fizyolojik ve sosyal tanımlamalara sahip bakımlar ele alınmalıdır. Bu nedenle, multidisipliner ve bireyselleştirilmiş bakım modellerinin uygulanması, hasta sonuçlarını iyileştirmek için önem arz etmektedir. Son yıllarda, yapay zeka ve makine öğrenimi gibi teknolojik yenilikler de postoperatif bakım süreçlerine entegre edilerek, hasta bakımının kalitesini artırma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle geriatrik cerrahi hastalıklarda postoperatif süreçte oluşacak komplikasyonlar da göz önünde bulundurarak bakım süreci başlatılmalıdır bunun yanı sıra oluşabilecek risklere yönelik süreç yönetilmelidir.

2. GERİATRİK CERRAHİ HASTALARINDA POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ

Geriatrik hastalarda cerrahi sonrası dönemde karşılaşılan başlıca komplikasyonlar ve riskler şunlardır:

2.1.Deliryum: Postoperatif deliryum, geriatrik hastalarda sık görülen bir komplikasyon olup, hastanede kalış süresini uzatır ve mortalite riskini artırır. Bilişsel bozukluğu olan hastalarda deliryum riski daha yüksektir (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014). Ameliyat sonrası deliryumun yönetimi dört ana başlık altında ele alınmaktadır: risk sınıflandırması, risk azaltma, erken tanı ve tedavi. Uygun sınıflandırma ile yüksek riskli hastalar belirlenerek, koruyucu önlemler ve yakından izlem sayesinde deliryum erken dönemde önlenabilir ya da hızlıca tedavi edilebilir. Bu yapılandırılmış yaklaşım, gelişmiş iyileşme programları kapsamında, diğer postoperatif komplikasyonların

yönetiminde de uluslararası düzeyde başarıyla uygulanmaktadır (Jin, Hu, & Ma, 2020).

2.2. Enfeksiyonlar: Yaşlı bireylerde immün sistemin yanıtın zayıflaması nedeniyle yara yeri enfeksiyonları, pnömoni ve üriner sistem enfeksiyonları gibi komplikasyonlar daha sık görülür (High et al., 2005). Bağışıklık sisteminin zayıflaması ileri yaştaki bireylerin hastane kaynaklı enfeksiyonlara karşı daha savunmasız hale gelmesine neden olur. Bu durum, geriatrik bireylerin enfeksiyon istatistiklerinde ön planda yer almasına yol açmaktadır. Geriatrik bireylerde nozokomiyal enfeksiyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Abumettleq & Bayraktar, 2021).

2.3. Tromboembolik Olaylar: Derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi tromboembolik komplikasyonlar, mobilizasyonun gecikmesi ve koagülasyon sistemindeki değişiklikler nedeniyle geriatrik hastalarda daha yaygındır (High et al., 2005). Uygun tromboprofilaksi, hastaneye yatış ve büyük cerrahi gibi durumlarda venöz tromboembolizm riskini azaltır (Ellis et al., 2017).

2.4. Fonksiyonel Kapasite Kaybı: Cerrahi sonrası dönemde uzun süreli yatak istirahati ve mobilizasyon eksikliği, kas kütlesi kaybına ve fonksiyonel bağımsızlığın azalmasına yol açabilir (Geerts et al., 2008). Bu risklere bağlı hastanın yatak içi egzersiz programı postoperatif süreçte yer alması hastanın oluşabilecek hareket kısıtlılığını önüne geçmiş olur.

2.5. Malnütrisyon: Geriatrik cerrahi hastalarda malnütrisyon yaygındır ve enfeksiyöz komplikasyonlar, yara iyileşmesinin bozulması ve iyileşmenin kötüleşmesi gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Covinsky et al., 2003). Bu komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi için, geriatrik hastalara perioperatif süreçte beslenme desteği ve uygun diyet uygulamaları hastanın bakım sürecine dahil edilmelidir.

