

Hemşirelik Esasları: Teori, Metodoloji ve Uygulama

Editör
Doç. Dr. Bülent Işık

Hemşirelik Esasları: Teori, Metodoloji ve Uygulama

**Editör
Doç. Dr. Bülent Işık**

İmtiyaz Sahibi
Platanus Publishing®

Editör
Doç. Dr. Bülent Işık

Kapak & Mizanpaj & Sosyal Medya
Platanus Yayın Grubu

Birinci Basım
Ekim, 2025

Yayımcı Sertifika No
45813

ISBN
978-625-6517-40-0

©copyright
Bu kitabın yayım hakkı Platanus Publishing'e aittir. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin alınmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Adres: Natoyolu Cad. Fahri Korutürk Mah. 157/B, 06480, Mamak,
Ankara, Türkiye.

Telefon: +90 312 390 1 118
web: www.platanuspublishing.com
e-mail: platanuskita@gmail.com



Platanus Publishing®

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1.....	5
Bütüncül Yaklaşımla Palyatif Bakım: Spiritüel Hemşirelik Boyutu Meltem Kaya	
BÖLÜM 2.....	15
Hemşireler İçin Palyatif Bakımda Kelebek Modeli Meltem KAYA	
BÖLÜM 3.....	29
Afetlerde Acil Sağlık Hizmetleri Kapsamında Olay Yeri Yönetimi Emine Sevinç Postacı	
BÖLÜM 4.....	39
Yoğun Bakımda Müzik Terapinin Yeri Abdullah Bulut	



BÖLÜM 1

Bütüncül Yaklaşımla Palyatif Bakım: Spiritüel Hemşirelik Boyutu

Meltem Kaya¹

Yaşamı kısıtlayan kronik hastalıkların artışı ve dünya genelinde yaşlı nüfusun giderek yükselmesi, palyatif bakıma olan gereksinimi önemli ölçüde artırmıştır (Canadian Institute of Health Information, 2023). Günümüzde yaşamın son dönemlerinin mümkün olan en yüksek yaşam kalitesi ve konfor düzeyinde geçirilmesi, temel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir (Sucaklı ve Koşar). Palyatif bakımın temel amacı, bireylerin toplumsal ve kültürel inançları ile değerlerine saygı gösterilerek, hastalığa bağlı ortaya çıkan ağrı ve diğer semptomların etkin bir şekilde yönetilmesi ve böylelikle yaşam kalitesinin en üst düzeye çıkarılmasıdır (Davies ve ark., 2019; Reville ve Foxwell, 2014).

Palyatif kelimesi Latince *pallium* (pelerin) sözcüğünden köken alır ve “gizlemek, örtmek” anlamındadır. İngilizce’de ise “*palliate*” sözcüklerini temel alır ve “hafifleten” veya “gideren” anlamında kullanılmaktadır (Greydanus and Merrick, 2014). Türk Dil Kurumu sözlüğünde ‘palyatif’ kavramı iki farklı biçimde tanımlanmaktadır. İlk tanım, hastalığı tamamen ortadan kaldırmayan; ancak yatıştırıcı ve geçici etkiler sağlayan ilaç veya tedavi şeklindedir. İkinci tanım ise, geçici ve kısa süreli olup kesin çözüm sunmayan ve esaslı nitelik taşımayan durumlar için kullanılmaktadır (Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise palyatif bakımı “hastalığa yönelik yapılan tedaviye yanıt vermeyen durumlarda, hasta ve ailelerin fiziksel, psikososyal ve spiritüel yönlerden yaşadıkları veya yaşayabilecekleri sorunların tanımlanması, değerlendirmesi ve tedavi edilerek acı çekmelerinin azaltılması veya önlenmesi, bu şekilde hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmayı amaçlayan bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır (WHO, 2018).

Hemşirelik, temelde bütüncül yaklaşım ilkesine dayalı bir bakım felsefesidir. Bu yaklaşıma göre birey; fizyolojik, biyolojik, psikososyal ve spiritüel boyutlarıyla bir bütün olarak ele alınmalıdır. Spiritüel bakım, bütüncül bakımın ayrılmaz ve önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Green ve ark., 2020; Ovayolu ve ark., 2021). Bütüncül hemşirelik bakımının etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için bireylerin spiritüel gereksinimlerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Uslu ve Midilli, 2025). Spiritüel bakım ihtiyacının karşılanmaması, palyatif bakım hastalarında mevcut sağlık sorunlarının şiddetlenmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilmektedir (Martinez,

¹ Öğr. Gör., Öğretim Görevlisi, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Karabük Üniversitesi, ORCID: 0000-0003-4525-2327

2011). Öte yandan, spiritüel gereksinimleri karşılanan hastalarda spiritüel iyilik hali güçlenmekte, yaşam kalitesi artmakta ve depresyon ile intihar riski azalabilmektedir (Çelik ve ark., 2014; Kang ve ark., 2019; Balducci, 2019). Baldacchino (2010)'nun çalışmasında spiritüel bakımın yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Alvarado Valle ve ark. (2018)'ları tarafından yürütülen bir araştırmada, spiritüel bakım alan hastaların sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde memnuniyet bildirdikleri rapor edilmiştir.

Palyatif Bakım Hemşiresi ve Spiritüalite

Spiritüalite, Avrupa Palyatif Bakım Derneği'ne göre, "İnsanların ve toplumların anlam, amaç ve aşkınlığı deneyimleme, ifade etme ve/veya arama biçimiyle, kendileriyle, başkalarıyla, doğayla, önemli olanla ve/veya kutsal olanla nasıl bağlantı kurduklarıyla ilgili olan insan yaşamının dinamik boyutu" olarak tanımlanmıştır (Best et al.,2020). Spiritüel bakım, bireyin öz saygı, inanç, anlam arayışı ve destek gereksinimlerine yönelik farkındalık geliştirilmesi ve bu gereksinimlere yanıt verilmesi süreci olarak tanımlanmakta; ayrıca kişinin doğum, ölüm, travmatik deneyimler ve benzeri yaşam olaylarına verdiği tepkilerin dikkate alınmasını da kapsamaktadır (Batstone et al.,2020; Giske et al.,2023; Hvidt et al.,2020). Koenig (2015), spiritüaliteyi dinden bağımsız bir kavram olarak ele almakta ve onu anlam ile aşkınlığa yönelik bireysel bir arayış biçiminde tanımlamaktadır. Buna karşılık Puchalski ve arkadaşları (2014), spiritüalitenin bireysel inançlarla ilişkili olarak hem dini hem de din dışı deneyimleri kapsayan daha geniş bir olgu olduğunu belirtmektedir. Spiritüalite kavramı için kültürel farklılıklardan ötürü bir tanım birliğine varılamazken, her kişi için kişisel ve dinamik bir özellik olduğu, kişinin kendisiyle, başkalarıyla, doğayla ve/veya anlam ve kişisel gelişimi teşvik eden daha yüksek bir güçle bağlantı arayışındaki inançlar olduğu, uygulamalar ve deneyimler aracılığıyla ifade edildiği, değerlerin ve olumlu içsel duyguların gelişmesine yol açtığı ve hayatta anlam bulma ihtiyacıyla ilişkili olduğu ortak unsurlar olarak kabul edilmiştir (Best et al.,2020; de Brito Sena et al.,2021).

Palyatif Bakım Hemşiresi, profesyonel hemşirelik rollerini etkin biçimde kullanarak, her bir bireyin ve ailesinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimleri belirleyerek, destekleyerek sunduğu bütüncül hemşirelik bakımı ile bireylerin yaşam kalitesini artıran multidisipliner ekibin önemli bir üyesidir (Aydemir Gedük,2018; Sekse et al.,2018; Yıldırım,2017). Ayrıca, hasta, hasta yakını ve ekip ile kurduğu iletişim nedeniyle de spiritüel bakım vermede önemli bir role sahiptir (Nissen et al.,2021). Palyatif bakım hemşiresi, bütüncül bakım verebilmek için kendini spiritüel bakım için geliştirmelidir. Hasta ve hasta yakınının spiritüel değerlendirilmesinde gözlem, spiritüel veri toplama araçlarını kullanmalı gerekli girişimlerde bulunmalıdır (Caldeira and Timmins,2017).

Hemşire, kendi ön yargılarından, inançlarından ve değerlerinden bağımsız olarak hasta ve hasta yakınına ihtiyaçları doğrultusunda spiritüel bakımı sunmalıdır. Hasta ve hasta yakınının bireysel özelliklerine, inançlarına, ritüellerine ve değerlerine saygı duymalıdır (Martinez,2011).

Beaissant ve arkadaşları (2021), palyatif bakımda spiritüel bakım yeterliliklerini tanımlamışlardır. Bu yeterlilikler; spiritüaliteyi insanın ayrılmaz bir parçası olarak kabul etme, şefkatli bir yaklaşım sergileme ve aktif dinleme becerisine sahip olma, spiritüel bakımı hasta merkezli, gizlilik esasına dayalı ve saygılı bir biçimde uygulayabilme, hastaların manevi ihtiyaçlarını sorgulayabilme, bireyin özerkliğine, inançlarına ve değerlerine saygı gösterme ile bakım verenin kendi manevi algılarının farkında olması şeklinde ifade edilmiştir. Hemşire, hasta, hasta yakınları ve multidisipliner ekip ile iş birliği yaparak spiritüel bakımın etkin bir şekilde gerçekleştirilmesine katkı sağlar (Caldeira ve Timmins, 2017). Palyatif bakım hemşiresi, spiritüel bakım sürecinde aktif dinleme, dokunma ve göz teması gibi iletişim becerilerini kullanarak bireye yanında olduğunu hissettirmeli; mahremiyetini ve onurunu korumalı, bireyselliğine ise daima saygı göstermelidir. Bu yaklaşımlar, hastanın anlamlı ilişkiler kurmasına ve dini ritüellerini yerine getirmesinin yanı sıra yoga, gevşeme egzersizleri gibi kendisini iyi hissettiren uygulamaları gerçekleştirmesine olanak tanır. Böylelikle hasta, kendi iç dünyasında huzur ve rahatlama duygusu yaşayabilir. Palyatif bakım hemşiresi, hastanın biricikliğini temel alarak geliştirdiği spiritüel bakım girişimleri aracılığıyla hem hemşirelik bakımının niteliğini güçlendirmekte hem de hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır (Caldeira ve Timmins, 2017; Ghorbani et al.,2021).

Palyatif Bakım Hemşiresi Spiritüel Bakımda Neler Yapabilir?

Spiritüelite, anlam ve amaç duygunuzla bağlantı kurun: Palyatif bakım hemşiresinin kaliteli bir spiritüel bakım verebilmesi için öncelikle kendi spiritüel bakım ihtiyaçlarını sorgulaması gerekir. Bu durum kendi özünüz, hastalarınızla ve hemşireliğin doğasıyla daha derin bağlantı kurmanızı sağlayabilir. Karşılaştığınız acıların sizin ve bakım verdiğiniz bireyleri nasıl etkilediğini düşünebilirsiniz (Miller et al.,2023).

Spiritüel bakımı, bütüncül palyatif bakımın temel bir bileşeni olarak kabul edin: Hemşire bütüncül bakım verebilmesi için bireyin spiritüel bakım ihtiyaçlarını değerlendirmeli ve buna yönelik bireylere özgü girişimlerde bulunmalıdır (Caldeira ve Timmins, 2017). Spiritüel bakım bireylerin içinde bulundukları durumlarla baş etmelerini, kendilerini daha huzurlu hissetmelerini ve ölüme hazırlanmalarına yardımcı olabilir (Alcorn et al., 2010). Ayrıca bu bakım sadece hastaya değil aile üyelerine ve yas sürecine de fayda sağlayabilir (Benites et al.,2021).

Bilinçli bir varlığı geliştirin: Hemşirenin ön yargılarının, hastalık ve ölümle ilgili korkularının farkında olması ve kendi özünü anlamlandırması onun, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarının farkında olmasını ve spiritüel ihtiyaçlarının karşılanmasına daha açık olmasını sağlayabilir (Katseres and Rosa, 2019).

Şefkat gösterin: Şefkat acıyı azaltmak için bilinçli eylemler içerir (Sinclair et al.,2016). Literatür şefkatin hasta üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Şefkatli bakım, hastaların kendi sağlığı üzerinde sorumluluk ve kontrol duygularının artmasını, sağlık hizmeti sunan kişilere karşı güvenin artmasını ve hastanın semptomlarında iyileşmenin ortaya çıkmasını sağlayabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının anksiyetesinin, mesleki ve duygusal tükenmişlik düzeyleri azalabilir (Sinclair et al.,2016).

Spiritüel ve Spiritüel manevi bakım ihtiyaçlarını düzenli olarak değerlendirin: Palyatif bakım hemşiresi, hasta ile ilk karşılaşmasında ve sonraki süreçler boyunca değerlendirme araçları ile spiritüel bakım ihtiyaçlarını değerlendirmelidir (Miller et al.,2023). Spiritüel ihtiyaçlar hakkında hasta ile konuşmak, hasta ile hemşire arasında bir bağ oluşmasını ve güven duygusunun gelişmesini sağlayabilir (Smith ve Lakin, 2022).

