

HEMŞİRELİK ALANINDA GÜNCEL ÇALIŞMALAR

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Özlem KARDAŞ KİN
Öğr.Gör. Hasan UYAR

yaz
yayınları

Hemşirelik Alanında Güncel Çalışmalar

Editör

Dr.Öğr.Üyesi Özlem KARDAŞ KİN

Öğr.Gör. Hasan UYAR

yaz
yayınları

2025

Hemşirelik Alanında Güncel Çalışmalar

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Özlem KARDAŞ KİN

Öğr.Gör. Hasan UYAR

© YAZ Yayınları

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

E_ISBN 978-625-8678-73-4

Aralık 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

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

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

İÇİNDEKİLER

Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

Orhan POLAT, Özlem KARDAŞ KİN

**Hemşirelik Bakımında Kronik Hastalık Yönetimi: Su Jok
Terapisinin Rolü.....**

Özlem KARDAŞ KİN, Orhan POLAT

Koah'ta Hemşirelik Bakımı Ve Hasta Eğitimi

Hasan UYAR

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

POSTOPERATİF AĞRI YÖNETİMİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Orhan POLAT¹, Özlem KARDAŞ KİN²

1.GİRİŞ

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, bireyin geçmişteki deneyimlerinden etkilenen hoş olmayan emosyonel bir duyum, bir davranış şeklidir (Eti Aslan, 2014; Öztürk, 2002). Ağrı algısı, bireyin cinsiyeti, çevresi, kültürü, eğitimi ve deneyimleri gibi pek çok emosyonel ve davranışsal faktörden etkilenen, bireyden bireye değişen, subjektif ve tanılması zor, karmaşık bir durumdur (Richards & Hubbert, 2007; Birman, 2000; Erdine, 2000).

Ağrı, cerrahi girişimler sonrasında, postoperatif dönemde hastaların en sık yaşadığı problemlerden biridir. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren ağrı yönetiminde hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerine göre daha uzun süre hasta ile ilgilenmesi, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik etmesi, yapılan uygulama sonuçlarının izlenmesi ve takibinin hemşireler tarafından yapılması ağrı kontrolünde etkin rol üstlendiklerini göstermektedir (Eti Aslan ve Badır, 2005). Postoperatif ağrının ortadan kaldırılması ya da azaltılması amacıyla analjezi uygulaması

¹ Öğr.Gör, Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, orhan.polat@gibtu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-5180-1866

² Dr.Öğr.Üyesi, Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, kardas.ozlem@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-6637-5786

ile beraber hastanın uygun metodlarla ağrı ve anksiyete düzeyinin tespit edilmesi, hastaya uygun non-farmakolojik yöntemlere karar verilmesi ve uygulanması, hastanın uygulamalara verdiği tepkinin ve uygulama etkinliğinin değerlendirilmesi süreci de hemşirelerin sorumluluklarındandır (Richards & Hubbert, 2007).

2.AĞRININ SINIFLANDIRILMASI

Ağrının subjektif yapısı, bireysel algı farklılıkları ve çok boyutlu özellikleri nedeniyle sınıflandırılması, tanı, tedavi ve bakım planlamasında büyük önem taşımaktadır. Klinik uygulamalarda ağrı; süresi, patofizyolojik mekanizması, kaynağı ve algılanma biçimi gibi çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılmaktadır.

2.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflandırması

Ağrı süresine göre **akut** ve **kronik** olmak üzere iki temel grupta ele alınmaktadır. **Akut ağrı**, genellikle ani başlayan, kısa süreli ve çoğunlukla doku hasarı ile ilişkili olan ağrıdır. Cerrahi girişimler, travmalar ve akut inflamatuvar süreçler akut ağrıya örnek olarak gösterilebilir. Bu tür ağrı, vücudun koruyucu bir yanıtı olup genellikle iyileşme süreci ile birlikte azalır veya ortadan kalkar. **Kronik ağrı** ise üç aydan daha uzun süren, doku iyileşmesi gerçekleşmesine rağmen devam eden ve çoğu zaman patolojik bir durum olarak kabul edilen ağrı türüdür. Kronik ağrı, bireyin yaşam kalitesini, psikososyal durumunu ve fonksiyonel kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Turk ve Okifuji, 2001).

2.2.Patofizyolojik Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırması

Patofizyolojik mekanizmasına göre ağrı nosiseptif, nöropatik ve nociplastic (santral) olarak sınıflandırılmaktadır.

Nosiseptif ağrı, doku hasarı veya inflamasyon sonucu nosiseptörlerin uyarılması ile ortaya çıkar ve somatik ya da visseral kaynaklı olabilir.

Nöropatik ağrı, periferik veya santral sinir sisteminde meydana gelen hasar ya da fonksiyon bozukluğu sonucunda gelişir ve genellikle yanma, batma veya elektrik çarpması şeklinde tarif edilir.

Nociplastic ağrı ise belirgin bir doku hasarı veya sinir sistemi lezyonu olmaksızın, ağrı modülasyon mekanizmalarındaki bozukluklara bağlı olarak gelişen ağrıdır ve fibromiyalji bu gruba örnek olarak verilmektedir (Treede et al., 2019).

2.3. Kaynağına Göre Ağrı Sınıflandırması

Ağrı, kaynağına göre **somatik**, **visseral** ve **yansıyan ağrı** olarak sınıflandırılmaktadır.

Somatik ağrı, deri, kas, kemik ve bağ dokularından kaynaklanan ve genellikle iyi lokalize edilebilen ağrıdır.

Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanır, genellikle künt ve yaygın bir özellik gösterir ve otonomik belirtilerle birlikte seyredebilir.

Yansıyan ağrı ise ağrı kaynağından uzak bir bölgede hissedilen ve genellikle ortak sinir yollarının kullanılması ile açıklanan ağrı türüdür.

2.4.Algılanma Biçimine Göre Ağrı Sınıflandırması

Algılanma biçimine göre ağrı **fiziksel** ve **psikojenik** ağrı olarak ele alınmaktadır.

Fiziksel ağrı, belirgin bir organik nedene bağılı olarak ortaya meydana gelmektedir.

Psikojenik ağrı, altta yatan psikolojik faktörlerin ön planda olduğu ve organik bir nedenin saptanamadığı ağrı türüdür. Ancak güncel yaklaşımlar, ağrının çoğunlukla biyopsikososyal bir süreç olduğunu ve bu iki boyutun birbirinden bağımsız değerlendirilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (Turk ve Okifuji, 2001).

3.AĞRI EŞİĞİ

Bireyin kendisinin tanımlayabildiği en hafif ağrı düzeyine ağrı eşiği denir. Ağrı eşiği kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. kültürel farklılıklar, yorgunluk, psikolojik durum, dini inanç, ağrı hafızası, fiziki ortam gibi durumlar ağrının şiddetini etkileyen faktörlerdir ((Berker ve Dinçer, 2005; Cazzola , Atzeni & Sanzi-Puttini, 2002). Ağrı eşiğini azaltan nedenler arasında; yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete, üzüntü, korku, çaresizlik, öfke, depresyon, rahatsız edici bir ortamda bulunma, iş ve prestij kaybı, ailevi kaygılar, tedirginlik ve stres gösterilebilir. Ağrı eşiğini arttıran nedenler arasında; yeterli uyku, dinlenme, ruhsal durumun iyi olması veya düzelmesi sayılabilir (Burns, Johnson, Devine, Mahoney & Pawl, 1998).