3. POSTOPERATİF BAKIM MODELLERİ

3.1. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme

Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme geriatrik hastaların fiziksel, psikolojik, fonksiyonel ve sosyal kapasitelerinin multidisipliner bir ekip tarafından sistematik olarak değerlendirilmesini içerir. Bu değerlendirme ile hastaların bireysel ihtiyaçlarına yönelik bakım planlarının oluşturulmasına yardımcı olur ve postoperatif dönemde komplikasyon riskini azaltabilir (Correia & Waitzberg, 2003). Kapsamlı geriatrik değerlendirme cerrahi öncesi dönemde uygulanarak, hastaların risk faktörleri belirlenir ve müdahale edilebilir sorunlar tespit edilir. Bu değerlendirme, postoperatif bakım planlarının kişiselleştirilmesine olanak tanır. Yapılan çalışmalar değerlendirmenin uygulanmasının, hastanede kalış süresini kısalttığını ve fonksiyonel sonuçları iyileştirdiğini göstermektedir (Tan, Ang, & Chan, 2021). Bununla beraber yeniden hastaneye yatış, tekrar ameliyat olma ve mortalite oranının azaldığı görülmüştür (Seyhan Ak, Karaman, & Kanan, 2021).

3.2. Multidisipliner Takım Yaklaşımı

Geriatrik cerrahi hastalarının bakımında, cerrahlar, anesteziyologlar, geriatristler, hemşireler, fizyoterapistler, beslenme uzmanları ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan multidisipliner bir ekibin koordineli çalışması esastır. Bu yaklaşım, hastaların tüm yönleriyle ele alınmasını sağlar ve bakım kalitesini artırır (Fried, Tinetti, Agostini, Iannone, & Towle, 2001). Uzman hemşireler tarafından verilen hasta bakımı, hasta güvenliği ve memnuniyetini artırarak sağlık maliyetini en aza indirger (Erden, 2024).

Multidisipliner ekipler, cerrahi öncesi değerlendirmeden başlayarak, postoperatif dönemde hasta izlemine ve taburculuk planlamasına kadar tüm süreçlerde aktif rol alır. Bu yaklaşımın,

postoperatif komplikasyonları azalttığı ve hasta memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir (Partridge, Harari, Martin, & Dhesi, 2014).

3.3. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Protokolleri

ERAS protokolleri, cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla geliştirilen, kanıta dayalı bir dizi uygulamayı içerir. Bu protokoller, preoperatif hazırlık, intraoperatif teknikler ve postoperatif bakım süreçlerini kapsar (Sendak et al., 2020). Geriatrik hastaların ERAS protokollerine uyum sağlama yeteneği en büyük endişelerden biri olmuştur. Yaşlı hastaların yaşadığı artan morbidite, güçsüzlük ve daha yoğun bakım gereksinimleri göz önüne alınması gereken durumdur (Alkan & Taşdemir, 2025). Geriatrik hastalarda ERAS protokollerinin uygulanması, hastanede kalış süresini kısaltabilir ve komplikasyon oranlarını azaltabilir. Ancak, yaşlı hastaların fizyolojik özellikleri göz önünde bulundurularak, protokollerin bireyselleştirilmesi önemlidir (Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017).

3.4. Prehabilitasyon Programları

Prehabilitasyon, cerrahi öncesi dönemde hastaların fiziksel ve psikolojik durumlarını iyileştirmeyi hedefleyen müdahaleleri içerir. Egzersiz, beslenme desteği ve psikososyal destek gibi bileşenlerden oluşur (Thiele et al., 2015). Fiziksel egzersiz programları, kas kuvvetini ve dayanıklılığı artırarak, postoperatif dönemde mobilizasyonu kolaylaştırır. Beslenme desteği, malnütrisyonun önlenmesine yardımcı olurken; psikososyal destek ise cerrahi stres ile baş etme kapasitesini artırır. Yapılan çalışmalar, rehabilitasyonun fonksiyonel kapasiteyi artırdığını ve komplikasyon oranlarını düşürdüğünü göstermektedir (Carli, Scheede-Bergdahl, & Baldini, 2019).

3.5. Teknolojik Yenilikler: Yapay Zeka ve Makine Öğrenimi Uygulamaları

Geriatrik hastaların postoperatif bakımında yapay zeka ve makine öğrenimi özellikle risk tahmini, hasta izleme ve karar destek sistemlerinde etkili kullanılmaya başlanmıştır. Algoritmalar sayesinde yüksek riskli hastalar önceden tanımlanabilmekte, bakım planları buna göre şekillendirilebilmektedir (Barberan-Garcia et al., 2018).