Hastalarda ve kendinizde spiritüel bir krizi nasıl değerlendireceğinizi ve fark edeceğinizi öğrenin: Palyatif bakımda çaresiz kalınan anlar olabilir. Hemşire böyle anlarda desteğe ihtiyaç duyduğunun farkında olmalı, kendi bilgi ve becerimizin yetmediği durumlarda hastayı spiritüel bakım uzmanına yönlendirmesi gerekebileceğinin farkında olunmalıdır (Miller et al.,2023).

Spiritüel değerlendirmeyi ve spiritüel bakımı eğitim ve öğretime entegre edin: Spiritüel bakımın önemli uygulayıcılarından biri olacak hemşirelik öğrencilerinin, etkili iletişim becerilerine sahip olmaları ve spiritüel ile spiritüel bakım konularında yeterli bilgi, beceri ve profesyonel bir yaklaşım geliştirmeleri gerekmektedir (Estebansari et al., 2023; Kalkın vd., 2019). Bu bağlamda, hemşirelik eğitim programlarında spiritüel ve spiritüel bakım kavramlarına yer verilmesi, öğrencilerin farkındalık düzeylerinin artırılması ve mesleki yeterliliklerinin güçlendirilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (Pour et al., 2017; Midilli et al.,2017).

İş yerinde spiritüel refahı desteklemek için kanıta dayalı müdahaleleri dahil edin: Kanıta dayalı uygulamalar ve güncel literatürün takip edilmesi spiritüel bakımın kalitesinin artmasını ve devamlılığını sağlayabilir. Farkındalık meditasyonu, şükran uygulamaları, dua ve görselleştirme gibi müdahaleler uygulamaya dahil edilebilir (Miller et al.,2021; Miller et al.,2023; Rosa,2019).

Sonuç

Palyatif Bakım hemşiresi, bütüncül bakımın bir parçası olan spiritüel bakımı uygulamalıdır. Böylece hastayla derin bir bağ kurabilir ve yaşamın son dönemindeki hastaların huzurlu, onurlu hissetmelerini sağlayabilirler. Palyatif bakım hemşiresi spiritüel bakım ihtiyaçlarını objektif bir değerlendirebilme yapabilmek için uygun araçları kullanmalı ve belirli aralıklarla değerlendirmesini gerçekleştirmelidir. Kanıta dayalı spiritüel bakımın devamlılığının sağlanması için güncel literatür ve uygulama rehberlerinden de faydalanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A., & Balboni, T. A. (2010). "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": Religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 581–588. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0343>
- Alvarado Valle, E., Rodríguez Jiménez, S., Cárdenas Jiménez, M., & Pacheco Arce, A. L. (2018). El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 56–61.
- Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253–258. <https://doi.org/10.17681/hsp.365577>
- Balducci, L. (2019). Geriatric oncology, spirituality, and palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(1), 171–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.496>
- Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3609–3624. <https://doi.org/10.1111/jocn.15458>
- Beaissant, Y., Nichipor, A., & Balboni, T. (2021). Integration of spiritual care into palliative care service delivery models. In N. Cherny, M. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy, & D. C. Currow (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (6th ed., pp. 1072–1080). Oxford University Press.
- Benites, A. C., Rodin, G., Leite, A. C. A. B., Nascimento, L. C., & Dos Santos, M. A. (2021). The experience of spirituality in family caregivers of adult and elderly cancer patients receiving palliative care: A meta-synthesis. *European Journal of Cancer Care*, 30(4), e13424. <https://doi.org/10.1111/ecc.13424>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*, 31(34), 54–60. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e1031>
- Canadian Institute of Health Information. (2023). Access to palliative care in Canada. Canadian Institute of Health Information.
- Çelik, A. S., Özdemir, F., Durmaz, H., & Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 1–12.

- Davies, J. M., Sleeman, K. E., Leniz, J., Wilson, R., Higginson, I. J., Verne, J., Maddocks, M., & Murtagh, F. E. M. (2019). Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 16(4), e1002782. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002782>
- de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>
- Estebarsari, F., Nasab, A. F., Barati, M., Stiri, S., Fath, M. M., Mostafaie, D., & Kandi, Z. R. K. (2023). The relationship between daily spiritual experiences and the dimensions of spiritual care competence in nursing students: The dimension of professionalization and improvement of the quality of spiritual care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(3), 339–344. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_162_22
- Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., & Ramezani, M. (2021). Spiritual care interventions in nursing: An integrative literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1165–1181. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>
- Giske, T., Schep-Akkerman, A., Bø, B., Cone, P. H., Kuven, B. M., McSherry, W., & Ross, L. (2023). Developing and testing the EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7–8), 1148–1162. <https://doi.org/10.1111/jocn.16321>
- Green, A., Kim-Godwin, Y. S., & Jones, C. W. (2020). Perceptions of spiritual care education, competence, and barriers in providing spiritual care among registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 41–51. <https://doi.org/10.1177/0898010119889726>
- Greydanus, D., & Merrick, J. (2014). Neonatal period, palliative care and end of life. *Journal of Pain Management*, 7(3), 189–196.
- Hvidt, N. C., Nielsen, K. T., Kørup, A. K., Prinds, C., Hansen, D. G., Viftrup, D. T., ... & Wæhrens, E. E. (2020). What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open*, 10(12), e042142. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042142>
- Kalkım, A., Dağhan, Ş., & Midilli, T. S. (2019). Nursing academicians' perceptions of spirituality and spiritual care and their competence in spiritual care. *Archives of Health Science and Research*, 6(2), 380–389.
- Kang, K. A., Han, S. J., Lim, Y. S., & Kim, S. J. (2019). Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: A meta-analysis.

- Cancer Nursing, 42(4), 332–340. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000628>
- Katseres, J., & Rosa, W. (2019). Integrative nursing in palliative care and end-of-life. In M. J. Kreitzer & M. Koithan (Eds.), *Integrative nursing* (2nd ed., pp. 491–507). Oxford University Press.
- Koenig, L. B. (2015). Change and stability in religiousness and spirituality in emerging adulthood. *The Journal of Genetic Psychology*, 176(6), 369–385. <https://doi.org/10.1080/00221325.2015.1084985>
- Miller, M., Addicott, K., & Rosa, W. E. (2023). Spiritual care as a core component of palliative nursing. *AJN, American Journal of Nursing*, 123(2), 54–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000917857.49753.c7>
- Miller, M., Greenwalt, K., Lehto, R., Wu, H. S., Moser, J., & Wyatt, G. (2021). Pain and spirituality among women with advanced breast cancer: Insights from a phenomenological study. *Cancer Care Research Online*, 1(1), e001. <https://doi.org/10.1097/CR9.0000000000000001>
- Nissen, R. D., Viftrup, D. T., & Hvidt, N. C. (2021). The process of spiritual care. *Frontiers in Psychology*, 12, 674453. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>
- Ovayolu, Ö., İltar, S. M., Serçe, S., & Ovayolu, N. (2021). Perception status of nursing department students in terms of spirituality and spiritual care. *Dubai Medical Journal*, 4(4), 334–340. <https://doi.org/10.1159/000519091>
- Pour, H. A., Özvurmaz, S., & Kunter, D. (2017). Evaluation of perception and practice model of spiritual care in intern nursing and midwifery students. *Journal of Contemporary Medicine*, 7(3), 225–233. <https://doi.org/10.16899/gopctd.321986>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Reville, B., & Foxwell, A. M. (2014). The global state of palliative care: Progress and challenges in cancer care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 129–136. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05>
- Rosa, W. (2019). Spiritual care intervention. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Oxford textbook of palliative nursing* (5th ed., pp. 447–455). Oxford University Press.
- Sekse, R. J. T., Hunskaar, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 21–38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>

- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: An empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009>
- Smith, C., & Lakin, T. (2022). Effects of an interprofessional spiritual care education project. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(1), 78–83. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000842>
- Sucaklı, M. H., & Koşar, Y. (2016). Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 34–39.
- Türk Dil Kurumu. (2019, Ekim 9). Palyatif. In Wiktionary. <https://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>
- Uslu, B., & Midilli, T. S. (2025). The effect of the reflection method used in spiritual care education on the perception of spiritual care and spiritual well-being among nursing students in Turkey: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, 70, 151894. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2025.151894>
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. World Health Organization. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
- Yıldırım, Y. (2017). Palyatif bakımda hemşirelik çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation–Special Topics*, 10(1), 49–56.



BÖLÜM 2

Hemşireler İçin Palyatif Bakımda Kelebek Modeli

Meltem Kaya¹

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı, fiziksel, psikososyal ve spiritüel (manevi) boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır (WHO,2018). Latince kökenli bir kelime olan “Palliate (Palliare) kelimedenden gelmekte olup “koruyucu” ya da “kapsayıcı” anlamındadır. İngilizce karşılığı ise “Palliative” olarak ifade edilmiş olup “hafifleten” veya “yatıştıran” anlamlarında kullanılmaktadır (Akay 2017; Sürmeli ve Akçiçek,2016). Palyatif bakım, çok boyutlu uygulamaya sahip olan bir bakım felsefesidir. Her hastanın biricikliğinin farkında olarak ona özgü bakımın yapıldığı, bütüncül bir yaklaşımının sergilendiği, aile desteğinin sağlandığı, yas sürecinde ailenin desteklendiği, birçok sağlık profesyonelinin el birliği ile yürüttüğü ve iletişimin son derece önemli olduğu bir süreçtir (Kıvanç, 2017). Palyatif bakımda palyatif bakım hemşiresi, hasta, hasta yakını ve ekip arasında anahtar bir role sahip olup, doğrudan bakım kalitesini etkilemektedir (Özçelik, 2020).

Palyatif Bakımda Model Kullanımı

Kuram, kavramlara anlam kazandıran, onları önermeler yoluyla açıklayan, model ise kavramlar arasındaki ilişkinin fiziksel veya sembolik ifadesi olarak tanımlanmaktadır (Dağcı, 2019). Hemşirelik model ve kuramları, hasta/sağlıklı bireyin değerlendirilmesini, verilerin toplanmasını ve organizasyonunu, analiz edilmesini, verilerin raporlanmasını sağlayarak hemşirelere kritik düşünme ve hemşirelik bakımına karar verme süreçlerinde rehberlik sağlamaktadırlar. Hemşirelik kuram ve modellerinin kullanımı; mesleğin gelişimi ve profesyonelleşmesine katkı sağlamakta, bakım standartlarının oluşumuna zemin hazırlamakta ve hemşirelik bakımının sistematik bir biçimde sunulmasını mümkün kılarak bakım kalitesinin artırılmasına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (Dağcı, 2019).

Bu bölümünde hemşirelere palyatif bakım uygulamalarında rehberlik edebilecek yeni bir bakım modeli olan “Palyatif Bakımda Kelebek Modeli” önerilmektedir. Modelin geliştirilme sürecinde, hemşirelik disiplininin kuramsal temellerinden yararlanılmıştır. Özellikle Florence Nightingale’in Çevre Teorisi,

¹ Öğr. Gör., Öğretim Görevlisi, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Karabük Üniversitesi, ORCID: 0000-0003-4525-2327

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi, Faye Glenn Abdellah'ın 21 Hemşirelik Problemi, Virginia Henderson'un Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi, Sister Callista Roy'un Adaptasyon Modeli ve Katharine Kolcaba'nın Konfor Teorisi bu modelin oluşumuna yön veren temel kuramsal çerçeveleri oluşturmaktadır. Bu kuramsal dayanaklardan hareketle geliştirilen Palyatif Bakımda Kelebek Modeli, palyatif bakım sürecinde hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesini, temel gereksinimlerinin karşılanmasını, konforunun artırılmasını ve uyum sürecinin desteklenmesini amaçlayan özgün bir yaklaşım olarak sunulmaktadır.

Palyatif Bakımda Kelebek Modelinin Hemşirelik Metaparadigmalarına Göre Tanımları

İnsan

Yaratılmış varlıklar içerisinde en değerli konumda yer almaktadır. Bu nedenle insana yönelik tüm tutum ve davranışlarda temel ilke, onun değerine uygun bir saygı göstermek olmalıdır. İnsana duyulan bu saygı yalnızca doğumdan ölüme kadar olan süreçle sınırlı kalmamakta, ölüm sonrasını da kapsamaktadır. İnsan doğasına bakıldığında, ruh ve bedenden oluşan ayrılmaz bir bütün olduğu görülmektedir. Ruh ve bedenin birbirinden ayrı değerlendirilemeyeceği gerçeği, bütüncül insan anlayışını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, bireyde herhangi bir hastalık ortaya çıktığında yalnızca hastalığın kendisi değil, bütün bir insan kavramı dikkate alınmalı; bireye biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönleriyle bütüncül bir bakış açısı geliştirilebilmelidir (Flarey, 2024; Ambushe, 2023).

Özellikle birey ile sürekli etkileşim halinde bulunan hemşirelerin, görünenin ötesinde görünmeyen gereksinimleri de fark edebilmesi büyük önem taşımaktadır. Her birey kendine özgü özellikler taşımakta olup, bu nedenle bireyleri tanımak, anlamak ve gereksinimlerini belirlemek hemşirelik bakımının temel sorumluluklarındandır. İnsanın yaşamı boyunca çeşitli ihtiyaçları bulunmakta, bu ihtiyaçların karşılanması yaşam kalitesinin sürdürülebilmesi açısından zorunlu hale gelmektedir (Miller, 2023; Jasemi, 2017). Son dönem palyatif bakım sürecinde insana saygı kavramının göz ardı edilebileceği düşünülmektedir. Özellikle bu dönemde, yalnızca bedensel hastalıklara odaklanmak ya da tedavisi olmayan hastalıklar için bireye rahatsızlık verici girişimlerde bulunmak, hastanın gerçek gereksinimlerinin göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Oysa palyatif bakım sürecinde bireyin bütüncül ihtiyaçlarının karşılanması, insana saygının en somut göstergesi olarak değerlendirilmelidir (Kennedy, 2016; Bertaud, 2025).