4.AĞRININ FİZYOLOJİK ETKİLERİ

Ağrının yeterince kontrol altına alınamadığı durumlarda, organizmanın birçok sistemini etkileyen fizyopatolojik yanıtlar ve buna bağılı çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Özellikle postoperatif dönemde, cerrahi insizyonun diyafragmaya yakınlığı ile ilişkili olarak pulmoner fonksiyonlarda belirgin azalma gözlenmekte; ağrıya bağılı olarak derin soluk alma ve öksürüğün kısıtlanması, vital kapasitenin düşmesine ve bunun sonucunda hipoksi, ateletazi,

pnömoni ile diğer pulmoner enfeksiyonların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Ağrıya yanıt olarak gelişen nöroendokrin ve sempatik aktivasyon, kalbin iş yükü ile miyokardın oksijen tüketimini artırmakta; bu durum özellikle koroner arter hastalığı veya kapak patolojisi bulunan bireylerde iskemi, akut kalp yetmezliği ve miyokard infarktüsü riskini yükseltmektedir. Artmış stres yanıtı endokrin sistem üzerinde glikoz metabolizmasında bozulma ve negatif nitrojen dengesi gibi metabolik değişikliklere yol açarken, şiddetli ağrı hastanın mobilizasyonunu kısıtlayarak venöz dönüşün azalmasına ve tromboembolik komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir. Ağrıya eşlik eden anksiyete kas tonusunda artışa yol açmakta; artan kas aktivitesiyle birlikte oksijen tüketiminin yükselmesi ve laktik asit birikimi sonucunda kas krampları ortaya çıkabilmektedir. Sempatik sinir sistemi aktivasyonundaki artış, sfinkter tonusunun yükselmesine bağlı olarak üriner retansiyona yol açarken, gastrointestinal sistemde intestinal sekresyon ve sfinkter tonusunda artış, düz kas tonusunda azalma ile sonuçlanmakta ve bu durum gastrik staz ya da parolitik ileus gelişimine zemin hazırlamaktadır (Aldemir, 2007; Erdine, 2007; Kocaman, 1998). Ayrıca organlardan ve somatik yapılardan kaynaklanan ağrılı uyaranlar bulantı ve kusmayı tetikleyebilmektedir. Ağrıya karşı oluşan nöroendokrin yanıt prolaktin, tiroid hormonları, beta-endorfin ve antidiüretik hormon (ADH) salınımını artırmakta; ADH'nin böbreklerden sıvı atılımını azaltması sonucu sıvı retansiyonu ve buna bağlı kan basıncında yükselme meydana gelmektedir. Cerrahi girişimlere eşlik eden ölüm korkusu ve postoperatif dönemde gelişen ağrıya yönelik kaygı düzeyi arttıkça, anksiyete ve stresin ağrı algısını şiddetlendirdiği, bunun da cerrahi sonrası dönemde

artmış opioid gereksinimi ile sonuçlandığı bildirilmektedir (Yıldırım ve Uyar, 2006; Rawal, 2000).

5.AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ağrının algılanması, tanılanması ve ağrıya verilen bireysel yanıtlar kişiler arasında farklılık gösterebilmektedir; bu nedenle hastanın başlangıç değerlendirmesinde ayrıntılı bir anamnez alınması, hastanın sürekli ve sistematik biçimde gözlemlenmesi ile uygun ve geçerli ölçüm yöntemlerinden yararlanılması büyük önem taşımaktadır. Bu yaklaşım, yalnızca ilk değerlendirme sürecine katkı sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda izlem ve yeniden değerlendirmelerde de yol gösterici bir temel oluşturmaktadır. Ayrıca hastanın değerlendirilmesi sürecinde her aşamada fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması, bu faktörlerin karşılıklı etkileşim içinde ağrının şiddeti ve deneyimlenme biçimi üzerinde belirleyici olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Potter & Perry, 2017; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010; H.Eti Aslan, 2002; Uyar, 2005).

Ağrılı hastanın değerlendirilmesi öncelikle sistematik gözlem ile başlamakta olup, bu süreçte hastanın ağrıyı azaltmaya yönelik sergilediği davranışlar, kullandığı analjezikler, günlük aktivitelerindeki artış veya azalma, yatak istirahati durumu ile birlikte yüz ifadesi, huzursuzluk, sinirlilik, inleme ve iç çekme gibi sözel olmayan belirtiler dikkate alınmalıdır. Bunun yanı sıra hastanın postürü, topallama ya da yürüyüş bozukluğu, ağrılı bölgeyi ovuşturma veya destekleme davranışı, sık pozisyon değiştirme ya da uzun süre aynı pozisyonda kalma eğilimi gibi fiziksel göstergelerin değerlendirilmesi ağrının objektif bulgularının ortaya konulmasına katkı sağlamaktadır

(McCaffery & Pasero, 1999; Potter & Perry, 2017). Ancak ağrı değerlendirmesinin temelini hastadan alınan öznel bilgiler oluşturmakta olup, ağrının doğru ve etkin bir şekilde tedavi edilebilmesi için hastanın kendi ağrı deneyiminin esas alınması gerekmektedir (IASP, 2012). Bu kapsamda genel öykü alınırken hastanın sosyo-demografik özellikleri, mevcut hastalığın öyküsü, kullandığı ilaçlar, ilaç alerjileri, geçmiş tıbbi öyküsü ile birlikte önceki ağrı deneyimleri, uygulanan tedavi yöntemleri ve bu tedavilere verilen yanıtlar ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Ağrı öyküsünün değerlendirilmesinde ise ağrının başlangıcı, süresi, şiddeti, niteliği, lokalizasyonu ile ağrıyı artıran ve azaltan faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır (Smeltzer et al., 2010). Klinik muayene sürecinde hastanın ağrıya verdiği fizyolojik yanıtlar gözlemlenmeli; ağrının nabız, solunum sayısı ve kan basıncı üzerindeki etkileri değerlendirilerek sistemik yanıtlar ortaya konulmalıdır. Etkin bir akut ağrı değerlendirmesinde hastanın sürece aktif olarak katılımının sağlanması, ağrının düzenli aralıklarla sorgulanması, dinlenme ve hareket sırasında ayrı ayrı değerlendirilmesi, beklenmedik ağrı artışlarının yeni bir patoloji ya da postoperatif komplikasyon açısından ele alınması ve yüksek ağrı skorlarında tedavi planının yeniden gözden geçirilmesi temel ilkeler arasında yer almaktadır (Turk & Okifuji, 2002). Ayrıca ağrı tedavisinin sözlü ya da yazılı ağrı skalaları kullanılarak düzenli biçimde değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması, ağrısını ifade edemeyen ya da dile getirmeyen hastalarda ağrının göz ardı edilmesini önleyerek etkili ve güvenli ağrı yönetimine katkı sağlamaktadır (Gagliese & Katz, 2003).

Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde tek boyutlu ve çok boyutlu ölçüm araçlarından yararlanılmaktadır.

1- Tek Boyutlu Ağrı Skalaları

Temel olarak ağrının şiddetini nicel olarak belirlemeyi amaçlamakta ve klinik uygulamada yaygın biçimde kullanılmaktadır. Bu kapsamda

Görsel Analog Skala (GAS/VAS), bir ucu “ağrı yok”, diğer ucu “dayanılmaz şiddette ağrı” olarak tanımlanan ve genellikle 10 cm uzunluğunda olan bir çizgi üzerinde hastanın ağrı düzeyini işaretlemesine dayanmaktadır ve ağrının izleminde etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir.

Sözel Tanımlayıcı Skala (STS/VDS), hastanın ağrı deneyimini “ağrı yok”, “hafif”, “orta”, “şiddetli” veya “dayanılmaz” gibi nitel ifadeler arasından seçerek belirtmesine olanak tanımaktadır.

Sayısal Değerlendirme Skalası (SDS/NRS) ise ağrının yokluğunu ifade eden 0’dan başlayarak en şiddetli ağrıyı temsil eden 10 ya da 100’e kadar uzanan sayısal bir derecelendirme sistemi üzerinden hastanın ağrısını puanlamasına dayanmaktadır.

Yüz İfadesi Skalası (YİS/FS), özellikle iletişim güçlüğü olan bireylerde, hastanın kendi duygulanımını yansıttığını düşündüğü yüz ifadesini seçmesi esasına dayalı olarak kullanılmaktadır.



Şekil 1. Ağrının derecelendirilebilmesi için kullanılan yüz ifadeleri. (Yeşilyurt ve Faydalı, 2020).

2- Çok Boyutlu Ağrı Skalaları

Çok boyutlu ağrı skalaları ise yalnızca ağrının şiddetini değil; ağrının niteliğini, süresini, lokalizasyonunu

ve günlük yaşam üzerindeki etkilerini de değerlendiren, kapsamlı tanımlayıcı ifadeler içeren ölçüm araçları olup, hastanın yöneltilen sorulara verdiği yanıtlar doğrultusunda ağrının bütüncül olarak ele alınmasını sağlamaktadır (IASP, 2012; Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011).

Postoperatif Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Bakımı Odaklı Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yaklaşımlar

Postoperatif dönemde ağrı yönetimi, hemşirelik bakımının temel sorumluluk alanlarından biri olup, hastanın konforunun sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme sürecinin hızlandırılması açısından kritik öneme sahiptir. Ağrıya verilen yanıtın bireyler arasında farklılık göstermesi nedeniyle, etkili bir ağrı kontrolü ancak bireyselleştirilmiş ve multimodal yaklaşımlar ile mümkün olabilmektedir (McCaffery & Pasero, 1999; Kehlet & Dahl, 2003). Güncel klinik rehberler, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin birlikte kullanılmasını önermekte ve bu yaklaşımların postoperatif ağrı kontrolünde daha etkin sonuçlar sağladığını vurgulamaktadır (Chou et al., 2016; American Pain Society, 2016). Tablo 1.'de hastaların ağrı yönetimine yönelik uygulanan farmakolojik ve nonfarmakolojik uygulamaların amaç ve etkileri gösterilmiştir (McCaffery & Pasero, 1999; Kehlet & Dahl, 2003; Potter & Perry, 2017; Smeltzer et al., 2010; Chou et al., 2016; American Pain Society, 2016; RNAO, 2013).

Yöntem Türü	Uygulama / Girişim	Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları	Amaç ve Etki
Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	Non-opioid analjezikler (Parasetamol, NSAİİ'ler)	Doğru doz, zaman ve uygulama yolunu sağlamak; gastrointestinal, renal ve kardiyovasküler yan etkiler açısından hastayı izlemek	Hafif–orta şiddette ağrının azaltılması ve inflamasyonun kontrolü
	Opium analjezikler (Morfin, Fentanil, Tramadol)	Solunum sayısı, bilinç düzeyi ve sedasyon durumunu izlemek; advers etkileri değerlendirmek	Orta–şiddetli postoperatif ağrının etkin kontrolü
	Hasta kontrollü analjezi (PCA)	Hastayı cihazın kullanımı konusunda eğitmek; etkinlik ve komplikasyonları izlemek	Bireyselleştirilmiş ve sürekli analjezi sağlanması
	Adjuvan ilaçlar (antiemetik, laksatif, antikonvülsanlar)	Yan etkileri önlemek ve tedaviye uyumu artırmak	Analjezik etkinin desteklenmesi
Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri	Pozisyon verme ve erken mobilizasyon	Hastayı uygun pozisyona almak ve güvenli mobilizasyonu teşvik etmek	Kas gerginliğinin azaltılması ve dolaşımın artırılması

Yöntem Türü	Uygulama / Girişim	Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları	Amaç ve Etki
	Sıcak-soğuk uygulamalar	Uygulama süresini ve bölgesini belirlemek; cilt bütünlüğünü izlemek	Ödem, inflamasyon ve kas spazmının azaltılması
	Gevşeme ve solunum egzersizleri	Derin solunum ve gevşeme tekniklerini öğretmek	Anksiyetenin ve ağrı algısının azaltılması
	Dikkat dağıtma (müzik, iletişim)	Hastanın bireysel tercihlerini dikkate almak	Ağrının algılanan şiddetinin azaltılması
	Masaj ve dokunma terapisi	Uygun teknikleri ve kontrendikasyonları gözetmek	Rahatlama sağlanması ve kas spazmının azaltılması
	TENS	Uygulama öncesi cilt değerlendirmesi yapmak, hasta toleransını izlemek	Ağrı iletim yollarının modülasyonu
	Hasta ve ailesinin eğitimi	Ağrı skalalarının kullanımı ve ağrıyı ifade etmenin önemi hakkında eğitim vermek	Etkin ağrı değerlendirmesi ve hasta katılımının artırılması

Farmakolojik ağrı yönetiminde hemşireler; non-opioid ve opioid analjeziklerin güvenli uygulanması, ilaçların etkilerinin ve yan etkilerinin izlenmesi ile hasta

kontrollü analjezi (PCA) uygulamalarında hastanın eğitimi ve değerlendirilmesinden sorumludur. Non-opioid analjezikler hafif ve orta şiddetteki ağrılarda etkili olurken, opioidler orta ve şiddetli ağrılarda sıklıkla kullanılmakta; ancak bu ilaçların solunum depresyonu, sedasyon ve gastrointestinal etkiler gibi advers sonuçları nedeniyle dikkatli izlem gerektirdiği bildirilmektedir (Apfelbaum et al., 2003; Gordon et al., 2005). Ayrıca antiemetikler, laksatifler ve antikönvülzanlar gibi adjuvan ilaçların kullanımı, analjezik tedavinin etkinliğini artırarak hasta uyumunu desteklemektedir (Pasero & McCaffery, 2011).