3.5.1. Uygulama Alanları ve Etkinliği

- **Risk skorlama sistemleri:** Makine öğrenme algoritmaları, yaş, komorbiditeler, laboratuvar bulguları gibi verilerden yola çıkarak postoperatif komplikasyon riskini hesaplayabilir (Chae et al., 2022). Oluşabilecek komplikasyonlara yönelik önlemler alınabilir.
- **Elektronik hasta kayıtları entegrasyonu:** Klinik karar destek sistemleri ile gerçek zamanlı uyarılar sunulabilir. Ziyaret edeceği sağlık kuruluşlarında veriler izlenerek süreç takip edilerek postoperatif süreçte yol gösterici olabilir.
- **Mobil uygulamalar ve giyilebilir cihazlar:** Fiziksel aktivite, vital bulgular ve iyileşme süreci uzaktan izlenebilir (Karunakaran, Sheehan, Raiff, & Kramer, 2020). Hem hasta yakınları hem de cerrahi süreçte yer alan sağlık çalışanlarını geriatrik hastanın evde bakım sürecini takip etmesini sağlar. Hastanın vital bulguları izlenerek akut bozulmaların erken tanımlanmasına sağlayarak hastane yatışlarını azaltabilir (Moore, O'Shea, Kenny, Barton, Tedesco, Sica, Crowe, et al., 2021).

Yapay zekanın bu alandaki rolü henüz gelişme aşamasında olsa da, erken sonuçlar umut vericidir ve kişiselleştirilmiş bakımın temel taşlarından biri haline gelmektedir (Rajkomar, Dean, & Kohane, 2019).

Geriatrik hastalar için geliştirilen özel postoperatif bakım modelleri, klasik yaklaşımlara göre daha iyi klinik sonuçlar sağlamaktadır. Bu modellerin başarısının temelinde bireyselleştirilmiş yaklaşım, multidisipliner ekip çalışması ve hasta merkezli planlama yer almaktadır. Özellikle ERAS ve kapsamlı geriatrik değerlendirme gibi kanıta dayalı modellerin yaşlı nüfusta uygun şekilde uyarlanarak uygulanması, mortalite ve morbidite oranlarını azaltabilir. Makine öğrenimi postoperatif dönemde ağrı değerlendirme için kullanılan uygulama, geriatrik cerrahi sonrası ağrıyı değerlendirmek için etkili bir yöntemdir. Hemşirelik bakımını kolaylaştırır ve geriatrik hemşireliğin ilerlemesini destekler (Alkan & Taşdemir, 2025).

Gelecekte, bu bakım modellerine dijital teknolojilerin entegrasyonu (Yapay zeka, makine öğrenme, uzaktan izleme sistemleri) hasta sonuçlarını daha da iyileştirme potansiyeline sahiptir. Ancak bu teknolojilerin etkinliği ile ilgili daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

4. SONUÇ

Yaşlanan dünya nüfusu, sağlık hizmetlerinin sunum biçiminde yalnızca niceliksel değil, niteliksel bir dönüşümü de zorunlu kılmaktadır. Özellikle cerrahi müdahale gerektiren geriatrik hastalarda, postoperatif sürecin yönetimi, klasik tedavi yaklaşımlarının ötesine geçmeyi gerektirmektedir. Gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de gözlemlenen yaşlı nüfus artışı, geriatrik bireylerin sağlık sistemlerinde merkezi bir konuma yerleşmesine neden olmuş, bu durum multidisipliner,

bireyselleştirilmiş ve teknoloji destekli bakım modellerinin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Postoperatif komplikasyonların yaşlı bireylerde daha sık ve ağır seyretmesi, bu gruba özgü risk faktörlerinin detaylı biçimde değerlendirilmesini zorunlu kılar. Geriatrik hastaların fizyolojik rezervlerinin sınırlı olması, komorbidite yükünün yüksekliği ve sosyal destek sistemlerinin zayıflığı, postoperatif dönemi daha karmaşık ve hassas hale getirmektedir. Bu nedenle, her hastanın tıbbi, fonksiyonel, bilişsel ve sosyal açıdan bütüncül biçimde değerlendirilmesi büyük önem taşır. Klinik karar süreçlerinde sadece cerrahi başarı değil, fonksiyonel iyileşme ve yaşam kalitesinin korunması da hedeflenmelidir.