İnsan akıl sahibi bir varlıktır ve aklını kullanma becerisiyle değer kazanmaktadır. Ancak hastalık, bireyin bağımsızlığını kaybettiği, güçsüzleştiği

ve kendini değersiz hissettiği bir süreç olarak yaşanabilmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında temel amaç, bireyi bu olumsuz durumdan çıkararak fiziksel, psikolojik ve ruhsal açıdan yeniden güçlendirmek; onun onurunu ve değerini korumak olmalıdır. Bu noktada Kolcaba'nın Konfor Teorisi hem fiziksel hem de psikososyal anlamda bireyin rahatlatılmasının, onur ve değer duygusunun yeniden inşasında önemli olduğunu vurgulamaktadır (Kolcaba, 2003). Son anına kadar yaşam kalitesini arttırarak, konforunu sağlayarak, kendi kararlarını vermesi sağlanarak değerli bir varlık olduğunun farkına vardırılmalıdır. Düştüğü bu değersizlik çukurundan çıkarıp kendi öz değerine ulaştırılmalıdır. Bu modelde insan her şeyin merkezindedir.

Palyatif bakımda kelebek modelinde merkeze yerleştirilen hasta konumundaki birey ve etrafındaki diğer insanlar onun son zamanlarında onurlu, konforlu, ağrısız ve yaşam kalitesinin en yüksek seviyede sağlanarak son yolculuğuna uğurlanmasını sağlamak amacıyla yer almaktadırlar. Bu süreçte insana olan saygının, iletişimin devam ettirilmesi önemlidir. Bu modeldeki asıl amaç bedendeki hastalığı tedavi etmek değildir, burada önemli olan asıl odak noktamız bedenindeki rahatsızlıkları kontrol altına alıp ruhunu acılardan kurtarmak, onuruna saygı duymak ve konforunu, kendi yaşam kalitesini arttırıcı planlamalarda bireyin aktif rol almasını sağlamaktır.

Çevre

Florence Nightingale'in çevresel teorisi, bireyin iyileşme sürecinde çevrenin belirleyici olduğunu vurgular; temiz hava, su, aydınlık, hijyen ve uygun beslenmeye dayalı bir ortamın sağlanmasının, hastanın kendi iyileştirme mekanizmalarının etkin çalışmasına katkı sunduğunu ortaya koyar (Nightingale, 1860/2020; Smith, 2024). Bu yaklaşım, çevrenin aktif biçimde düzenlenerek sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi gerektiğini savunur (Dossey, 2021).

Palyatif bakım bağlamında çevresel düzenleme, hastanın yaşam kalitesini arttırmak, konforunu sağlamak ve onurlu bir ölüm sürecine destek olmak açısından kritik önemdedir. Ölüm sürecinde sosyal etkileşim, olumlu dikkat dağıtıcılar, mahremiyet, kişiselleştirme ve ev ortamını andıran düzenlemelerin sağlanması hem hasta hem de aile deneyimini olumlu yönde etkilemektedir (Ellington et al., 2018). Öte yandan, fiziksel çevrenin yetersiz tasarlanması, bakım kalitesini ve hasta yakınlarının deneyimini olumsuz etkileyebilmektedir (Cheng et al., 2022).

Palyatif bakımda kelebek modeli, hastanın çevresinin bireysel gereksinimlerine uygun şekilde düzenlenmesi gerektiğini vurgular. Hastanın ölüm sürecini nerede geçirmek istediğini belirtmesi, uygulama açısından kritik bir başlangıçtır. Tercih edilen çevrenin bu doğrultuda düzenlenmesi, yaşam kalitesini artırırken; hasta yakınlarının sürece katılımı ise onların yas sürecinde

psikolojik olarak daha güçlü hissetmelerine katkı sağlamaktadır. Ayrıca, hastanın son döneminde yanında bulunmasını istediği yakınlarıyla ve kişisel eşyalarıyla çevrili olması, huzurunu artıran önemli bir faktördür (Pereira and Fonseca, 2021).

Bununla birlikte, güvenli bir çevrenin sağlanması özellikle son dönem palyatif bakım hastalarında travmatik deneyimlerin önlenmesi adına büyük önem taşır. Bu bağlamda, enfeksiyon riskine karşı önlemler almak ve mikroorganizmalardan korunmayı sağlamak, hastanın yaşam kalitesinin korunmasına doğrudan katkıda bulunur (WHO, 2020).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, entegre palyatif bakım yaklaşımlarının, ileri evre kanser hastalarında yaşam kalitesini artırdığını, kaygı ve depresyon düzeylerini azalttığını ve aile memnuniyetini yükselttiğini göstermektedir (Zhang et al., 2025). Benzer şekilde, ileri kalp yetmezliği hastalarında uygulanan hospice bakım, fonksiyonel yetkinlik, duygusal iyilik hâli ve genel yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler sağlamaktadır (Lee et al., 2024).

Sağlık/Hastalık

İnsan ölümlü bir varlıktır; yaşamın kaçınılmaz bir gerçeği olan ölüm bilinci, bireyin varoluşsal deneyimlerinin merkezinde yer almaktadır (Yalom, 2008). İnsan, bir gün mutlaka öleceğini bilmesine rağmen çoğu zaman hiç ölmeyecekmiş gibi yaşamını sürdürür. Yaşam süreci içerisinde çeşitli nedenlerle bireyin sağlığı bozulabilir. Bu bozulmalar yalnızca bedensel hastalıklar biçiminde değil, aynı zamanda ruhsal sorunlar şeklinde de ortaya çıkabilir (WHO, 2022).

Nitekim pek çok bedensel rahatsızlığın, psikososyal stresörler ve ruhsal yüklerin etkisiyle tetiklendiği ya da ağırlaştığı bilinmektedir (Kiecolt-Glaser et al., 2018). Birey, ruhsal açıdan zorlayıcı deneyimlerden arınmadığında bu durum hem bedensel hem de ruhsal sağlık sorunlarının gelişimine yol açabilmektedir. Dolayısıyla, insanın akıl sahibi ve aklını kullanabilen bir varlık olması, sağlığını koruyucu davranışları benimsemesi ve zararlı eylemlerden uzak durması açısından önemlidir. Kendi sağlığını koruma yönünde bilinçli davranışlarda bulunan, aynı zamanda ruhsal ve manevi yönden özünü arındıran bireylerin daha yüksek bir sağlık düzeyine sahip olabileceği ifade edilebilir (Snyder and Lopez, 2021). Aksi durumlarda ise, beden ve ruh bütünlüğünde çeşitli hastalıkların ortaya çıkması kaçınılmazdır.

Hemşirelik

Hemşirelik, bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık gereksinimlerine odaklanan; iyi oluşa ulaşmalarını sağlamak için hemşirelik sürecini etkin biçimde kullanan bilim ve sanattan oluşan bir meslektir (Black, 2020). Hemşire de bir insan olarak öncelikle kendi duygu, düşünce, önyargı ve yetersizliklerinin

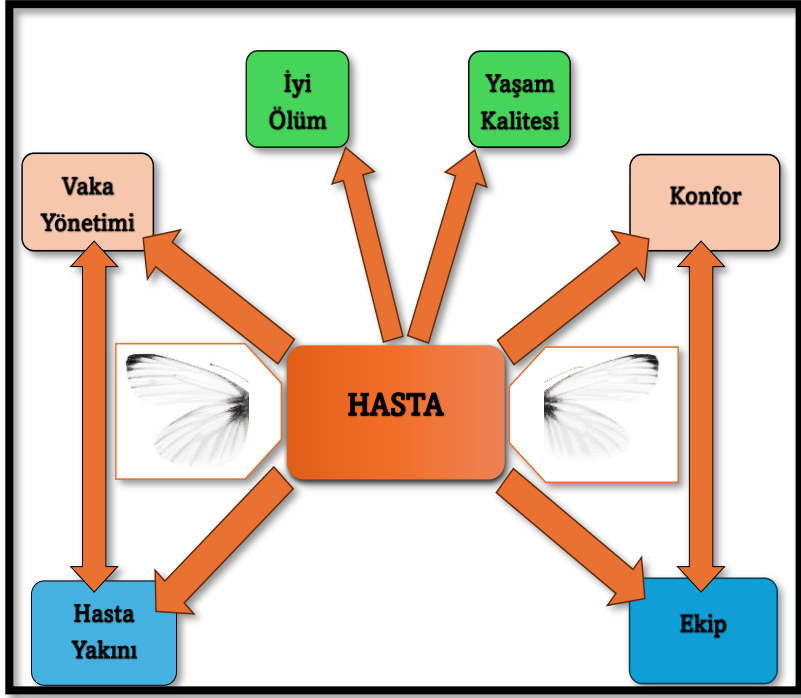
farkında olmalıdır. Öz farkındalık düzeyi gelişmiş bir hemşire, bu olgunluğa ulaştığında karşısındaki bireyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirebilir (Epstein and Krasner, 2013).

Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, palyatif bakım sürecinde yaşamı, ölümü ve hasta deneyimini anlayabilmek; hastaya onurlu bir ölüm süreci sunabilmek için mutlaka eğitim almalıdır (Gamondi et al., 2013). Palyatif bakımda hemşire, merkezde yer alan hastanın yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla diğer ekip üyeleri ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim içinde bulunmalıdır. Çünkü hemşire, her iki grupta da en sık etkileşim halinde olan profesyoneldir (Ferrell and Coyle, 2015).

Palyatif bakımda kelebek modelinde, sağlık profesyonellerinin amacı, hastanın konforunu artırmaya yönelik gerekli girişimlerle onurlu bir ölümü desteklemektir. Bu süreçte karar verme mekanizmalarında hastanın aktif rol alması önemlidir (Duggleby and Wright, 2020). Hasta yakınları istekli oldukları takdirde, bakım sürecine katılımları teşvik edilmelidir. Böylelikle, ölüm sürecinde hastanın kendini daha iyi hissetmesine katkı sağlanırken, yakınlarının da bu süreci daha anlamlı ve kabul edilebilir biçimde deneyimlemeleri mümkün olur (Hudson et al., 2017).

Palyatif bakımda yalnızca fiziksel semptomların giderilmesi değil, aynı zamanda hastanın duygusal ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması da göz önünde bulundurulmalıdır (WHO, 2020). Bu nedenle, son dönem palyatif bakım hastalarının bireysel gereksinimleri, istekleri ve son dilekleri dikkate alınmalı ve mümkün olduğunca yerine getirilmelidir (Radbruch et al., 2020). Palyatif Bakımda Kelebek modelinde hemşirenin en önemli sorumluluklarından biri, hastanın güven duygusunu pekiştirmektir. Bu güven ilişkisi kurulduğunda, hasta içsel huzursuzluklarına neden olabilecek pişmanlıklarını, öfke ve kırgınlıklarını ifade edebilir; aynı zamanda helallik alma arzusu gibi manevi ihtiyaçlarının karşılanması da mümkün hale gelir (Puchalski et al., 2014).

Palyatif Bakımda Kelebek Modelinin Hemşirelik Metaparadigmaları dışındaki temel kavramları



Şekil 1 Palyatif Bakımda Kelebek Modeli ve Modelin Kavramları

Hasta

Palyatif Bakımda Kelebek Modelinin merkezi, birey olarak hastadır. Model, son dönem hastanın bireysel değerlendirilmesine dayalı olarak, tedavi odaklı olmayan bir yaklaşımı benimser; tedavisi olmayan durumlarda acı verici uygulamalardan kaçınılmasını ve hastanın yaşam kalitesini artıracak müdahalelerin uygulanmasını hedefler (Ferrell and Coyle, 2015; Radbruch et al., 2020). Bu bağlamda, ağrının giderilmesi, huzur ve konforun artırılması modelin temel amaçlarını oluşturmaktadır. Modelde hasta ile ilgili tüm planlamalar, bireye saygı çerçevesinde yürütülmekte ve iyi, onurlu bir ölüm sağlama amacı doğrultusunda şekillendirilmektedir (Kolcaba, 2003).

İyi ölüm

Palyatif Bakımda Kelebek Modeli, herkesin iyi bir ölüm hakkına sahip olduğu ilkesinden hareket etmektedir. İyi ölüm, hastanın yaşamının son döneminde arzu ettiği ortamın oluşturulması; ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesi; hasta ve yakınları arasında etkileşimin desteklenmesi, ölümü kabullenme sürecinin kolaylaştırılması, hastanın ve yakınlarının birbirleriyle

vedalaşabilme fırsatına sahip olması ve son zamanların kaliteli ve konforlu bir şekilde geçirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Ferrell and Coyle, 2015; Radbruch et al., 2020). Bu yaklaşım, Palyatif Bakında Kelebek Modelinde modelin antenlerinden biri olarak yer almakta ve iyi ölümün sağlanmasına yönelik bakım uygulamalarının temel yönelimini oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesi

Hastaların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları acının azaltılmasına yönelik bakım, öncelikle ağrının etkin bir şekilde giderilmesini ve diğer semptomların kontrol altına alınmasını içerir. Ayrıca gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınmak ve her yeni günde hastanın iyi oluş hâlini desteklemek de bu sürecin önemli bileşenlerindendir (Ferrell and Coyle, 2015; Radbruch et al., 2020). İyi bir ölüm sürecinin sağlanabilmesi için, hastanın yaşam kalitesinin artırılması kritik bir hedef olarak kabul edilmektedir. Palyatif Bakında Kelebek Modelinde, yaşam kalitesinin artırılmasına odaklanan bu yaklaşım, modelin bir diğer temel anteni olarak işlev görmektedir.