Nonfarmakolojik yöntemler ise hemşirelik bakımının vazgeçilmez bir parçası olup, ağrının algılanmasını azaltarak farmakolojik tedaviye tamamlayıcı etki sağlamaktadır. Pozisyon verme, erken mobilizasyon, sıcak-soğuk uygulamalar ve masaj gibi fiziksel yöntemlerin kas gerginliğini ve inflamasyonu azalttığı; gevşeme egzersizleri, dikkat dağıtma ve müzik terapisi gibi bilişsel-davranışçı yaklaşımların ise anksiyete düzeyini düşürerek ağrı algısını azalttığı bildirilmektedir (Turk & Okifuji, 2002). Bunun yanı sıra transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) gibi tamamlayıcı yöntemlerin, ağrı iletim mekanizmalarını modüle ederek analjezik etki oluşturduğu belirtilmektedir (Vallerand et al., 2011).

Hemşirenin ağrı yönetimindeki rolü yalnızca uygulama ile sınırlı olmayıp, aynı zamanda hastanın ve ailesinin ağrı değerlendirme ölçekleri konusunda eğitilmesini, ağrının düzenli olarak değerlendirilmesini ve kayıt altına alınmasını da kapsamaktadır. Bu yaklaşım, ağrının göz ardı edilmesini önleyerek etkin ve güvenli bir bakım sunulmasına katkı sağlamaktadır (RNAO, 2013; Potter & Perry, 2017). Postoperatif ağrı yönetiminde hemşirelik bakımı odaklı, bütüncül ve kanıta dayalı

uygulamaların benimsenmesi, hasta memnuniyetini ve klinik sonuçları olumlu yönde etkilemektedir (Smeltzer et al., 2010; IASP, 2012).

Sonuç olarak, ağrı tedavisi, multidisipliner bir ekip yaklaşımını zorunlu kılmakta olup, bu ekip içerisinde hemşireler temel ve vazgeçilmez bir role sahiptir. Hemşirelik mesleği, bireyin konforunu artırma ve bütüncül bakım sağlama felsefesi üzerine temellendirildiğinden, hemşirelerin ağrı kontrolündeki sorumlulukları büyük önem taşımaktadır. Hemşirenin bu süreçteki etkinliği; ağrının etiyolojisini, özelliklerini, prevalansını, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri, değerlendirme yöntemlerini ve farmakolojik ile non-farmakolojik ağrı yönetimi yaklaşımlarını kapsamlı biçimde bilmesine bağlıdır. Bu bilgi birikimi doğrultusunda hemşire, sağlık ekibinin aktif bir üyesi olarak ağrı yönetimine katılarak hastanın konforunun artırılmasına ve iyileşme sürecinin hızlandırılmasına katkı sağlamaktadır. Bu nedenle, hemşirelere yönelik ağrı ile ilgili bilgi ve becerilerin hizmet içi eğitim programlarıyla desteklenmesi, bu programlarda ağrı, ağrı kontrolü ve ilaç dışı ağrı giderme yöntemlerine yer verilmesi ve ayrıca deneyimli hemşirelerin bilgi ve klinik deneyimlerinden yararlanılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Aldemir, T. (2007). Ağrılı hastalarda ağrı ölçümü. S. Erdine (Ed.), Ağrı (1. baskı, ss. 133–149) içinde. İstanbul: Nobel Kitabevi.

American Pain Society. (2016). Guidelines on the management of postoperative pain. The Journal of Pain, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>

- Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*, 97(2), 534–540.
- Berker, E., & Dinçer, N. (2005). Kronik ağrı ve rehabilitasyonu. *Ağrı*, 17, 10–16.
- Birman, H. (2000). Ağrı nörofizyolojisi. İ. Özcan (Ed.), *Ağrı: Baş-boyun ve orofasiyal ağrılar* (ss. 43–57) içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Burns, J. W., Johnson, B. J., Devine, J., Mahoney, N., & Pawl, R. (1998). Cognitive and physical capacity process variables predict long-term outcome after treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 434–439.
- Campbell, L. C., Clauw, D. J., & Keefe, F. J. (2003). Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, 54, 399–409.
- Cazzola, M., Atzeni, F., & Sarzi-Puttini, P. (2002). Pain in fibromyalgia syndrome. *Journal of Functional Syndromes*, 2, 57–68.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, C. L. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Erdine, S. (2000). Ağrı mekanizmalarına giriş. İ. Özcan (Ed.), *Ağrı: Baş-boyun ve orofasiyal ağrılar* (ss. 17–32) içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Erdine, S. (2007). Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. S. Erdine (Ed.), Ağrı (3. baskı, ss. 37–48) içinde. İstanbul: Nobel Kitabevi.

Eti Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6, 9–16.

Eti Aslan, F. (2014). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım (3. baskı). Ankara.

Eti Aslan, F., & Badır, A. (2005). Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve giderilmesine ilişkin bilgi ve inançları. Ağrı, 17(2), 44–51.

Gagliese, L., & Katz, J. (2003). Pain assessment in the elderly. Clinics in Geriatric Medicine, 19(2), 243–258.

Gordon, D. B., Dahl, J. L., Phillips, P., Frandsen, J., Cowley, C., Foster, R. L., ... Miaskowski, C. (2005). The use of “as-needed” range orders for opioid analgesics in the management of acute pain. The Journal of Pain, 6(3), 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.11.002>

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain. Arthritis Care & Research, 63(S11), 240–252.

International Association for the Study of Pain. (2012). IASP taxonomy. <https://www.iasp-pain.org>

Kehlet, H., & Dahl, J. B. (2003). The value of “multimodal” or “balanced analgesia” in postoperative pain treatment. Anesthesia & Analgesia, 77(5), 1048–1056. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000063501.13059.91>

- Kocaman, G. (1998). Ağrı. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). Pain: Clinical manual (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Öztürk, H. (2002). Cerrahi ağrı: Nedenleri, etkileri ve neden giderilmelidir. 1. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı içinde (ss. 117–125). Bursa.
- Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). Pain assessment and pharmacologic management. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). Fundamentals of nursing (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Rawal, N. (2000). Postoperatif ağrı tedavisi. S. Erdine (Ed.), Ağrı (1. baskı, ss. 121–141) içinde. İstanbul: Alemdar Ofset.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). Assessment and management of pain. Toronto, Canada: RNAO.
- Richards, J., & Hubbert, A. O. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. Pain Management Nursing, 8(1), 17–24.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (12th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain. Pain, 160(1), 19–27.

- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2001). Pain terms and taxonomies of pain. In J. D. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain* (3rd ed., pp. 18–25). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Uyar, M. (2005). Akut ağrılı hastanın değerlendirilmesi ve ölçümü. N. S. Özyalçın (Ed.), *Akut ağrı* (ss. 37–58) içinde. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Vallerand, A. H., Musto, S., & Polomano, R. C. (2011). Nursing's role in cancer pain management. *Current Pain and Headache Reports*, 15(4), 250–262.
- Yıldırım, Y. K., & Uyar, M. (2006). Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. *Ağrı*, 18, 13–17.

HEMŞİRELİK BAKIMINDA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ: SU JOK TERAPİSİNİN ROLÜ

Özlem KARDAŞ KİN¹, Orhan POLAT²

1.GİRİŞ

Geçmişten günümüze hastalıkların önlenmesi ve tedavisi amacıyla modern tıbbın yanı sıra başvurulan uygulamalar “tamamlayıcı”, “alternatif” ya da “bütünleyici/bütünleştirici” terimleri ile isimlendirilmiştir (NCCIH, 2025). Toplum tarafından tamamlayıcı terapilerin kullanımının giderek artması, hastaların kendi bakımlarında uygun ve güvenli kararlar almak istemeleri, sağlık bakım profesyonellerinin tamamlayıcı terapiler konusunda bilgi ve beceriye sahip olmalarını gerektirmektedir (Kaya ve ark., 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCIH), tamamlayıcı terapileri iki ana kategori altında sınıflandırmaktadır: doğal ürünler (vitaminler, mineraller, probiyotikler) ve zihin-beden uygulamaları (yoga, kriyopraksi, osteopatik manipülasyon, enerji terapileri, meditasyon, dua, masaj). Bu kategoriler dışında kalan diğer uygulamalar ise "diğer terapiler" başlığı altında ele alınmakta olup, bu grupta Çin tıbbı, ayurveda, naturopati ve homeopati gibi geleneksel ve alternatif yaklaşımlar bulunmaktadır (NCCIH, 2025). Su Jok terapisi “diğer terapiler” başlığı altında yer almaktadır.

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, kardas.ozlem@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-6637-5786

² Öğr.Gör, Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, orhan.polat@gibtu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-5180-1866

1.1.Su Jok Terapi

Kore dilinde su, el; jok, ayak anlamına gelmektedir. Su Jok terapi ise eller ve ayakların kullanıldığı; Güney Koreli bilim adamı Prof. Park Jae Woo tarafından 1987 yılında geliştirilen tamamlayıcı bir terapidir (Afifah, 2024). Kulak akupunkturuna benzer şekilde, vücut el ve ayak üzerine yansıtılmakta ve uygulama uygun noktaların uyarılmasına dayandırılmaktadır. Bitki tohumları, mıknaşlar ve çeşitli aplikatör ile belirlenen noktalar uyarılmaktadır. Vücudun bir enerji akımı halinde çalıştığı ve bir organda meydana gelen hastalık durumunda da bu enerji akımının bozulduğu bilinmektedir (Şimşek & Alpar,2022). Bu yöntemin amacı, vücutta enerji taşıyan meridyenler (enerji kanalları) üzerindeki biyolojik olarak aktif noktalara (akupunktur noktaları) basarak yaşam enerjisi olan Chi (ki) enerjisinin sağlıklı bir akışını sağlamaktır (Chen & Wang, 2014).

Su Jok terapisi, basit ve ulaşılabilir bir tedavi yöntemi olup özel bir tıp eğitimi gerektirmez. Özellikle uzun süreli ve yüksek maliyetli bakım gerektiren hastalıkların tedavisinde kullanılabilir. Yakın geçmişte keşfedilmiş olması nedeniyle henüz yaygın olarak bilinmese de günümüzde küresel düzeyde popülerlik kazanmaktadır (Ivanov, 2018; Nurjannah & Hariyadi, 2021). Su Jok tedavisinin analjezik etkilerini, opioid sisteminden gelen ve doğal bir analjezik etkiye sahip olan merkezi sinir sisteminde spesifik nöropeptidlerin (endorfinler gibi) salınımını başlatarak elde ettiği bildirmektedir (Blanco ve ark., 2017). Su Jok uygulaması, herhangi bir yan etki oluşturmadiğından her yaş grubunda kullanılabilmekte olup; olumlu etki oluşturma süresi birkaç dakika ile birkaç gün arasında değişebilmektedir (Şimşek & Alpar, 2020).

Eski Çin tıbbına göre insan vücudu, Ying ve Yang olarak ikiye ayrılır. Öne eğilme durumunda iç kısım Ying, dış kısım ise Yang olarak kabul edilir. Su Jok uygunluk sistemine göre,

kabızlık, kronik hastalık, sindirim bozukluğu ve genel güçsüzlük durumlarında tercih edilir.

Başparmak iç yüzeyi (Çakra noktaları): Genel sağlığı korumak, uykusuzluk ve ağrı durumlarında ve meridyendeki enerji akışını düzenlemek için kullanılır (Güneş & Karabulutlu 2024). Bu kapsamda prob yardımıyla orta parmağın arka kısmı, orta parmağın iç yüzü, el ayası ve baş parmağın iç yüzü olmak üzere uygulama alanları belirlenmektedir (Şekil 2). Alan belirleme sonrası bölgeye uygulanan masajın ardından ilgili tohum cilde flaster vb. gibi yardımcı araçlarla tutturulur (Şekil 3).



Şekil 2: Tanı probu kullanılarak bölgenin belirlenmesi.
Kaynak: Güneş & Karabulutlu, 2024



Şekil 3: Tohumları cilde tutturma yöntemi. Kaynak: Afifah, 2024

1.2.Su-Jok Terapisinin Kronik Hastalık Yönetimindeki Rolü

Romatoloji hastalarında Su Jok terapisi kullanılma sıklığı henüz çok yaygın olmamakla birlikte literatürde yapılan çalışmalar romatoloji hastalarında uygulandığı zaman ağrıyı

azalttığı yönündedir. Servikal osteoartrit tanılı hastalarda servikal ağrıyı rahatlatmak için 1 ile 3 seans arasında uygulanan Su-Jok terapisinin etkili olduğu bilinmektedir (Rodríguez ve ark., 2018). Osteoartrit, yaşlanmayla ilişkili yaygın görülen kronik bir romatolojik hastalıktır. Özellikle ağrıyı yoğun deneyimleyen bu hasta grubu için, ağrıyı azaltmak için ilaç tedavisinin yanı sıra tamamlayıcı tedaviye ihtiyaç vardır. Endonezya’da osteoartritli yaşlılarda ağrıyı azaltmak için uygulanan Su-Jok tedavisinin ağrıyı azaltmada önemli bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Rini, 2024)