Modern bakım modelleri, bu bağlamda, yalnızca tıbbi uygulamaları değil, aynı zamanda bakımın organizasyonel ve teknolojik boyutlarını da yeniden yapılandırmayı amaçlamaktadır. Kapsamlı geriatrik değerlendirme ve prehabilitasyon gibi uygulamalar, hastanın ameliyat öncesi kapasitesini optimize ederken, ERAS protokolleri iyileşme sürecinin hızlandırılmasını mümkün kılar. Bu modellerin etkinliği, yalnızca klinik göstergelerle değil, hasta memnuniyeti, taburculuk sonrası bağımsızlık düzeyi ve uzun vadeli yaşam kalitesi gibi ölçütlerle de değerlendirilmeli; bakım süreçlerinin her aşamasında hastanın özgün ihtiyaçları gözetilmelidir.

KAYNAKÇA

- Abumettleq, I. S. S., & Bayraktar, N. (2021). Nurses' awareness on hospital acquired infection risks of the geriatric patients: A descriptive and cross-sectional study. *Journal of Infection in Developing Countries*, 15(4), 552–558. <https://doi.org/10.3855/jidc.11885>
- Alkan, K., & Taşdemir, N. (2025). Testing machine learning-based pain assessment for postoperative geriatric patients. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000001248>
- Barberan-Garcia, A., Ubré, M., Roca, J., Lacy, A. M., Burgos, F., Risco, R., Momblán, D., Balust, J., & Martínez-Pallí, G. (2018). Personalized prehabilitation in high-risk patients undergoing elective major abdominal surgery: A randomized blinded controlled trial. *Annals of Surgery*, 267(1), 50–56. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002293>
- Carli, F., Scheede-Bergdahl, C., & Baldini, G. (2019). Prehabilitation for the frail surgical patient. *Anesthesiology Clinics*, 37(3), 513–530. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.009>
- Cesari, M., Thiyagarajan, J. A., Cherubini, A., Acanfora, M. A., Assantachai, P., Barbagallo, M., Coume, M., Diaz, T., Fuggle, N., Hammami, S. O., Madden, K., Matijevic, R., Michel, J.-P., Petrovic, M., Sieber, C., Veronese, N., Martin, F. C., Banerjee, A., & Rowe, J. W. (2024). Defining the role and reach of a geriatrician. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(11), Article 100644. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100644>

- Chae, D., Kim, N. Y., Kim, H. J., Kim, T. L., Kang, S. J., & Kim, S. Y. (2022). A risk scoring system integrating postoperative factors for predicting early mortality after major non-cardiac surgery. *Clinical and Translational Science*, 15(9), 2230–2240. <https://doi.org/10.1111/cts.13356>
- Correia, M. I. T. D., & Waitzberg, D. L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*, 22(3), 235–239. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(02\)00215-7](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(02)00215-7)
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., Burant, C. J., & Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults after hospitalization. *JAMA*, 289(21), 2977–2984. <https://doi.org/10.1001/jama.289.21.2977>
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T. T., Somme, D., Saltvedt, I., & others. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9), CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
- Erden, D. (2024). Hemşirelik öğrencilerinin uzmanlaşmaya yönelik tutumları ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(2), 471–478.
- Fried, T. R., Tinetti, M. E., Agostini, J. V., Iannone, L., & Towle, V. (2001). Health outcomes associated with frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1328–1334. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49210.x>

- Geerts, W. H., Bergqvist, D., Pineo, G. F., Heit, J. A., Samama, C. M., Lassen, M. R., & Colwell, C. W. (2008). Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th ed.). *Chest*, 133(6 Suppl), 381S–453S. <https://doi.org/10.1378/chest.08-0656>
- High, K. P., Bradley, S. F., Gravenstein, S., Mehr, D. R., Quagliarello, V. J., Richards, C., & Yoshikawa, T. T. (2005). Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(5), 127–151. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53220.x>
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- Jin, Z., Hu, J., & Ma, D. (2020). Postoperative delirium: Perioperative assessment, risk reduction, and management. *British Journal of Anaesthesia*, 125(4), 492–504. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.06.063>
- Karunakaran, R., Sheehan, B., Raiff, B., & Kramer, J. (2020). Use of wearable sensors to monitor physical activity after surgery in older adults. *Journal of Gerontology: Series A*, 75(12), 2263–2269. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa032>
- Koç, İ., & Saraç, M. (2018). Türkiye’de yaşlı göçünün büyüklüğünün ve yönünün değişimi. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 2, 19–37. <https://doi.org/10.24876/senex.2018.11>
- Lee, C. K., Park, S. H., & Kim, E. Y. (2017). Deep learning in medical imaging: General overview. *Korean Journal of*