Konfor

Palyatif Bakında Kelebek Modeli çerçevesinde, hastanın iyi ölümü sürecinde konforunun sağlanması temel bir gerekliliktir. Konforun sağlanabilmesi için, hastanın bireysel özellikleri dikkate alınarak kapsamlı bir değerlendirme yapılmalı ve ona özgü bakım girişimleri planlanıp uygulanmalıdır (Kolcaba, 2003). Bu bağlamda konfor, yalnızca bedensel semptomların giderilmesiyle sağlanamaz; örneğin ağrının dindirilmesi tek başına hastanın tam konforunun sağlandığını göstermez. Gerçek konfor, hastanın bütüncül olarak ele alınmasını gerektirir ve hem bedensel, psikolojik ve spiritüel boyutlarını hem de fiziksel ve sosyal çevresini kapsamalıdır (Ferrell and Coyle, 2015).

Hastanın konforunun sağlandığı, ancak tüm bu boyutlarda bütüncül yaklaşımlar uygulandığında ve yapılan müdahalelerin hasta tarafından sözlü veya sözsüz biçimde geri bildirimi alındığında değerlendirilebilir. Böylelikle, konfor yalnızca geçici semptom yönetimi değil, bireyin yaşam kalitesini artıran kapsamlı bir bakım yaklaşımıyla temin edilmiş olur (Kolcaba and DiMarco, 2005).

Vaka yönetimi

Her hastanın son dönem ihtiyaçları, bireysel fiziksel, duygusal, ruhsal, manevi ve sosyal durumlarına göre farklılık göstermektedir (Ferrell and Coyle, 2015). Bu nedenle, palyatif bakım sürecinde veri toplama, bakım planlarının oluşturulması, hedeflerin belirlenmesi, uygulanacak girişimlerin planlanması ve sonuçların değerlendirilmesi sistematik bir şekilde yürütülmelidir (Radbruch et al., 2020). Kelebek Modeli çerçevesinde, her hasta için bireyselleştirilmiş bir vaka yönetimi

planı geliştirilmesi ve tüm multidisipliner ekip üyelerinin bu planı eksiksiz uygulaması önerilmektedir.

Bireyselleştirilmiş vaka yönetimi sayesinde, ekip üyeleri rollerini ve sorumluluklarını net bir biçimde bilmekte, hastada gözden kaçabilecek durumlar minimize edilmekte ve iyi ölüm süreci kesintisiz bir şekilde devam etmektedir (Hudson et al., 2017). Ayrıca, ani gelişebilecek kriz durumlarında hızlı müdahale olanağı sağlanmakta, vakit kaybı önlenmekte ve hastanın bakım sürecinden olumsuz etkilenmesi engellenmektedir. Bu yaklaşım, potansiyel krizlerin önceden öngörülmesine ve gerekli önlemlerin alınmasına da imkân tanımaktadır (Duggleby and Wright, 2020).

Hasta yakını

Palyatif bakım kelebek modeline göre, hastanın yanında bulunmasını tercih ettiği kişiler, bakım sürecinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu kişilerin hasta ile birlikte süreçte yer alması, hem hastanın duygusal ve psikosozal iyilik hâlini desteklemekte hem de yakınlarının yas sürecine uyumunu kolaylaştırmaktadır (Hudson et al., 2017). Hasta yakınları, istekleri doğrultusunda hastanın bakımına aktif olarak katılabilirler; bu katılım süreci boyunca ekip tarafından gerekli hazırlık ve destek sağlanır (Ferrell and Coyle, 2015). Böylelikle hem hastanın hem de hasta yakınlarının bakım hizmetine yönelik memnuniyet düzeyi artırılabilir. Ayrıca, hasta yakınları, bakım sürecinde sürekli olarak hem hastayla hem hemşire hem de diğer ekip üyeleriyle iletişim hâlinde bulunur, bu da bakımın bütüncül ve koordine biçimde yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Paiva, Carvalho, and Maia, 2021).

Ekip

Palyatif bakım bir ekip işidir. Bu ekipte onkoloji doktoru, hemşire, psikolog, manevi destek uzmanı gibi birçok sağlık profesyoneli yer alır. Modele göre, ekip her bir hasta için vaka yönetimi oluşturmalı ve uygulamalıdır. İnsanın biricikliğine saygı duyan ve bütüncül bir yaklaşım esastır. Hemşire, palyatif bakım sürecinde hasta ve ailesine bütüncül bakım sağlayarak onların fiziksel, psikosozal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan multidisipliner ekibin merkezinde yer almaktadır (Ferrell and Coyle, 2015). Yaşamı tehdit edici hastalıklarda birey ve ailelerin yaşam kalitesini güçlendirmek amacıyla bakım uygulayan palyatif bakım hemşiresi aktif bir role sahiptir (Paiva et al., 2021). Ayrıca palyatif bakım hemşiresi, multidisipliner ekibin etkin ve kesintisiz iletişim süreçlerinin sürdürülmesinde merkezi bir rol üstlenmektedir (Ferrell & Coyle, 2015; Paiva, Carvalho, and Maia, 2021).

Sonuç ve öneriler

Palyatif Bakımda Kelebek Modeli, hastaların onurlu, huzurlu ve konforlu bir şekilde yaşamlarının son dönemine eşlik edilmesini amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, modelin palyatif bakım hastalarında uygulanması ve kullanılabilirliğinin test edilmesi önerilmektedir. Söz konusu model aracılığıyla hemşirelerin mesleki rollerini profesyonel bir biçimde yerine getirebilecekleri, merkezde yer alan hastayı bütüncül olarak değerlendirebilecekleri, ekip-hasta-hasta yakını etkileşiminde güçlü bir iletişim sağlayarak hemşirelik bakımının kalitesini artıracabilecekleri öngörülmektedir. Böylelikle, hastaların yaşam kalitesi ve konforu yükseltilirken, aynı zamanda iyi ve onurlu bir ölümün gerçekleşmesine katkı sunulabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akay G. Yenidoğan palyatif bakım tutum ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği. [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi: 2017, s.1-98.
- Ambushe, S. A. (2023). Holistic nursing care practice and associated factors among nurses. *BMC Nursing*, 22(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01517-0>
- Bertaud, S. (2025). The heart of palliative care is relational: a scoping review. *BMC Palliative Care*, 24(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01784-5>
- Black, B. P. (2020). *Professional nursing: Concepts and challenges* (9th ed.). Elsevier.
- Cheng, S. Y., Lee, M. C., & Wang, J. J. (2022). Placing care: The impact of the physical environment on palliative care quality. *Journal of Nursing Research*, 30(5), e211. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000476>
- Dağcı, M. (2019). Türkiye’de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (9), 929-943.
- Dossey, B. M. (2021). Florence Nightingale’s environmental theory: Applications in nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 35(3), 123–130. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000415>
- Duggleby, W., & Wright, K. (2020). Transforming suffering: The role of meaning in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 18(4), 394–400. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000252>
- Ellington, L., Cloyes, K. G., Xu, J., Bellury, L., & Berry, P. H. (2018). Environmental influences on end-of-life care: An integrative review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6), 582–590. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000482>
- Epstein, R. M., & Krasner, M. S. (2013). Physician resilience: What it means, why it matters, and how to promote it. *Academic Medicine*, 88(3), 301–303. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280cff0>
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed.). Oxford University Press.
- Flarey, D. (2024, September 5). Holistic nursing: Integrating mind, body, and spirit in patient care. *AIHCP Blog*. <https://aihcp.net/2024/09/05/holistic-nursing-integrating-mind-body-and-spirit-in-patient-care/>
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education—part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86–91.

- Hudson, P. L., Hall, C., & Boughey, M. (2017). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 16, 31. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0206-8>
- Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., & Keogh, B. (2017). A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 71–80. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197960>
- Kennedy, G. (2016). The importance of patient dignity in care at the end of life. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(2), 212–216. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000841>
- Kıvanç MM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *HSP*.2017;4(2):132-5. 10.17681/hsp-dergisi.316894.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fagundes, C. P., & Andridge, R. (2018). Adverse childhood experiences, inflammation, and psychiatric disorders. *Brain, Behavior, and Immunity*, 69, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.06.012>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(4), 187–194.
- Lee, J. H., Park, S., & Kim, Y. (2024). Hospice care for patients with advanced heart failure: Effects on quality of life and emotional well-being. *BMC Palliative Care*, 23(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01750-9>
- Miller, M. (2023). Spiritual care as a core component of palliative nursing. *American Journal of Nursing*, 123(2), 34–40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000921937.90336.74>
- Nightingale, F. (2020). *Notes on nursing: What it is, and what it is not (Original work published 1860)*. Digireads Publishing.
- Özçelik, S. (2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 1(3), 76-82.
- Paiva, F., Carvalho, A. S., & Maia, A. (2021). The role of nurses in palliative care: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 20(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00867-0>
- Pereira, S. M., & Fonseca, A. M. (2021). Family involvement in palliative care: Benefits for patients and relatives. *Palliative & Supportive Care*, 19(4), 456–463. <https://doi.org/10.1017/S1478951520001298>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international

- consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Smith, J. (2024). The enduring influence of Florence Nightingale’s environmental theory in modern nursing. *Nursing History Review*, 32(1), 45–60. <https://doi.org/10.1891/NHR-2024-0012>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2021). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths* (4th ed.). SAGE Publications.
- Sürmeli DM, Akçiçek F. Palyatif bakım: tanımı ve tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*.2016;9(1):8-11.
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. World Health Organization. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
- World Health Organization. (2020). Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19. WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_DBMgmt-2020.1
- World Health Organization. (2020). Palliative care. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
- Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun: Overcoming the terror of death*. Jossey-Bass.
- Zhang, Y., Liu, H., & Chen, L. (2025). Integrated palliative care interventions and their impact on advanced cancer patients: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 24(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01800-8>



BÖLÜM 3

Afetlerde Acil Sağlık Hizmetleri Kapsamında Olay Yeri Yönetimi

Emine Sevinç Postacı¹

1. GİRİŞ

Afet, etkilenen toplumda ani bir şekilde ölüm, yaralanma ve hastalıkların artmasına, sağlık alt yapısının ve rutin hizmetlerinin tahrip olmasına ve aksamasına, çevreyi olumsuz etkileyerek bulaşıcı hastalık ve başka sağlık sorunlarına, ruh sağlığı problemlerine ve nüfus hareketliliklerine neden olabilmektedir (Tekeli Yeşil, 2021).

Afetlerde acil sağlık hizmetleri, özellikle yerinde ilk müdahale ve hızlı sağlık hizmeti sunulması açısından çok kritik bir rol oynar. Olay yeri yönetimi, afet sonrası hayat kurtarma çabalarının etkinliğini artıran ve düzenli bir şekilde yapılmasını sağlayan bir süreçtir. Bu yönetim, özellikle acil durumlar için çok önemli olan lojistik, koordinasyon, iletişim ve kaynak yönetimini içerir (Çiftçi, 2025).

Afet durumunda sahada daha nitelikli ve kapsamlı acil sağlık hizmeti sunabilmek için oluşturulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE), gönüllü sağlık personelinin oluşan Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak 2004 yılında kurulmuştur. UMKE afetler ve tüm acil sağlık hizmeti gerektiren durumlarda donanımı ve tecrübesiyle, yardıma yetißen bir ekiptir. UMKE aldığı özel eğitimlerle olay yeri triyajını, tıbbi müdahaleyi ve nakil hazırlıklarını sağlar. Diğer sivil toplum kuruluşları ile ve ulusal kuruluşlar ile işbirliği yapar ve bu görevlerini yurt içi ve yurtdışında icra eder (Çiftçi, 2025).

Afetlerde olay yeri yönetimi afetlerin zararların azaltılabilmesi için afet öncesi, afet sırası ve afet sonrasında yapılması gereken medikal yönetsel, yasal ve teknik çalışmaları belirleyen ve uygulamaya aktaran bir olaya zamanında, uygulama yapabilmeyi sağlayan ve her olaydan çıkarılan derslerin ışığında mevcut sistemi geliştiren yönetim biçimidir (Nations, 2018).

2. AFETLERDE OLAY YERİ YÖNETİMİNDE BAŞLICA ADIMLAR

2.1 Olay Yerine Hızlı Erişim ve Güvenlik

Acil sağlık hizmetlerinin saha yönetimi acil yardım çağrısı ile başlar. Büyük afetlerde veya özellikle bölgelerde iletişim alt yapıları, eğer alt yapı ve baz

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Orcid: 0000-0002-2816-4029

istasyonları zarar gördüyse, acil sağlık hizmetleri telsizler aracılığıyla iletişim sağlanabilir.

- **Güvenlik önlemleri:** Afet bölgesine ulaşan sağlık ekipleri, öncelikle olay yerinin güvenliğini sağlamalıdır. Tehlikeli maddelerin varlığı, yapısal çöküş tehlikesi ve çevresel risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır. Yeterli önlemler alınmadığında hem yaralıların hem de sağlık çalışanlarının hayati riski oluşabilir.