Su Jok terapisinin onkolojik hastaları destekleyici bir palyatif bakım yöntemi olarak kullanıldığı bilinmektedir. Kanser hastalarında uygulanan Su Jok tedavisinin yorgunluk ve halsizlik düzeylerinde önemli bir azalma yaptığı bilinmektedir. Su Jok'un onkolojik hastalarını desteklemek için yararlı bir terapötik araç olabileceği görülmektedir. Yagil'in çalışmasında hastalara haftada bir veya iki kez olmak üzere toplamda 12 kez Su Jok tedavisi uygulanmıştır (Yagil, 2019). Su Jok terapisinin, gastrointestinal kanserli hastaların ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, mide bulantısı ve kusma puanlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Uygulama şekli incelendiği zaman; başlangıçta her el için, belirtilen noktaların bulunduğu bölgeye 30 saniyelik ($11 \times 30 = 330s = 5,5 dk$) hazırlık basıncı (ısıtıcı ve rahatlatıcı hafif ovma) uygulandığı görülmektedir. Daha sonra noktalara karabuğday tohumları eklenerek flaster ile sabitlenmiştir. Flaster ile sabitlenen her kompresyon noktasına tanısal prob ile 2 dakika ($2 \times 11 = 22 dk.$) masaj yapılmıştır. Tohumların hastanın elinde en az 5 saat kalması ve hastanın yama ile sabitlenen tohuma 1 saatlik aralıklarla baskı uygulaması sağlanmıştır. Sonraki (ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci ve altıncı) uygulamalar ilk uygulamadan 1 gün sonra aralıklarla yapılmıştır (Güneş & Karabulutlu 2024). Su Jok terapisinin, kanser hastalarında enerji

bazlı tamamlayıcı ve alternatif bir yöntem olarak kullanıldığı söylenebilir.

Yagil & Pathak'ın Hindistan'da 330 diyabetli bireyde yaptıkları çalışma sonucuna göre; ilk Sujok tedavisinden 30 dakika sonra plazma glikoz seviyelerinde önemli bir düşüş olduğu, 5 Su Jok tedavisinden sonra hastaların %70'i glikoz seviyelerinde düşüşle yanıt verirken, %24'ü glikoz seviyelerinde artışla yanıt verdiği saptanmıştır. Ayrıca 3 ay Su Jok tedavisi gören hastalarda HbA1c düzeyinde anlamlı bir azalma gözlenmiştir. Bu gözlem, Su Jok terapisinin sadece kan glikozunu insülin veya oral ilaçlar gibi azaltmak için palyatif bakım olarak kullanılmayabileceğini, aynı zamanda vücudun uzun vadeli glikoz homeostazını kontrol eden mekanizmaları değiştirmesini sağlayabileceğini göstermektedir. (Yagil & Pathak, 2021). Endonezya'da diyabetli bireylerde gerçekleştirilen bir çalışmada da, Su Jok terapisinin bacak ağrısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Su Jok terapisinin, masaj, çemen otu tohumu kullanımı ve renk terapisi gibi yöntemleri birleştirerek diyabet hastalarında ağrı yönetimine yönelik bütünsel ve tamamlayıcı bir yaklaşım sunduğu gözlenmektedir (Rukhama ve ark., 2024).

Astım, KOAH, alerjik rinit, öksürük, bronşit gibi birçok solunum sistemi hastalığında tamamlayıcı tedavilerin kullanımı oldukça yaygındır (Işık & Çadircı, 2011). Nurjannah ve ark.'nın solunum problemi yaşayan bireylerde uyguladığı Su Jok tedavisi ile oksijen saturasyonunun arttığı ve dispne düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (Nurjannah ve ark., 2024). Astımlı çocuklarla yapılan bir çalışmada ise, ilaç tedavisiyle birlikte Su Jok uygulanan grubun tedavi sonuçlarının, yalnızca ilaç alan gruba göre daha olumlu olduğu bulunmuştur (Nedeljković ve ark., 2008).

Afifah Endonezya'da yürüttüğü çalışmasında, Su Jok terapisinin hipertansiyonu olan hastalarda fiziksel semptomları

azaltmaya yardımcı bir çözüm olarak kullanıldığını belirlemiştir (Afifah, 2024). Su Jok terapisinin avantajları; ucuz olması, yapması ve öğrenmesi kolay olması ayrıca ağrı gibi semptomları azaltmada hızlı ve pratik bir etki de sağlamasıdır (Afifah, 2024). Benzer şekilde Suryana çalışmasında, hipertansif hastalarda ağrıyı ve kan basıncını azaltmak için Su Jok'un alternatif bir terapi olabileceğini göstermiştir (Suryana ve ark., 2024).

Kronik ağrı sendromlarının pek çoğunun migren ile ilişkisinin olduğu bilinmektedir (Özge ve ark., 2018). Kronik migrende baş ağrısı atakları hastanın iş yaşamını, eğitim, akademik ve sosyal hayatını olumsuz etkilemektedir (Stewart ve ark., 2003) Ülkemizde 2012 yılında Ertas ve ark. tarafından yapılan toplum temelli bir çalışmada migren prevalansı %16,4 olarak bulunmuştur. Medikal tedavilerden fayda görmeyen hastalar tamamlayıcı ve integratif tedavilere yönelmektedir. Su Jok tohum terapisinin migrenin şiddetini, süresini ve sıklığını azalttığı, migrenli hastaların tükettikleri ağrı kesici miktarını düşürdüğü belirlenmiştir. (Kahraman & Cevik Akyıl, 2022).

Hemodiyaliz hastalarında Su Jok terapisinin uygulandığı nadir çalışmalardan olan Doğan'ın çalışmasında, Su Jok terapi uygulamasının semptom yükünü azalttığı ve hemodiyaliz konforunu anlamlı şekilde arttırdığı tespit edilmiştir. Diyaliz hastalarında hemşirelik bakım uygulamaları içinde Su Jok terapiye yer verilmesi önemlilik arz etmektedir (Doğan, 2024).

Sağlık hizmeti işgücü düşünüldüğünde en fazla profesyonel temas süresine sahip olan hemşirelerin, tamamlayıcı tedavilerin güvenli ve etkili kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları ve hastalarla etkili iletişim kurarak bilinçli seçimler yapmalarına destek olmaları kritik öneme sahiptir (Hajbaghery, 2018). Çünkü hemşirelik, bakım ve iyileştirmeye odaklanan bütünsel bir disiplindir (Kreitzer, 2015). Hemşireler hasta ve aile bireylerinin deneyimledikleri semptomların farkında

olmalı, kanıta dayalı uygulamaları kullanarak fiziksel ve emosyonel semptomların yönetimini sağlamalıdır (Bahar ve ark., 2019).

2.SONUÇ

Literatürde Su Jok uygulaması ile ilgili yapılmış çalışmalarda sınırlılıklar bulunmakla birlikte, son yıllarda Su Jok'un çok sayıda rahatsızlığı tedavi etmedeki etkinliği ve verimliliği hakkında yapılan çeşitli bilimsel çalışmaların olumlu etkiler gösterdiği belirtilmektedir. Ancak, araştırmaların çoğu genellikle farklı örneklemelerde ve sınırlı sayıda denek içermektedir. Sonuç olarak, Su Jok tedavisinin hemşirelik bakım kalitesini artırma, kronik hastalıkların yönetiminde hasta memnuniyetini iyileştirme ve maliyet etkinliği sağlama potansiyeli bulunmakla birlikte, bu alanlarda daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

Afifah, N. (2024). The Effect of Su Jok Therapy on Reducing the Severity Scale of Physical Symptoms of Patients with Hypertension. *Journal of Community Empowerment for Health*, 7(1), 27-32.