Radiology, 18(4), 570–584.
<https://doi.org/10.3348/kjr.2017.18.4.570>

- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292–298. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952>
- Moore, K., O'Shea, E., Kenny, L., Barton, J., Tedesco, S., Sica, M., Crowe, C., Alamäki, A., Condell, J., Nordström, A., & Timmons, S. (2021). Older adults' experiences with using wearable devices: Qualitative systematic review and meta-synthesis. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(6), e23832. <https://doi.org/10.2196/23832>
- Partridge, J. S. L., Harari, D., Martin, F. C., & Dhesi, J. K. (2014). The impact of preoperative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 112(3), 432–440. <https://doi.org/10.1093/bja/aet376>
- Rajkomar, A., Dean, J., & Kohane, I. (2019). Machine learning in medicine. *The New England Journal of Medicine*, 380(14), 1347–1358. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1814259>
- Sendak, M. P., D'Arcy, J., Kashyap, S., Gao, M., Nichols, M., Corey, K., Ratliff, W., & Balu, S. (2020). A path for translation of machine learning products into healthcare delivery. *NPJ Digital Medicine*, 3, Article 107. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-00307-0>
- Seyhan Ak, E., Karaman, A., & Kanan, N. (2021). The effect on patient outcomes usage of comprehensive geriatric assessment method in elderly before surgery: Systematic literature review. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 4(1), 14–20.

- Tan, J. K. H., Ang, J. J., & Chan, D. K. H. (2021). Enhanced recovery program versus conventional care after colorectal surgery in the geriatric population: A systematic review and meta-analysis. *Surgical Endoscopy*, 35(7), 3166–3174. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07673-7>
- Thiele, R. H., Rea, K. M., Turrentine, F. E., & Friel, C. M. (2015). Standardizing care in enhanced recovery pathways to improve outcomes in the elderly. *Anesthesia & Analgesia*, 120(6), 1384–1396. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000670>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *İstatistiklerle yaşlılar, 2024*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslilar-2024-54079>

UROSTOMY AND NURSING CARE

Tülin YILDIZ¹

Çağla AVCU²

1. INTRODUCTION

Bladder cancer ranks first among the cancers seen in the urinary system. (Antoni et al., 2017; Hajyan et al., 2019) According to the International Agency for Research on Cancer (IARC) 2020 data, bladder cancer ranks 6th among the most common cancers in men of all ages. Bladder cancer ranks first among cancers seen in the urinary system. (IARC, 2020)

Radical cystectomy and urinary diversion, in other words urostomies, are the gold standard in the treatment of bladder cancer. (Antoni et al., 2017; Hajyan et al., 2019; Mohamed and Fashafsheh, 2019) Urinary diversion is a surgical procedure in which urine flow is diverted through a temporary or permanent opening in the abdomen. (Mohamed and Fashafsheh, 2019)

Urostomies may affect patients' physiological, social and psychological health and quality of life. When the studies in the literature are analysed, it is seen that approximately half of the patients with urostomy experience complications. (Hajyan et al., 2019) Effective nursing care comes to the fore for individuals with urostomy to adapt to this situation, which directly affects

¹ Prof. Dr., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, tyildiz@nku.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4981-6671.

² Araş. Gör., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, caglaavcu@nku.edu.tr, ORCID: 0000-0002-7786-2288.

their health and quality of life, and to maintain their self-care. (Zhang ve Qi, 2023)

2. TYPES OF UROSTOMY

Urinary diversions are of 3 types. These types are classified as incontinent, continent and orthotopic bladder. (Zhang ve Qi, 2023)

In incontinent urinary diversions, urine flow is discharged into the stoma bag through the stoma formed on the abdominal wall. The proximal end of the ileum is often used to create a stoma. Ileum is called conduit and anastomosis with ureters is provided. This anastomosis is connected to the stoma and urine is discharged. (Zhang ve Qi, 2023; Berti-Hearn and Elliott, 2019; Cross and Schempp, 2024)

In continent urinary diversions, urine is drained by intermittent catheterisation through a stoma formed on the abdominal wall. In this type of diversion, a segment and sphincter are formed from a part of the intestines. Thus, urine is drained through the stoma by clean intermittent catheterisation. (Zhang ve Qi, 2023; Berti-Hearn and Elliott, 2019; Cross and Schempp, 2024)