- **Risk değerlendirmesi:** Olay yerine gelen ilk ekipler, bölgedeki riskleri analiz eder ve sağlık hizmetlerinin verileceği alanlar belirlenir. Olay yeri değerlendirmesi yapan ekipler, olası tehlikeler için önlemler alarak afetin daha da büyümesini engelleyebilir. Risk değerlendirmesi tek seferlik değil sürekli yapılması gereken bir süreçtir (Sönmez, 2025).

2.2 Acil Durum Müdahale Planı

- **Triyaj (Sınıflandırma):** Olay yerinde yaralıların durumu değerlendirilip önceliklendirilmeli. Acil, ciddi, orta ve hafif yaralılar arasında ayırım yapılmalıdır. Triyaj, sınırlı kaynaklarla en hızlı şekilde hayat kurtarılmasını sağlayacaktır.

Afet durumunda olay yerinin çevresinde güvenli bir bölgede tedavi ünitesi kurulmalıdır. Triyaja göre bu tedavi ünitelerine yaralılar taşınmalıdır. Bu üniteye yine triyaj yapılarak hastanın tahliyesi yapılmaya çalışılmalıdır. Komuta tıbbi iletişim koordinatörü tahliyesi yapılan hastaların ciddiyeti ve özellikli ihtiyacının olması durumuna göre gerekli olan en doğru sağlık tesisini seçip kara ambulans direktörü ile iş birliği yaparak sevki gerçekleştirilmelidir.

Afet bölgesinde sağlık tesisi yakın ise daha az hasar görmüş yaralıları kendi imkanlarıyla ya da bölgedeki gönüllülerin yardımıyla en yakın sağlık kuruluşuna ayakta kendileri baş vurabilmektedir. Bu triyaj şekline de ters triyaj adı verilmektedir.

Ters triyaj durumu daha kritik olan hastalara müdahalenin gecikmesine ve afet bölgesine en yakın tesiste ekstra yoğunluğa yol açmaktadır. Bu konuda koordinatörler tarafından yapılması gereken kendiliğinden gelen gönüllü ekibin koordinasyonudur.

Gönüllü ekiplerin iyi yönetilemediği durumlar kargaşaya sebep olur. Her afet yönetim planında gönüllü yardımcılardan nasıl koordine edileceğine dair bir bölüm bulunmalıdır.

- **Acil sağlık hizmetlerinin sunulması:** Yaralıların olay yerinde temel stabilizasyonu sağlanmalı; kanama kontrolü, hava yolu açıklığının korunması,

solunum desteği, dolaşım desteği ve kırık stabilizasyonu gibi temel işlemler uygulanmalıdır (Organization, 2021).

2.3 Ekip Koordinasyonu ve İletişim

- **Merkezileştirilmiş Komuta:** Olay yeri yönetiminde birden fazla kurum yönetiminin birleşmesi ile komuta merkezi oluşturulur Bu merkez, sağlık ekiplerinin koordinasyonunu sağlayarak, hangi alanlarda hangi ekiplerin çalışacağını, yaralıların hangi hastaneye sevk edileceğini ve kaynakların nasıl kullanılacağını belirler. Olay yönetim personeli ile operasyon, lojistik, planlama, finans ekip sorumluları da bilgi verir.

- **İletişim hatları:** Sağlık hizmetleriyle ilgili bilgi ve talimatlar, afet yönetim merkezi ile sürekli iletişimde olmalıdır. Ayrıca, afet alanındaki farklı sağlık ekipleri arasında koordinasyon sağlanmalıdır. İletişim kanalları telsiz, uydu telefonu ve mobil cihazlar üzerinden kesintisiz şekilde sürdürölmelidir. Ayrıca sağlık ekipleri, güvenlik güçleri, itfaiye, afad, yerel yönetimler ve gönöüllü kuruluşlarla koordinasyon halinde çalışmalıdır.

- **Koordinasyon:** Afet bölgesindeki sağlık hizmetlerinin, itfaiye, arama-kurtarma ekipleri, yerel yönetimler ve gönöüllü kuruluşlarla uyumlu bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Lojistiği

- **Tıbbi malzeme ve ilaç temini:**

Afetzedelerin temel ihtiyaçlarının ve kullanılan veya ileriki günlerde gerekliliği öngörölen materyal kaynaklarının da durum tespitinin yapılması bir afet yanıtıdır. Tıbbi lojistik birimi bu tıbbi yanıttan sorumlu yegâne birimdir. Tıbbi lojistik biriminin görevini eksiksiz, hızlı bir biçimde yerine getirmesi için bazı ilkeler çerçevesinde çalışması gerekmektedir bunlar,

- Zarar vermemek
- Kabul edilen değerlere bağlı kalmak
- Kalitenin esas olması
- Sadece medikal profesyonellerinin ilaç, malzeme ve ekipman sipariş verebilmesi
- Zincir(ihtiyacın belirlenmesi, sipariş, tedarik, transport, depolama, dağıtım)
- Güvenlik

Lojistik ekibi diğer ekipler için de gerekli olan her şeyin ikmali ve iletiminden sorumludur. İletişim için gerekli ekipmanlardan, arama kurtarma malzemeleri, kurtarıcı ekip için gıda, yakıt ikmali ve olay yerinde tıbbi hizmette sunuluyorsa

gerekli olan medikal ekipman taşınmasına kadar geniş bir iş lojistiğinden sorumludur.

Afet bölgesinde, gerekli tıbbi malzeme, ilaç ve araç gereçlerin en hızlı şekilde temin edilmesi ve kullanılabilir hale getirilmesi sağlanmalıdır (Ekinci, 2019).

- **Taşıma:** Olay yerinden yaralıların güvenli bir şekilde hastanelere veya daha güvenli bölgelere taşınması için ambulans, helikopter veya diğer taşıma araçları kullanılabilir.

2.5. Psiko-sosyal Destek

- **Yaralılara ve yakınlarına psikolojik destek:** Afet sonrası psikolojik travmalar büyük bir sorun olabilir. Acil sağlık hizmetleri kapsamında, hem yaralılar hem de afet bölgesindeki diğer kişiler için kriz müdahale ekipleri de devreye girebilir. Mümkünse ekip lideri her hastanın kısa psikiyatrik özgeçmişinin alınması faydalı olabilir (Özyer & Dinçer, 2020).

- **Ekip içi psikolojik destek:** Olay yerindeki sağlık personelinin de psikolojik olarak etkilenmesi olasıdır. Bu nedenle ekip içi psikososyal destek hizmetleri de sağlanmalıdır (Ottisova, 2022.). Afetzedeye yardım ederken travma etkenlerine maruz kalmış sağlık personeli de psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır. Personelin afet durumunda göstereceği motivasyon ve hazır bulunuşluğunun değerlendirilmesi önemlidir. Afetten bağımsız sosyal hayatları ile ilgili sorunları olabilecek çalışanlarda bu süreçte göz önüne alınmalıdır. Gönüllüler ve sağlık personeli arasında güvenlik ve destek ekiplerinin birlikteliği de önem arz etmektedir (Bozdereli Berikol, 2019). Bunların dışında afet yönetiminde sağlık çalışanlarının psikolojik ilk yardım konusunda,

- Bilgi edinme yönlendirme, destek ve güvenlik için afet dışındaki bölge ile temasa geçmeleri,
- Geçmişte stresle baş etme yöntemlerini hatırlamaları,
- İyi şeyler düşünmeyi sağlama,
- Başarıları, yardımları hatırlama, hatırlatma,
- Tükenmişlik sendromunu azaltmaya yönelik çalışma saatlerini makul tutmaya çalışma,
- Bütün sorunları çözmeye çalışmama,
- Olumsuz başa çıkma yöntemlerinden uzak durma,
- Yardım ekibindeki kişilerle paylaşımlar ve birbirini desteklemesini sağlama,
- Sevdikleri ile iletişim,

- Dinlenme, kendine zaman ayırma gibi ilkelere dikkat edilmesi gerekmektedir.

Ayrıca afetzedelerin şiddet hedefi olabileceklerini bilmeleri ve öngörmeleri durumunda verebileceği hasardan korunmaya karşı tedbirli olmalıdır (Bozdereli Berikol, 2019).

2.6. Acil Sağlık Ekiplerinin Eğitimi ve Hazırlığı

- **Afet eğitimi:** Acil sağlık hizmetleri ekipleri, afet ve acil durumlara yönelik düzenli eğitimler almalı ve tatbikatlar yapmalıdır. Bu eğitimler, olası afet durumlarında hızlı ve etkili müdahale yapabilmelerini sağlar. Afete hazırlığın bir parçası olarak afet eğitiminin iki amacı vardır. Afetlerin önlenmesi; Zarar azaltma. Afet eğitimleri ile varılmak istenilen hedefler;

Esneklik: Bir sistem, değişen koşullara (teknoloji, kurtarıcı, yöntem) başarılı bir şekilde uyum sağlayabiliyorsa esnektir.

Ölçülebilirlik: Bir öge, çoğaltma veya başka yollarla, değişen talebi karşılamak için yeterli kapasite sağlayabiliyorsa ölçeklendirilebilir. Örneğin bir iletişim sistemi hem günlük operasyonlar hem de afet durumunda iletişim sağlamak için yeterli sayıda cihaz ve personel içermesini sağlayacak şekilde ölçeklendirilmelidir.

Hazırlık: Planlama, eğitim ve öğretim yoluyla edinilen kapasite ile bir işte veya hizmeti sağlamak. Örneğin, hasta bakımı sağlamak için eğitilmiş ve deneyimli bir paramediğin hazırlanması gibi.

Takım çalışması: İstenilen süre içinde bir fonksiyon veya hizmeti cevaplamak ve sağlamak için isteklilik, uygunluk , yeterli ekipman ve hazır ekibin birlikteliği önemlidir. Örneğin tam donanımlı bir ambulansla görevli bir sağlık ekibi hasta bakımına cevap vermeye hazırdır.

- **Acil müdahale araçlarının hazır bulundurulması:** Araçlar, malzemeler ve sağlık ekipmanları düzenli olarak kontrol edilip, afet sonrası kullanılmak üzere hazır bulundurulmalıdır (S, 2019).

2.7. Afet Sonrası İzleme ve Değerlendirme

- **Sağlık durumu izleme:** Afet sonrası, bölgede sağlık durumu izlenmeli, hastalıklar veya salgınlar için önlem alınmalıdır. Ayrıca, yaralıların durumu takip edilmeli ve iyileşme süreci izlenmelidir.

- **Geribildirim:** Afet sonrası yaşananlar değerlendirilerek, gelecekteki müdahaleler için dersler çıkarılmalı ve planlar gözden geçirilmelidir.

Afetlerde olay yeri yönetimi, sadece sağlık personelinin değil, aynı zamanda yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve gönüllülerin de işbirliği içinde çalışmasını gerektirir. Bu tür bir işbirliği, afet sonrası müdahalelerin hızını ve etkinliğini büyük ölçüde artırır (Çiftçi, 2025).

3. SONUÇ

Sonuç olarak çoklu yaralanma olaylarını yönetmek birçok parametreye hakim olup tüm birimlerle koordineli olarak çalışarak mümkün olmaktadır. Acil sağlık hizmetleri profesyonelleri afetlere her zaman hazırlıklı olmalı ve bu konu ile ilgili eğitim almış ve daha önceden tatbik etmiş olmalıdır. Afetlerle ilgili olaylarla bir planı olmalı ancak bu plan afeti özgü ihtiyaçları karşılayacak şekilde esnek olabilmeli, değişime izin vermelidir. Sık tatbikatlar ve planın daha yaygın olan küçük olaylara ölçeklendirilmesi müdahale ekibinin plana aşına olmasına yardımcı olur ve plan uyumu artırır. Neredeyse hemen hemen her afette olay yeri yönetimi sonrası raporda iletişim konusunda yaşanan güçlüklerden bahsedilir. Merkezi komuta zinciri içerisinde ve dış kaynaklarla olan verimli ve sürdürülebilir iletişimi komuta kontrol ve verimli kaynak kullanımı için şarttır.

Rutin kullanılan iletişim sistemlerinin kapasitesi büyük olaylar sırasında yetersiz kalır.

Geniş çaplı afet operasyonlarında her kritik yaralıyı özel bir merkeze ileri yaşam desteği ile transfer etmeye çalışmak her zaman kaynakların kullanımı açısından mümkün değildir.

Geniş çaplı çoklu yaralanmalı olaylarda verimli triyaj stratejileri günlük tekli travma triyajından daha önemlidir. Triage eşliğini düşük veya yüksek tutmak, sağlık bakım tesislerine gelen hasta sayısını ve aciliyetini belirgin şekilde etkileyebilir. Bu kısıtlı kaynakların en çok faydalanacak yaralılara ulaşmasını aksatabilir ve sonuç olarak yaralı klinik sonlanımını olumsuz etkileyebilir. Olay yeri yaralı kaydı yapıldıysa, yaralı adı triyaj kategorisi, hedef hastane ve taşıyıcı birim içeren bir kağıt evrak şeklinde basit ya da hasta bilgilerini gerekli kurumlara kablosuz aktaracak şifreli elektronik tarama gibi yüksek teknoloji kullanılarak yapılabilir.

İyi düşünülmüş, hedefe yönelik, kabul gören ve uygulanan pratik ve tatbikatlar geniş çaplı afetler sırasında yaşanacak güçlüklerin yönetimi ve koordinasyonu için gereklidir.