Bahar, A., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2019). Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1, 42–58.

Blanco Oliva, G., Caballero Orduño, A., Ramos Portuondo, H., Zuñiga Monier, B., & Beatriz, F. L. (2017). Su Jok therapy in patients with hydrosalpinx diagnosis. *MEDISAN*, 21, 819–825.

Chen, Y. W., & Wang, H. H. (2014). The effectiveness of acupressure on relieving pain: a systematic review. *Pain Management Nursing*, 15(2), 539-550. doi:10.1016/j.pmn.2012.12.005

Doğan, C. (2024). *Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sujok terapinin semptom yükü ve konfor düzeyine etkisi*. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi.

Elmalı Ş.H., & Alpar E.Ş. (2020). Ağrıyı azaltmada tamamlayıcı bir yöntem olarak Su Jok uygulaması. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(2).

Ertas, M., Baykan, B., Orhan, E. K., Zarifoglu, M., Karli, N., Saip, S., & Siva, A. (2012). One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *Headache*, 13, 147–157.

Güneş, D. (2022). *Sujok terapinin gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların yaşadıkları ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, bulantı ve kusmaya etkisi*. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi.

Güneş, D., & Karabulutlu, E. Y. (2024). The Effects of Su Jok Therapy on Pain, Fatigue, Insomnia, Nausea, and Vomiting Experienced by Patients With Gastrointestinal System Cancer: A Randomized Trial. *Holistic Nursing Practice*, 10-1097.

Hajbaghery, M. A. (2018). Complementary and alternative medicine and holistic nursing care: the necessity for curriculum revision. *Journal of Complementary Medicine & Alternative Healthcare*, 5.

Işık, M., & Çadırcı, E. (2011). Solunum yolu enfeksiyonlarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 2(4), 69-74.

Ivanov, P. (2018). *Su Jok and Moxa. A Self-Treatment Manual*. Lavciel, H. (Ed.). Bulgaria: MEDIKS Ltd.

Kahraman, A., & Cevik Akyil, R. (2022). Efficacy of Su Jok seed therapy in migraine: a randomized placebo-controlled study. *Complementary Medicine Research*, 29(5), 402-412.

Kaya, Ş., Karakuş, Z., Boz, İ., & Özer, Z. (2020). The place of nurses in legal regulations related to complementary therapies in Turkey and the world. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6, 584–591.

Kreitzer, M. J. (2015). Integrative nursing: application of principles across clinical settings. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 6, e0016.

National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2025). *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* Erişim: 08.05.2025.

Nedeljković, M., Ljuština-Pribić, R., & Savić, K. (2008). Innovative approach to laser acupuncture therapy of acute obstruction in asthmatic children. *Medicinski pregled*, 61(3-4), 123-130.

Nurjannah, I., Hariyadi, K. (2021). Su Jok as a complementary therapy for reducing level of pain: A retrospective study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101337.

Nurjannah, I., Novianti, Z., Suharto, A., Sudarmo, M. Y., & Hariyadi, K. (2024). Sujok as an alternative therapy to reduce dyspnea in patients with respiratory problems. *INNOSC Theranostics and Pharmacological Sciences*, 7(2), 14-18.

Özge, A., Uludüz, D., Yalın, O. Ö., & Uygunoğlu, U. (2018). Kronik migren: hastalık yükü, komorbidite ve tedavi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 24(2), 117.

Rini, L. (2024). *Pengaruh terapi Su-Jok terhadap tingkat nyeri osteoarthritis pada lansia di RSUD Rajawali Citra Yogyakarta* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).

Rodríguez, A. D. L. C. R., Mendoza, Y. A., García, E. F. C., & Castañeda, Y. T. (2018). Su-Jok therapy in patients with cervicgia diagnosis. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 9(3), 42-49.

Rukhama, R. A., Triatmojo, S., & Nurjannah, I. (2024). Pengelolaan nyeri pada pasien diabetes mellitus menggunakan terapi Sujok: A case report. *Journal Pengabdian Masyarakat Indonesia (JPMI)*, 4(1).

Seth, S. (2013). Su Jok: The Healing Touch. *Altern Integ Medicine*, 2-10.

Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Morganstein, D., & Lipton, R. (2003). Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA*, 290, 2443-2454.

Suryana, R., Rasyid, M. A., Nurjannah, I., & Harjanto, D. (2024). Application of Sujok therapy on pain and blood pressure in hypertension patients. *Media Karya Kesehatan*, 7(1).

Woo, P. J. (2010). *Kendi Kendine Su Jok Doktor*. İstanbul: Vesta Ofset Matbaacılık.

Yagil, Z. (2019). Sujok therapy for the treatment of fatigue and weakness among oncologic patients. *Quaderno*, 14(23), 51-69.

Yagil, Z., & Pathak, D. M. (2021). SuJok Therapy for the Treatment of Type 2 Diabetes. *National Journal of Integrated Research in Medicine*, 12(6).

KOAH'TA HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA EĞİTİMİ

Hasan UYAR¹

1. GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), dünya genelinde ölüm ve hastalık yükünün başlıca sebeplerinden biri olarak kabul edilmekte olup, yaşılanan nüfus, sigara kullanımı ve çevresel kirliliğin artışıyla birlikte giderek artan ve önemli oranda iş gücü kaybına yol açan bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır (Naeem et al., 2025; Z. Wang et al., 2025). KOAH özellikle sigara kullanımının bireysel tercihleri sonucu ortaya çıkması ve bu sürecin kamu sağlık harcamaları üzerinde önemli bir etki oluşturmaktadır. Bu durumun gelecekte KOAH tedavi giderlerinin kimler tarafından nasıl karşılanması konusunda tartışmalara yol açabilecektir. KOAH, solunum sisteminin yanı sıra kardiyovasküler sistem, kas iskelet sistemi ve ruh sağlığı ve sosyal yaşamını da etkileyen sistemik bir hastalıktır. Bu nedenle, KOAH yönetimi yalnızca tıbbi tedavi ile sınırlı kalmamakta, aynı zamanda uzun vadeli bakım, düzenli izlem ve yapılandırılmış hasta eğitimi gerektirmektedir. Bu süreçte hemşireler, bakım sağlayıcı, eğitici, danışman, savunucu ve araştırmacı rolleriyle hastalığın yönetiminde önemli bir rol oynamaktadırlar.

¹ Öğr. Gör, Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Türkiye. hasanuyar65van@gmail.com, h.uyar@alparslan.edu.tr ORCID: 0000-0002-5982-5467.