In orthotopic bladder, an artificial bladder is usually created with a tissue taken from the small intestine. This bladder, which is created for urine discharge in the normal physiological way, is anastomosed to the urethra. (Zhang ve Qi, 2023; Berti-Hearn and Elliott, 2019; Cross and Schempp, 2024)

3. UROSTOMY COMPLICATIONS

Complications in urostomies are classified as early complications if they occur within 90 days after the operation and

as late complications if they occur more than 90 days after the operation. Early complications are usually related to the gastrointestinal system. Paralytic ileus, obstruction, anastomotic leakage can be seen. In addition, early complications include bacteriuria, pyelonephritis, urethral reflux and infection. Late complications are usually related to the stoma. Complications such as parastomal hernia, stomal stenosis, necrosis, retraction can be given as examples. Moisture-related skin damage occurs when urine accumulates in the skin folds and is the most common peristomal complication in urostomies. (Berti-Hearn and Elliott, 2019)

4. NURSING CARE IN UROSTOMIES

Urostomies greatly affect patients' activities of daily living and social relationships. There are various adverse risk factors for patients such as loss of control over urinary excretion, leaks, bad odour, skin problems, electrolyte imbalances, stoma necrosis, parastomal hernias, prolapse. Holistic care should be provided for patients to adapt to life with a urostomy. (Zhang ve Qi, 2023; Berti-Hearn and Elliott, 2019) Nurses, especially wound and stoma care nursing, play a key role in the holistic care of patients with stoma. (Cross and Schempp, 2024; Akarsu et al., 2024; Kalkavan and Şendir, 2023)

Before planned urostomy operations, the stoma site should be determined in multidisciplinary cooperation with the surgical team including the nurse. Determining the stoma site in the preoperative period is important for preventing skin problems and complications, improving self-care and quality of life. (Cross and Schempp, 2024)

Patients and their relatives should be educated about urostomy care. In the preoperative period, the patient and family should be educated about the location of the stoma, surgical

process, nutrition, activity, pain management, stoma care, and life with stoma. Patients and their families should be supported to express their concerns and ask questions. Stoma care should include topics such as attaching and removing the adapter and bag, skin care, early and late complications. It is important to teach patients how to measure and monitor stoma size during stoma care. Especially in the first 6-8 weeks after surgery, the stoma size will gradually decrease, so it is necessary to adjust the adapter according to the stoma size. Education should be given about emptying the stoma bag when 1/3-1/2 of it is full. Since the bag will be emptied more frequently in urostomies compared to colostomies and ileostomies, it may also be recommended to use a drainage bag at night. Education should continue in the postoperative period and patients should be supported to participate in their own self-care. (Zhang ve Qi, 2023; Cross and Schempp, 2024; Kalkavan and Şendir, 2023)

One-piece and two-piece bag systems can be used in patients with urostomy. The one-piece system is more difficult for patients than the two-piece system and requires experience. In the two-piece system, the adapter and bag are separate from each other and are easier to use. Night drainage bag can also be used in urostomies. The night drainage bag makes it easier for the urostomy bags not to overfill and patients do not have to wake up at night to empty the bag. (Zhang ve Qi, 2023; Cross and Schempp, 2024; Martin and Baker, 2019)

Adequate fluid should be taken to prevent urinary system complications. Acidic urine is protective in terms of infections. Patients should take 2000-2500 ml of water daily. There is no significant restriction on nutrition. However, cranberry juice and vitamin C should be consumed for acidic urine. (Zhang ve Qi, 2023; Cross and Schempp, 2024)

Patients with urostomy should be supported for early mobilisation as recommended in the ERAS protocol. Thromboembolism, atelectasis, bronchospasm and postoperative complications related to surgery may decrease with early mobilisation. Nurses should encourage patients to stand up and walk as soon as possible after surgery for early mobilisation. (Cross and Schempp, 2024)

Postoperative pain control should be provided with pharmacological and non-pharmacological methods. Nurses should routinely evaluate the pain of patients at certain intervals. (Cross and Schempp, 2024)

Postoperative urinary stents are available after urostomy surgery to allow healing of the anastomosis. These stents are usually removed within 7-10 days after surgery. Patients should be informed about this. (Cross and Schempp, 2024)

Urostomy may have a negative psychosocial impact on patients. Patients may be concerned about body image, resuming activities of daily living and returning to work. Patients should be encouraged to share their concerns and get help. Patients who receive adequate information about living with a urostomy may have a better adaptation. (Zhang ve Qi, 2023; Cross and Schempp, 2024; Roveron et al., 2021)