Küçük yada büyük her afetten sonra oluşturulacak olay yeri yönetimi sonrası afet raporu ilerisi için bir örnek teşkil etmelidir. Yapılan doğru ve yanlışlar, olması gerekenler ve eksiklikler rapor edilerek olası afetlere acil sağlık hizmetlerini daha da hazırlıklı hale getirecektir (Nations, 2018).

KAYNAKLAR

- Bozdereli Berikol, G. (2019). Psikolojik Destek Uygulamaları. E. Eroğlu S içinde, *Afet Yönetimi ve Tıbbi Uygulamalar* (s. 383-389). İstanbul: Ema Yayıncılık.
- Çiftçi, Ö. (2025). Türkiyede Afet Yönetimi. M. Çelikmen, & M. Çiçek içinde, *Doğa ve Afet Tıbbı* (s. 1019-1024). İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Yayınevi.
- Ekinci, S. (2019). Tıbbi Lojistik. S. Eroğlu içinde, *Afet Yönetimi ve Tıbbi Uygulamalar* (s. 281-285). İstanbul: Ema Tıp Kitapevi.
- Nations, U. (2018). United Nations Disaster Assessment and Coordination UNDAC Field Handbook.
- Organization, W. H. (2021). Classification and Minimum Standards For Emergency Medical Teams.
- Ottisova, L. a. (2022.). Effectiveness of psychosocial interventions in mitigating adverse mental health outcomes among disaster-exposed health care workers: A systematic review. *Journal of traumatic stress*, 35(2); 746-758.
- Özyer, Y., & Dinçer, S. (2020). Afetlerde Hemşirelerin Psikolojik İlk Yardım Rollerini. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* , (7), 198-206.
- S, Y. (2019). Türkiye'de Afet Eğitimleri. S. Eroğlu içinde, *Afet Yönetimi ve Tıbbi Uygulamalar* (s. 135-143). İstanbul: Ema Kitabevi.
- Sönmez, Ö. (2025). Kriz ve Acil Durumlarda Risk İletişimi. Ö. Sönmez içinde, *Doğa ve Afet Tıbbı* (s. 981-993). İstanbul: Ema Kitapevi.
- Tekeli Yeşil, S. (2021). Sağlık Afet Planlarını Hazırlayan ve Uygulayan Sağlık Çalışanlarının Planlara İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 282-291.



BÖLÜM 4

Yoğun Bakımda Müzik Terapinin Yeri

Abdullah Bulut¹

Müzik Terapi

İnsanlar, tarihsel süreç boyunca mutluluk, kahramanlık, heyecan ve benzeri birçok duyguyu ifade etmek amacıyla müziği bir araç olarak kullanmıştır. İlk ruh hekimleri olarak kabul edilen şamanlar ise, eski çağlardan itibaren topluluklarında din ve maneviyat gibi yaşamı şekillendiren temel unsurları yönettikleri için saygın bir konuma sahip olmuşlardır. Şamanlar, toplumları yönlendirme amacıyla ritim, müzik ve dansı kullanarak bireyleri etkilemiş ve kimi zaman hipnotik bir etki yaratmışlardır. Batı'da müzik terapisinin ilk uygulamalarına ise 18. yüzyılın sonlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde rastlanmaktadır. Ayrıca Mısır, Çin, Hindistan, Yunan ve Roma medeniyetlerine ait tarihi yazıtlarda da bu uygulamalara ilişkin bilgilere ulaşmak mümkündür (Ak, 2006).

Homeros, ameliyatlarda müziğin sakinleştirici etkisinden yararlanmıştır. Aesculapius, sağırlığın tedavisinde trampet enstrümanını kullanmıştır. Roma döneminde Celsus ve Areteus, müziğin ruhu yatıştırıcı etkilerinden söz etmiş ve ruhsal hastalıkların tedavisinde faydalı olduğunu belirtmiştir. M.Ö. 400'lerde Platon, müziğin ahenk ve ritminin insana hoşgörü kazandırdığını ve huzur verdiğini ifade etmiştir. Mısırlılar doğum sırasında müzikten yararlanırken, Çinli filozof Konfüçyus da müziğin kişilerarası ilişkileri geliştirdiğini, duyuları keskinleştirdiğini ve bedensel dengeyi sağladığını vurgulamıştır (Ak, 2006). Beyin araştırmaları, müziğin biyolojik açıdan da etkili olabileceğini göstermektedir. Serotonin, norepinefrin, dopamin, melatonin, kortizol, adrenalın ve testosteron gibi psikiyatrik hastalıklarla ilişkili hormonlar üzerinde; ayrıca kan basıncı, solunum ritmi, solunum kalitesi ve nabız gibi fizyolojik süreçlerde olumlu etkiler sağladığını ortaya koyan bilimsel çalışmalar giderek artmaktadır (Wigram, 2002). Avrupa'daki müzik terapisi uygulamalarında çoğunlukla canlı ve doğaçlama müzik kullanılmaktadır. Aktif müzik terapisi, terapistlerin hastayı rahatlatmak ve tedavi etmek amacıyla geleneksel olarak tercih ettiği bir yöntemdir. Bu yaklaşım, hastanın müzikal davranışlarla iletişim kurmasını destekleyerek, terapi sürecinde ilerleme sağlamaktadır (Uçaner, 2016). Müzik terapisi, sertifikalı sağlık profesyonelleri tarafından klinik ve kanıta dayalı olarak kullanılan; duygusal, fiziksel ve zihinsel sağlığı iyileştirmeyi, sürdürmeyi ve geliştirmeyi amaçlayan bir yöntemdir. Psikiyatri, nöroloji, geriatri, pediatri, onkoloji, yoğun bakım ve palyatif bakım gibi birçok alanda uygulanmakta olup,

¹ Öğr. Gör., Şırnak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Şırnak, 0000-0002-2029-0717

hemşireler tarafından da kullanılabilen düşük maliyetli, güvenli ve kolay uygulanabilir bir TBT yöntemidir (Ak, 2013; Tayaz & Kutludurkan, 2019).

Dünya Müzik Terapi Federasyonu

Dünya Müzik Terapisi Federasyonu (WFMT), 1985 yılında İtalya'nın Cenova kentinde, müzik terapisini küresel ölçekte yaygınlaştırmak amacıyla kurulmuştur. Dünyada müzik terapisini temsil eden tek profesyonel kuruluş olan WFMT'nin üyeleri arasında müzik terapisi organizasyonları, eğitim programları, sertifikalı terapistler, öğrenciler ve alana ilgi duyan kişiler yer almaktadır. Federasyon, farklı bölgelerde komisyon üyeleri ve irtibat görevlileriyle uluslararası düzeyde faaliyet göstermektedir. Ayrıca bünyesindeki Eğitim Merkezi aracılığıyla müzik terapisi konusunda bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yürütmektedir. Bu merkez, klinik uygulamalar, yenilikçi araştırmalar ve farklı yaklaşımlara ilişkin bilgi paylaşımını teşvik etmektedir. WFMT Eğitim Merkezi'nin vizyonu ise, dünya genelinde müzik terapisinin klinik uygulamalarını geliştirmek ve terapistlere araştırma, kaynak ve bilgi desteği sağlamaktır (WFMT, 2016). Müzikle tedavi uygulamaları ilk kez 1947 yılında Michigan Eyalet Hastanesi'nin tedavi programına dâhil edilmiştir. Ardından 1949'da Fransa'da ve II. Dünya Savaşı sonrasında İsveç'in Stockholm kentinde kurulan enstitülerle bu çalışmalar sürdürülmüştür. 1977'de Amerika Birleşik Devletleri'nin müzik terapisini bilim dalı olarak kabul etmesiyle birlikte, dünya genelinde farklı kliniklerde, araştırma merkezlerinde, sanat kurumlarında, hastanelerde, kreşlerde ve bağımsız alanlarda müzik terapi uygulamaları yaygınlaşmıştır (Sarı, 2017).

Dünya Müzik Terapisi Federasyonu (WFMT) ise 1985 yılında İtalya'nın Cenova kentinde, uluslararası müzik terapistleri arasında mesleği küresel ölçekte geliştirmek ve yaygınlaştırmak amacıyla kurulmuştur. Günümüzde müzik terapisini uluslararası düzeyde temsil eden tek profesyonel örgüt olan WFMT'nin üyeleri arasında müzik terapisi dernekleri, eğitim programları, sertifikalı terapistler, öğrenciler ve alana ilgi duyan kişiler yer almaktadır. Federasyon, dünyanın farklı bölgelerinde görev yapan komisyon üyeleri ve bölgesel irtibat sorumluları aracılığıyla çalışmalarını sürdürmektedir. WFMT, aynı zamanda müzik terapisi alanında uzmanlar tarafından yapılandırılmış bir Eğitim Merkezi'ne sahiptir. Bu merkezin temel amacı, küresel ölçekte müzik terapisine ilişkin bilgi sağlamak ve eğitim faaliyetleri yürütmektir. Eğitim birimi; müzik terapisinin klinik uygulamalarına, farklı yaklaşımlarına ve dünya genelinde gerçekleştirilen yenilikçi araştırmalara ilişkin bilgi paylaşımını teşvik eden bir platform olarak işlev görmektedir. WFMT Eğitim Merkezi'nin vizyonu, müzik terapisinin klinik uygulamalarını geliştirmek ve yaygınlaştırmak amacıyla, uluslararası düzeyde terapistlere araştırma, kaynak ve bilgi desteği sunmaktır (WFMT, 2016).

WFMT'ye göre:

Müzik Terapisinin Faydaları:

- ✓ Sosyal becerileri geliştirir.
- ✓ Duyguların ifade edilmesini sağlar.
- ✓ Özgüveni artırır.
- ✓ Kaba ve ince motor hareketleri geliştirir.
- ✓ Fiziksel gevşemeye ve ruhsal rahatlamaya yardımcı olur.
- ✓ Kayıplarla başa çıkmayı kolaylaştırır.
- ✓ Konsantrasyonu artırır.

Müzik Terapisinin Kullanıldığı Alanlar:

- ✓ Psikolojik desteğe ihtiyacı olanlar,
- ✓ Gelişimsel, fiziksel ve öğrenme güçlüğü olanlar,
- ✓ Alzheimer hastalığı & diğer yaşla bağlantılı sağlık problemleri bulunanlar,
- ✓ Madde bağımlılığı olanlar,
- ✓ Doğum sırasındaki anneler beyin travması geçirmiş kişiler,
- ✓ Kuvvetli ve kronik ağrı problemi yaşayanlar.

Müzik Terapisin Kullanılma Alanları:

Müzik Terapi araştırmaları, Müzik Terapinin çeşitli alanlardaki etkililiği üzerinedir. Bu alanlardan bazıları:

- ✓ Ruh hali ve duygulanım
- ✓ Ağrı farkındalığı
- ✓ Danışan ve danışanın ailesine verilen duygusal destek
- ✓ Psikososyal gelişim fizyolojik yanıt (örneğin; kalp atım hızı, solunum)
- ✓ Nöropsikolojik fonksiyonlar
- ✓ Konuşma, dil ve iletişim
- ✓ Fiziksel rehabilitasyon

Müzik Terapistlerin Çalışma Alanları:

- ✓ Psikiyatri Klinikleri & Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri
- ✓ Rehabilitasyon Merkezleri

- ✓ Hastaneler
- ✓ Kreşler
- ✓ Okullar
- ✓ Özel Eğitim Merkezleri
- ✓ Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezleri
- ✓ Askeriye
- ✓ Bakımevleri
- ✓ Huzurevleri (EMTC, 2016).

Avrupa Müzik Terapi Konfederasyonu (EMTC)

Avrupa Müzik Terapisi Derneği (EMTA), 1989 yılında Avrupa'daki müzik terapistleri için bir değişim platformu olarak kurulmuştur. 1991'de düzenlenen *Music Therapy in Health and Education in the European Community* başlıklı konferansın ardından, kurum yapısı geliştirilerek “Avrupa Müzik Terapi Konfederasyonu” (EMTC) adını almıştır. Mayıs 2004'te EMTC, Belçika yasalarına göre kar amacı gütmeyen uluslararası bir profesyonel örgüt olarak Brüksel'de Avrupa Birliği düzeyinde resmi AISBL statüsü elde etmiştir. EMTC, ulusal müzik terapi derneklerinin koordinasyonundan sorumlu olup, temel amacı Avrupa'daki müzik terapistleri arasında karşılıklı saygı, anlayış ve iş birliğini teşvik etmektir (EMTC, 2016).

Dünya Müzik Terapisi Federasyonu (WFMT) ise müzik terapisini; bireylerin, grupların, ailelerin ya da toplulukların yaşam kalitesini artırmak ve fiziksel, sosyal, iletişimsel, manevi, entelektüel ve duygusal sağlıklarını geliştirmek amacıyla, tıp, eğitim ve günlük yaşam alanlarında müziğin ve müzikal unsurların profesyonel olarak kullanılması şeklinde tanımlamaktadır (WFMT, 2011).

Genç ve arkadaşlarının (2018) kanser hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %35,8'inin ağrıyı azaltmak amacıyla müzik dinlediği bildirilmiştir. Randomize kontrollü çalışmalar, müzik terapisinin duygusal ve fizyolojik açıdan yararlar sağladığını; anksiyete, stres, depresyon ve ağrıyı azaltmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim, kanser hastalarında müzik terapisinin ağrı skorları ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırmada, müzik terapisinin ağrı skorlarını düşürdüğü ve konuşmaya kıyasla daha etkili olduğu saptanmıştır (Sazak et al., 2021).

Türklerde Müzik Terapi

Türklerde müzikle tedavi uygulamaları, Türk tarihi kadar eski olup yaklaşık altı bin yıllık bir geçmişe sahiptir. Türkler, müzikle tedavi yöntemlerini ilk olarak Acemler ve Araplardan öğrenmişlerdir. İbn-i Sina, *Kitabü'ş-Şifa* adlı eserinde

tedavinin en etkili yollarından birinin, hastanın aklı ve ruhî güçlerini artırmak, hastalıkla mücadele cesaretini desteklemek, güzel musiki dinletmek ve hastayı sevdiği kişilerle bir araya getirmek olduğunu belirterek müziğin tedavi amaçlı kullanımına dikkat çekmiştir. Dönemin önde gelen hekim ve müzik bilimcilerinden Farabi, Safiyyüddin Urmevî, Hoca Nasır Musa, Keyhüsrev, Abdülmümin Safi ve Şuuri de müziğin insan psikolojisi üzerinde olumlu etkileri olduğunu; nabzın, dinlenen müziğin ritim, usûl ve makamlarına göre değişiklik gösterebildiğini ifade etmişlerdir (Uzel, 1991).

Müzik terapisini düzenli ve bilinçli biçimde uygulayan milletlerden biri de Türklerdir. Ortaçağ'da Batı toplumlarında ruh hastaları hasta olarak kabul edilmeyip işkencelere maruz bırakılırken, Türkler ruh sağlığına ve ruh hastalarının tedavisine büyük önem vermiştir. Uygur Türkleri yaklaşık 3000 yıl önce Şaman inancına bağlı olup, tedavi uygulayıcıları olan müzisyen-hekimler “Şaman” ya da “Baksı” olarak adlandırılmıştır. Baksı ve Şamanlar, hastalıkları iyileştirmek amacıyla şarkı söyleyip dans ederek ritüeller gerçekleştirmişlerdir. Asya kökenli Türk musikisinin en önemli özelliği beş sesli (pentatonik) sisteme dayanmasıdır (Çoban, 2005). Bu sistem, Avrupa’da da uzun yıllar tedavi amaçlı olarak kullanılmıştır (Bahaeddin & Ögel, 1991). Orta Asya döneminde müzikle tedavide en sık kullanılan enstrüman kopuz, Altay Türkleri’nde ise davul olmuştur. Bu enstrümanlar hem dini törenlerde hem de kötü ruhların uzaklaştırılması ve iyi ruhların çağırılması amacıyla kullanılmıştır (Çoban, 2005).

Asya Türklerinde bin yıllık geçmişe sahip olan müzikle tedavi geleneği, tarihsel süreç içerisinde form değişikliğine uğramış; İslamiyet’in tesiriyle kurumsal bir nitelik kazanarak Selçuklu Dönemi’ne intikal etmiş ve nihayetinde Osmanlı İmparatorluğu’na miras kalmıştır. Bu süreklilik içinde, Tasavvufî Türk Musikisi’nin temelleri yavaş yavaş teşekkül etmeye başlamıştır (Oruç, 2005). Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde Türklerin, müzikle tedavi alanında ilk sistematik uygulamaları gerçekleştirdikleri görülmektedir. Söz konusu çalışmalarda, İslam dünyasında konuyla ilgili önemli eserler vermiş olan Râzî, Fârâbî, İbn Sînâ, Hasan Şuurî ve Gevrekzâde Hasan Efendi gibi âlimlerin kuramsal ve pratik birikimlerinden istifade edilmiştir (Ak, 2006). Tedavide kullanılan enstrümanlar arasında zurna, davul, trampet, nakkare, zil ve kös gibi çalgılar yer almaktadır (Uzel, 1991). İslam medeniyetinde özellikle tasavvuf ekolleri, müziği hem ruhani bir araç hem de tedavi vasıtası olarak benimsemiş ve bu alanda özgün katkılar sağlamışlardır (Ak, 2006). Kanuni Sultan Süleyman döneminde saray hekimi olarak görev yapan Musa bin Hamun, çocuk hastalıkları ve diş tedavilerinde müzikten yararlandığını ifade etmiştir. Aynı dönemde, çocukların sakinleştirilmesi ve hanedan üyesi çocuklarının uyutulması amacıyla müziğin terapatik bir araç olarak kullanıldığı bilinmektedir (Ak, 2006).

Çocuk psikiyatrisi alanında önemli bir kaynak olarak değerlendirilen eser, I. Abdülhamit ve III. Selim dönemlerinde başhekimlik yapmış Gevrekzade Hasan Efendi tarafından kaleme alınmıştır. Gevrekzade, *Neticetü'l Fikriyye* ve *Tedbir-i Veladetü'l Bikriyye* adlı eserlerini yazarken İbn-i Sina'dan ve bir asır önce yaşamış olan Şuuri Hasan Efendi'den yararlanmıştır. Eserin en önemli özelliklerinden biri, bölümlerden birinde musiki makamlarının farklı çocuk hastalıklarına nasıl etkide bulunduğunun açıklanmasıdır. Gevrekzade Hasan Efendi, müzik tedavisinde bu makamları etkin bir şekilde kullanmıştır. Bununla birlikte, büyük Türk bilgini Farabi, günümüz müzik terapisine önemli katkılar sağlayan *Musiki-ul Kebir* adlı eserinde, makamların insan ruhu üzerindeki etkilerini detaylı bir şekilde ele almıştır (Çoban, 2005).

Selçuklular Döneminde Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler

- ✓ Nureddin Hastanesi (1154): Bu hastanede akıl hastalarının tedavisi için tahsis edilmiş özel bir birim bulunduğu ve bu birimde müzik terapi uygulamalarının gerçekleştirildiği literatürde belgelenmiştir (Gençel, 2006).
- ✓ Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Maristanı (1206): Anadolu Selçuklu Dönemi'nin ilk sağlık kuruluşu olan bu yapı kompleksi, aynı zamanda Selçuklular döneminde inşa edilen ilk tıp medresesi olma niteliğini taşımaktadır. Söz konusu yapının mimari özellikleri, müzikle tedavi uygulamalarına imkân verecek şekilde tasarlandığına işaret etmektedir (Tekiner, 2006).
- ✓ Divriği Ulu Camii ve Darüşşifası (Turan Melik Darüşşifası) (1228-9): Anadolu coğrafyasında müzikle tedavi yöntemlerinin uygulandığı merkezlerden biri olan Darüşşifa, 1985 yılında UNESCO tarafından "Dünya Kültür Mirası" listesine alınmış ve bu listede ilk üç sırada yer almıştır (Çoban, 2005).
- ✓ Amasya Darüşşifası (1308): Söz konusu Darüşşifanın en dikkate değer özelliği, dünyada akıl hastalıklarının müzik ve su sesi gibi yöntemlerle tedavi edildiği bilinen ilk kurum olmasıdır.

Osmanlılar Döneminde Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler

- ✓ Fatih Darüşşifası (1470) Bu hastane Osmanlı döneminde Avrupa'nın en büyük hastanesi olmuştur (Çoban, 2005)
- ✓ Enderun Hastanesi (İstanbul 1478) Enderun Hastanesi aynı zamanda medrese olarak eğitim veren bir kurumdur. Enderun'da bulunan çocuk yaştaki öğrenciler hastalandıklarında bu hastanede musiki ile tedavi edilmişlerdir.

- ✓ Edirne II. Bayezid Darüşşifası (1488) Bu hastane akustiği ve planlanması açısından müzikle tedaviye uygun bir şekilde inşa ettirilmiştir. Bu yapısıyla Türk psikiyatrisi ve medeniyetinin eşi bulunmaz bir hastanesidir (Uzel, 1991). Trakya Üniversitesi tarafından onarılan yapı bugün Tıp Tarihi Müzesi olarak kullanılmaktadır.
- ✓ Süleymaniye Darüşşifası (1557) Cumhuriyet Dönemi'nden sonra medresenin büyük bir kısmı Süleymaniye Doğum Evi olarak kullanılmıştır (Çoban, 2005).

Müzik Terapi Yöntemleri

Müzik terapi uygulamaları çeşitli metodolojik yaklaşımlar çerçevesinde gerçekleştirilebilmektedir. 1999 yılında düzenlenen 9. Dünya Müzik Terapi Kongresi'nde, birbirinden farklı teorik temellere sahip beş ayrı müzik terapi yöntemi tanıtılmıştır. Uygulama biçimleri temel alındığında ise müzik terapi genel olarak aktif ve pasif müzik terapi şeklinde iki ana kategoride sınıflandırılmaktadır (Karşı, 2019). Aktif müzik terapi, bireylerin müzik aletleri, bedenleri ve sesleri aracılığıyla müzikal deneyimler oluşturmalarını ve bu süreçte kendilerini ifade ederek terapötik kazanımlar elde etmelerini hedefleyen bir yöntemdir. Bu yöntemin bir diğer uygulama biçimi de müziğin ritmine uygun hareket ederek gerçekleştirilen dandır (Yılmaz & Can, 2019). Pasif müzik terapi ise danışanın dinleyici konumunda olduğu, terapistin rehberliğinde ve genellikle terapist tarafından canlı olarak icra edilen veya kayıttan dinletilen müzikler aracılığıyla uygulanan bir süreçtir. Bu yöntemde, kullanılan müziğin danışanın terapi hedeflerine uygun olması ve danışan tarafından kabul görmesi, tedavi sürecinin etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır (Özyıldız & Uçaner Çifdalöz, 2019).

Tıp Biliminde Kullanılan Müzik Terapisi Türleri

Hastalıkların çeşitlerine göre farklılıklar göstermektedir. Ancak müzik terapisi türlerini, sadece hastalıkların oluşum ve tedavi süreçleri içinde düşünmek de doğru değildir. Bireylerin sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri, toplum ya da bireysel yaşantılarında uyumlu birer birey olarak yaşayabilmeleri için de müzikle tedavi yöntemlerinden yararlanılabilmektedir. Müzik Terapisi Türleri 4 ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar:

1. Doğaçlama Müzik Terapisi: Doğaçlama müzik deneyiminde danışan, bir enstrüman çalarak veya vokal yaparak kendiliğinden bir melodi, ritim, vokal parça veya enstrümantal kompozisyon oluşturur. Bu süreç, danışanın bireysel olarak gerçekleştirebileceği bir aktivite olabildiği gibi, terapistle bir düet şeklinde

veya diğer danışanlar ve hatta aile üyelerini de içerebilen grup temelli bir doğaçlama çalışması biçiminde de yürütülebilir (Uçaner, 2016). Geçmiş dönemlerde atalarımızın sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek amacıyla toplu halde veya ferdi olarak uyguladıkları terapi yöntemleri, bağışıklık sistemini güçlendirici ve bu mekanizma aracılığıyla çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını engelleyici nitelikteki fiziksel hareketleri içermektedir. Söz konusu geleneksel uygulamalar, günümüzde modern tıbbın birçok farklı disiplininin dikkatini çekmiş ve bilimsel araştırma konusu haline gelmiştir.

2. Yeniden Yaratma (ya da Performans) Müzik Terapisi: Yeniden yaratma (re-creation) metodu, müzik terapisinde temel uygulama yaklaşımlarından birini oluşturmaktadır. Bu metodolojide, danışanın mevcut ve bestelenmiş bir müzikal kompozisyonu -ister sözel, isterse enstrümantal bir performans yoluyla öğrenmesi, çalışması ve nihai olarak icra etmesi süreci merkeze alınır. Esas itibarıyla, danışandan kendisine model olarak sunulan müzikal bir içeriği, kendi kapasitesi ve yorumu dahilinde yeniden üretmesi beklenir (Uçaner, 2016). Bu süreç, bilişsel becerilerin, motor koordinasyonun, duygusal ifadenin ve sosyal etkileşimin geliştirilmesi gibi çeşitli terapötik hedeflere hizmet edebilmektedir.

3. Besteleme Müzik Terapisi: Müzik terapisinde bir diğer uygulama yaklaşımı olan Besteleme (Kompozisyon) Deneyimleri, danışanın özgün müzikal eserler ortaya koymasını merkeze alır. Bu kapsamda, orijinal bir şarkının veya enstrümantal parçanın bestelenmesi, söz yazımı ya da müzik videoları ve ses kayıtları gibi multimedya ürünlerinin hazırlanması gibi yaratıcı süreçler terapötik müdahale aracı olarak kullanılır. Söz konusu yaratım faaliyetleri, terapistin teknik ve yapılandırılmış desteği eşliğinde gerçekleştirilir. Yöntemin temel prensibi, danışanın bireysel müzikal yetenek, bilgi ve ilgi alanlarına uygun olarak sürece dahil edilmesi ve bu sayede terapötik hedeflere ulaşılmasıdır (Uçaner, 2016). Bu süreç, danışanın duygusal ifadesini, yaratıcılığını ve özgüvenini geliştirmeyi hedefler.