5. UROSTOMY CARE

Stoma bags, stoma adapters, pastes, belts and skin care products are used in the care of urostomies. (Kanan and Ozbas, 2015)

Stoma bags are generally produced from hydrocolloid material and have two types as one-piece and two-piece. They usually have a volume of 150-330 ml and have a lid that prevents urine from returning to the urostomy. In one-piece bags, the bag

and adapter are whole. In two-piece bag system, the bag and adapter are separate. A night drainage bag can be adapted to these bags. The purpose of the night drainage bag is to increase the urine collection capacity while sleeping. (Kanan and Ozbas, 2015)

Pastes are applied to fill the body cavities around the stoma and prevent leakage. (Kanan and Ozbas, 2015)

The belt increases comfort for patients by making the stoma bag more secure during movement. (Kanan and Ozbas, 2015)

Skin care products are applied to prevent skin complications that may occur around the stoma due to the frequency of stoma care and skin contact with urine. (Kanan and Ozbas, 2015)

Stoma care consists of several stages. The important thing here is to perform effective stoma care in nursing care and to provide patients with the ability to perform stoma care by supporting their participation in their own self-care. (Kanan and Ozbas, 2015)

Firstly, materials for urostomy care should be prepared and the patient should be given the appropriate position. Hands should be washed and gloves should be worn. After the stoma bag and adapter are removed, the stoma and its surroundings should be evaluated for complications. The stoma and its surroundings should be wiped with warm water and dried. The size of the urostomy should be measured with a stoma ruler. The stoma adapter should be cut according to the size of the urostomy. After removing the paper on the adhesive part of the stoma adapter, the adapter should be placed so that it covers the urostomy. Then the stoma bag should be attached to the adapter and controlled. Dirty materials should be discarded, gloves should be removed and hands should be washed. (Kanan and Ozbas, 2015)

REFERENCES

- Akarsu, K., Ay Kılıçaslan, B., & Güler, S. (2024). Ürostomili Hastanın Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(1), 494 – 505.
- Antoni, S., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Znaor, A., Jemal, A., & Bray, F. (2017). Bladder cancer incidence and mortality: a global overview and recent trends. *European urology*, 71(1), 96-108.
- Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Urostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. *Home healthcare now*, 37(5), 248–255.
- Cross, H., & Schempp, B. A. (2024). Nursing Care for Patients After Urostomy Surgery. *AJN, American Journal of Nursing* 124(6), 28-36.
- International Agency for Research on Cancer (IARC 2020). *Global Cancer Observatory*. <https://gco.iarc.fr/about-the-gco> Retrieved June 8, 2025.
- Kalkavan, E.B., & Şendir, M. (2023). Nursing Care in Robotic Radical Cystectomy and Intracorporeal Orthotopic Urinary Diversion Surgeries. *Bulletin of Urooncology*, 22(2), 50-56.
- Kanan, N., & Özbaş, A. (2015). *Üriner Sistem Stomalarında Bakım*. İçinde: Yara ve Stoma Bakımı. Akyolcu, N., Kanan, N. (Eds.). 95-127
- Martin, R., & Baker, H. (2019). Nursing care and management of patients with a nephrostomy. *Nursing Times [online]*; 115: 11, 40-43.
- Mohamed, S.A., & Fashafsheh, I. (2019). Effect of Educational Intervention and Telephone Follow-Up Program on

Knowledge, Practice and Quality Of Life among Patients with Urinary Diversion: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Nursing*, 6.

- Roveron, G., Barbierato, M., Rizzo, G., Parini, D., Bondurri, A., Veltri, M., Pata, F., Cattaneo, F., Tafuri, A., Forni, C., Ferrara, F., & Multidisciplinary Italian Study Group for STomas (MISSTO) (2021). Italian Guidelines for the Nursing Management of Enteral and Urinary Stomas in Adults: An Executive Summary. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 48(2), 137–147.
- Zhang, T., & Qi, X. (2023). Enhanced Nursing Care for Improving the Self-Efficacy & Health-Related Quality of Life in Patients with a Urostomy. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 16, 297–308.
- Zhou, H., Ye, Y., Qu, H., Zhou, H., Gu, S., & Wang, T. (2019). Effect of Ostomy Care Team Intervention on Patients With Ileal Conduit. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 46(5), 413–417.

AKADEMİK PERSPEKTİFTEN CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com