4. Dinleme- Reseptif Müzik Terapisi: Reseptif Müzik Terapisi yönteminde, birey müziği dinlemekte ve bu deneyime sessiz kalarak, sözel ifadelerle veya diğer yöntemlerle tepki vermektedir. Uygulamada kullanılan müzik, canlı veya kayıt edilmiş bir doğaçlama, bir performans, danışanın ya da terapistin bestesi ya da müzik literatüründen çeşitli türlerde ticari bir kayıt olabilmektedir. Dinleme deneyimi, müziğin fizyolojik, duygusal, bilişsel, estetik veya spiritüel boyutlarına odaklanabilmekte; danışanın vereceği tepkiler ise, söz konusu deneyimin terapötik hedefleri doğrultusunda yapılandırılabilir (Uçaner, 2016). Reseptif müzik terapisi, Türkiye'de yaygın olarak tercih edilen müzik terapi yöntemlerinden biridir. Tümeta Derneği'nin kurucusu Rahmi Oruç Güvenç'in aktardığı uygulama örneğinde; terapi seansına katılan bireylerden, dinletilen su sesine odaklanmaları ve kendilerini, ana ırmağa ulaşmaya çalışan

küçük bir su yolu gibi hayal etmeleri istenmektedir. Terapi sürecinde, müziğin katılımcıların zihninde oluşturduğu imge ve çağrışımlar terapistlerle paylaşılmakta ve bu veriler terapötik bir bağlamda analiz edilmektedir (Uçaner, 2016).

Fârâbi 'ye göre makamların ruha olan etkileri

- ✓ Rast makamı: insana sefa (neşe-huzur) verir.
- ✓ Rehavi makamı: insana beka (sonsuzluk fikri) verir.
- ✓ Kuçek makamı: insana hüzn ve elem verir.
- ✓ Büzürk makamı: insana havf (korku) verir.
- ✓ Isfahan makamı: insana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
- ✓ Neva makamı: insana lezzet ve ferahlık verir.
- ✓ Uşşak makamı: insana gülme hissi verir.
- ✓ Zîrgüle makamı: insana uyku verir.
- ✓ Saba makamı: insana cesaret, kuvvet verir.
- ✓ Buselik makamı: insana kuvvet verir.
- ✓ Hüseyini makamı: insana sükûnet, rahatlık verir.
- ✓ Hicaz makamı: insana tevazu (alçakgönüllülük) verir (Ak, 1997).

Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı

Ağrı, yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla gözlemlenen önemli bir klinik problemdir. Araştırmalar, yoğun bakım hastalarının %44-69'unun ağrı deneyimlediğini ve bu hastaların %14.9'unun ağrı yönetimi uygulamalarından memnun olmadığını ortaya koymaktadır (Chong & Burchett, 2003). Ağrının değerlendirilmesinde çeşitli göstergeler bulunmaktadır. Davranışsal göstergeler arasında yüz buruşturma, gözleri kapatma, huzursuzluk ve inleme yer alırken; fizyolojik göstergeler nabız hızı, solunum hızı ve kan basıncındaki değişiklikleri içermektedir (Kwan, 2010). Psikolojik belirtiler ise konfüzyon, korku, öfke, anksiyete, sözel işlevlerde değişimler ve huzursuzluk şeklinde kendini göstermektedir. Ağrıya bağlı olarak gelişen davranışsal tepkiler şu şekilde sınıflandırılabilir: kasılma, hasarlı bölgenin uyarandan uzaklaştırılması, insizyon bölgesinin korunması, hareketsiz kalma, bacakların karına doğru çekilmesi, yüz buruşturma, entübasyon tüpünü çiğneme, ritmik sallanma hareketleri, bacak sallama, tekme atma, sağlık personelinin kolunu çekme, yatak korkuluklarına vurma ve kişiye özgü postür değişiklikleri (Esen et al., 2010). Ağrı yönetimine ilişkin mevcut uygulamaların yetersiz kaldığı ve bu durumun önemli klinik sonuçlar doğurduğu literatürde vurgulanmaktadır. Araştırma bulguları, hastaların

önemli bir bölümünde ağrının tam olarak kontrol altına alınamadığını göstermektedir. Bu yetersiz ağrı kontrolünün, hastaların yaşam kalitesinde düşüşe, hastanede kalış sürelerinde uzamaya ve mortalite oranlarında artışa yol açtığı bildirilmektedir (Aslan & Badır, 2005).

Yoğun Bakım Hastalarında Anksiyete

Anksiyete, bireyin fiziksel veya psikolojik bütünlüğünü tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkan, strese karşı gelişen doğal bir tepki mekanizması olarak tanımlanmaktadır (Besel, 2006). Anksiyete deneyimi, fizyolojik duyuların farkındalığı ve korku/ürkme durumunun bilincinde olma şeklinde iki temel bileşenden oluşmaktadır. Bu durum, yaygın mutsuzluk hali, belirsiz korku duygusu ve sıklıkla otonom sinir sistemi semptomları olan baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi ve mide rahatsızlığı gibi bulgularla karakterizedir. Anksiyeteye ayrıca kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum sayısında artış ile keskin prekordiyal ağrı gibi fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği gözlemlenmektedir (Salamon et al., 2003). Hastane ortamları, özellikle yoğun bakım üniteleri, bireyler için önemli anksiyete kaynakları arasında yer almaktadır. Yoğun bakım hastalarında duyuşsal yoksunluk, duyuşsal aşırı yüklenme, ajitasyon, oryantasyon bozukluğu, deliryum, depresyon, uyum güçlüğü, uyku bozuklukları, regresyon, tedavi reddi, anksiyete, yalnızlık, güçsüzlük ve bilinmezlik korkusu gibi çeşitli psikolojik reaksiyonlar gözlemlenmektedir (Sekmen & Hatipoğlu, 1999). Anksiyetenin, özellikle mekanik ventilasyon desteği alan hastalar olmak üzere, yoğun bakım hastalarının %70-80'inde görüldüğü bildirilmektedir. Bu bağlamda, hastaların sıklıkla hangi stres faktörlerini deneyimlediklerini incelemek amacıyla yapılan araştırmaların sistematik olarak değerlendirildiği bir çalışmada, bu hastaların en yaygın olarak dispne, anksiyete, korku ve ağrı olmak üzere dört temel stresörü deneyimledikleri tespit edilmiştir. Mekanik ventilasyon desteği alan hastalarla yapılan psikiyatrik konsültasyonların incelendiği bir diğer çalışmada ise, hastaların %80'inde semptomatik depresyon, deliryum ve anksiyete görüldüğü saptanmıştır (Chlan, 2004).

Müzik Terapinin Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı ve Anksiyeteyi Azaltmak İçin Kullanımı

Klinik araştırma bulguları, müzik terapisinin yoğun bakım hastalarında etkin bir terapötik müdahale yöntemi olduğunu ortaya koymaktadır (Uzelli et al., 2016). Müzik terapi uygulamalarının koroner yoğun bakım ünitelerinde ilk kullanımı, Bonry tarafından hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerini azaltmak ve konforlarını artırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir (Chlan, 2002).

Davis ve Cunningham (1985) ise koroner yoğun bakım ünitesindeki hastalarda müzik terapisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkilerini değerlendirdikleri

çalışmada, 37 dakika süreyle klasik müzik dinletilen hastalarda anksiyete ve ağrı düzeylerinde anlamlı azalma gözlemlenmiştir. Tsay ve meslektaşları (2005) tarafından akut mekanik ventilasyon desteği alan yoğun bakım hastalarında yürütülen çalışmada, müzik terapisinin hasta konforu üzerindeki etkisi kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, ağrı şiddeti ve anksiyete düzeyi parametreleri kullanılarak değerlendirilmiş ve müzik terapisinin mekanik ventilasyon desteği alan hastaların konfor düzeylerini anlamlı ölçüde artırdığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada da Chlan ve arkadaşları (2007) tarafından mekanik ventilasyon desteği alan yoğun bakım hastalarında gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise, hastalara tercih ettikleri klasik müzik eserleri 60 dakika süreyle dinletilmiş ve müzik terapisinin ağrı ve anksiyete üzerindeki etkileri kortikotropin, kortizol, epinefrin ve norepinefrin düzeyleri ölçülerek değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, müzik terapisinin bu biyokimyasal belirteçler üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu ve hastaların ağrı ve anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma sağladığı belirlenmiştir.

Sonuç

Yoğun bakım ünitelerinin başarısı yalnızca hastaların hayatta kalma oranları ile değil, aynı zamanda maruz kalabilecekleri ağrı ve anksiyetenin en düşük düzeyde tutulması ile de değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, yoğun bakım ekibinin temel amacı, bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en üst düzeye çıkararak yaşamını doğrudan etkileyen bireysel bakımı sağlamaktır. Optimal dengeyi tesis etmek, hedeflenen sonuçlara ulaşmak ve bireyin yaşam süresini uzatmak açısından iyi planlanmış bakım büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede, yoğun bakım hastalarında müzik terapisi; ağrı ve anksiyeteyi azaltma, gevşemeyi sağlama, hasta konforunu artırma, yan etki ve riskinin bulunmaması, kolay uygulanabilir olması ve bakım maliyetinin düşük olması gibi özellikleri nedeniyle hasta bakımına dahil edilmesi gereken etkili bir yöntemdir.

KAYNAKÇA

- Ak, A. Ş. (2006). Avrupa ve Türk-İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları. *Ötüken Neşriyat AŞ*, İstanbul, 2.Baskı, 220-231.
- Aslan, F. E., & Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı*, 17(2):44-51.
- Besel, J. M. (2006). The effects of music therapy on comfort in the mechanically ventilated patient in the intensive care unit. *Approved for the Division of Graduate Education*;1-101.
- Chlan, L. (2002). Integrating nonpharmacological, adjunctive interventions into critical care practice: a means to humanize care? *Am J Crit Care*, 11(1):14-6.
- Chlan, L. L. (2004). Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilatory support. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 493-499.
- Chlan, L. L., Engeland, W. C., Anthony, A., & Guttormson, J. (2007). Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilatory support: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 16(2), 141-145.
- Chong, C. A., & Burchett, K. R. (2003). Pain management in critical care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 3(6), 183-186.
- Çoban, A. (2005). Müzikterapi. Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi. İstanbul: *Timaş Yayınları*.
- Esen, H., Öntürk, Z. K., Badır, A., & Aslan Eti, F. (2010). Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2):89-93.
- Genç, F., Köçkar, Ç., Mutlu, F., & Buğdaycı, M. (2018). Kanseri hastalarının ağrı için kullandıkları non-farmakolojik yöntemler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 15(2), 88-93.
- Gençel, Ö. (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2): 697-706.
- Karlı, N. (2019). Manevi bakımı destekleyici bir uygulama: müzik terapi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(35), 259-286.
- Kwan, M. (2010). Music therapists' experiences with adults in pain: Implications for clinical practice. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 5:43-85.
- Oruç, R. (2005). Eski Türklerde Müzikle Tedavi. *Yolculuk Dergisi*, Tümta Yayınları, İstanbul.
- Ögel, B. (1991). Türk Kültür Tarihine Giriş, 9.cilt, *Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları*.
- Özyıldız, A., & Uçaner Çifdalöz, B. (2019). Bağımlılıkla mücadelede müzik terapi. *Journal of International Social Research*, 12(63).

- Salamon, E., Kim, M., Beaulieu, J., & Stefano, G. B. (2003). Sound therapy induced relaxation: down regulating stress processes and pathologies. *Medical Science Monitor*, 9(5), RA96-RA101.
- Sarı, E. (2017). Müzik Ruhun Gıdasıdır: Müzikle tedavi, ruhsal ve bedensel sorunları olan çocukların ve yetişkinlerin psikiyatrik durumlarını belirlemede yol gösterici bir iletişim yöntemidir. <https://books.google.com.tr/books?id=YYDbDQAAQBAJ>
- Sazak, Y., Kanadlı, K. A. & Olgun, N. (2021). Yoğun bakım hastalarında müzik uygulamasının fizyolojik ve psikolojik etkileri: Sistematik Derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 203-212.
- Sekmen, K., & Hatipoğlu, S. (1999). Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamın hasta ve ailesi üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 3(1):22-6.
- Tayaz, E. & Kutluturkan, S. (2019). Kanser ağrısının yönetiminde bir yaklaşım: Müzik Terapi. *Ankara Medical Journal*, 19(4), 784-788.
- Tekiner, H. (2006). Gevher Nesibe Darüşşifası Ortaçağda Öncü Bir Tıp Kurumu Ankara: Kalkan Mat.
- The European Music Therapy Confederation [EMTC]. (2016). Erişim Tarihi: 08 Aralık 2023. <https://emtc-eu.com/>
- Tsay, S.L., Wang, J.C., Lin, K.C., & Chung, U.L. (2005). Effects of acupressure therapy for patients having prolonged mechanical ventilation support. *J Adv Nurs*, 52(2):142-50.
- Uçaner, B. 2016. Müzik Terapiyi Tanımlamak. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.
- Uzel, İ. (1991). Beşbuçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi. Ankara: Kültür Bakanlığı.
- Uzelli Yılmaz, D., Akın Korhan, E., Baysan, B., ... Tan, E. (2016). Mekanik Ventilasyon Desteginde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Sedasyon Düzeyi ve Yaşamsal Testler Üzerine Etkisi: Bir Pilot Çalışma. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(3), 21-27.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). A comprehensive guide to music therapy-Theory, clinical practice, research and training London: JKP.
- World Federation of Music Therapy. (2011). What is musictherapy? Erişim Tarihi: 14.11.2023. <https://wfmt.info/>
- Yılmaz, B., & Can, Ü. A. K. (2019). Türkiye’de müzik terapi uygulamalarında kullanılan müzikler. *OPUS International Journal of Society Researches*, 13(19), 592-620.