Hemşirelik bakımının esas amacı, yalnızca semptomların hafifletilmesiyle sınırlı kalmayıp, bireylerin hastalıklarıyla başa çıkma kapasitelerini artırmak, bireyin kendi kendine bakım becerilerinin geliştirmesini desteklemek, hastalık alevlenmelerini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu çerçevede, KOAH hastalarında hasta eğitimi, modern hemşirelik yaklaşımının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir (Aranburu-Imatz et al., 2022; Gray, 2016; Meng, Chen, Chen, & Xu, 2025; Padilha, Sousa, & Pereira, 2018).

2. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)

2.1. KOAH'ın tanımı ve epidemiyolojisi

KOAH, hava yollarında kalıcı daralmaya yol açan ve inflamatuvar bir yanıtla ilerleyen, önlenebilir, heterojen ve çok faktörlü bir akciğer hastalığı olarak tanımlanır. Bu durum, bireyin yaşam kalitesini ciddi şekilde düşüren kronik bir solunum sistemi hastalığı olarak nitelendirilmektedir (Cornelius, 2024; Naeem et al., 2025; Türk Toaraks Derneği, n.d.; Venkatesan, 2024). 2019 yılında 30-79 yaş arası bireylerde küresel KOAH prevalansı %10.3 olduğu tahmin edilmektedir (Adeloye et al., 2022). Türkiye'de %9.1 ile %19.1 arasında değiştiği belirtilmiştir (Candemir, 2021; Suerdem et al., 2020).

2.2. KOAH'ın etiyolojisi ve risk faktörleri

KOAH'ın gelişiminde hem çevresel hem de genetik faktörler rol oynar; sigara içimi en önemli risk faktörü olmakla birlikte, sigara içmeyenlerde de hastalık sıkça görülmektedir. KOAH'ın başlıca etiyolojik mekanizmaları kronik inflamasyon, oksidatif stres, hava yolu ve alveol duvarında yapısal değişiklikler, hızlanmış akciğer yaşlanması ve doku yıkımı yer alır (Antunes, Cruz, & Rocco, 2019; Hikichi, Mizumura, Maruoka, & Gon, 2019). Sigara dumanı ve diğer zararlı partiküller, akciğerlerde kalıcı inflamasyon ve hücresel hasara

yol açar. Bu süreçte genetik yatkınlık, epigenetik değişiklikler ve bağışıklık sistemi yanıtı da etkilidir. KOAH'taki temel risk faktörlerinden en önemlisi, KOAH vakalarının %50-80'iyle ilişkili olan sigara kullanımıdır (Muliase, 2023; Salvi, 2014). Çevresel hava kirliliği ve biyoyakıtların kullanımıyla oluşan ev içi hava kirliliği, KOAH için önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Kim & Lee, 2017). Mesleki maruziyet sonucunda iş ortamında meydana gelen toz, duman, gaz ve kimyasal maddeler, bu hastalığın risk faktörleri arasında yer almaktadır (J. X. Duan et al., 2020). Alfa-1 antitripsin eksikliği ve henüz belirlenmemiş çeşitli genetik faktörlerin, KOAH gelişiminde potansiyel risk faktörleri olduğu düşünülmektedir. Çocuklukta geçirilmiş astım ve enfeksiyonlar da KOAH risk faktörleri arasında yer almaktadır (Agustí, Melén, DeMeo, Breyer-Kohansal, & Faner, 2022; Parris, O'Farrell, Fong, & Yang, 2019; Ruvuna & Sood, 2020).

2.3. KOAH'ın patofizyolojisi

KOAH'ın patofizyolojik sürecinde, hava yollarında akım kısıtlanması, hava hapsi, gaz değişimindeki anormallikler, alveollerde inflamasyon, doku yıkımı, oksidatif stres, aşırı mukus üretimi, damar değişiklikleri ve pulmoner hipertansiyon gibi faktörler, hastalığın ilerleyici ve sistemik etkilerinin temelini oluşturmaktadır (Christenson, Smith, Bafadhel, & Putcha, 2022; Marcuccio, Candia, Maniscalco, & Ambrosino, 2025; Rodrigues et al., 2021).

2.4. KOAH'ın klinik bulguları

KOAH'ın klinik belirtileri, hastalığın patofizyolojik süreçleriyle doğrudan bağlantılıdır ve zamanla ilerleyici bir şekilde kötüleşir. Başlangıçta hafif semptomlarla seyreden bu hastalık, tedavi edilmediğinde yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara, sık alevlenmelere ve artan mortalite oranlarına yol açabilir. KOAH ile ilişkili bulgular, solunum sistemi ve diğer

sistemlere özgü olarak iki ana kategoriye ayrılabilir. Solunum sistemiyle doğrudan bağlantılı bulgular arasında öksürük ve balgam üretimi, nefes darlığı (dispne), hışıltı solunum sesi, göğüste sıkışma hissi, egzersiz kapasitesinde azalma ve oksijen saturasyonunda meydana gelen düşüş bulunmaktadır. Diğer bulgular ise genellikle kilo kaybı, kas gücü ve kütlelerinde azalma, osteoporoz, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetmezliği, taşikardi, siyanoz, fiçli göğüs yapısı, azalmış solunum sesleri, uzamış ekspirasyon, ronküs ve hırıltılar, perküsyonda hipersonorite, yardımcı solunum kaslarının belirgin kullanımı, polisitemi ve sık enfeksiyon gelişimi gibi durumlar yer almaktadır (Bari, Shamsi, Hasan, & Ahmed, 2025; Kireev & Patsap, 2024; Sarkar, Bhardwaz, Madabhavi, & Modi, 2019).

2.5. KOAH tanı yöntemleri

KOAH tanı yöntemleri genellikle geç konulmaktadır. KOAH tanısının doğrulanması, klinik bulguların değerlendirilmesi, risk faktörlerinin sorgulanması, solunum fonksiyon testlerinin yapılması ve gerektiğinde ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ile mümkündür. Fizik muayene ile kapsamlı bir klinik değerlendirme ve anamnez alınmalıdır. KOAH tanısının altın standardı olarak spirometre yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bronkodilatör reversibilite testi uygulanabilir, ancak reversibilitenin varlığı astımı düşündürebilir ve her zaman kesin bir ayrım sağlamayabilir. Akciğer radyografisi, KOAH tanısını doğrulamaz, ancak diğer hastalıkları dışlamada önemli bir yöntem olarak kullanılabilir. Bilgisayarlı tomografi, KOAH'ın fenotip belirlenmesinde ve amfizemin derecesinin değerlendirilmesinde oldukça değerlidir. Arteriyel kan gazı analizi, pulse oksimetri ve laboratuvar testleri kullanılabilir (Agustí et al., 2023; Jung & Vij, 2021; Park et al., 2025; Singh, Agusti, Volgelmeier, & Halpin, 2025; Singh, Stockley, et al., 2025).

2.6. KOAH'ta tedavi yaklaşımları

KOAH tedavi yaklaşımı, hastalığın semptomları, alevlenme sıklığı, spirometrik şiddeti ve fenotipine göre kişiselleştirilmelidir. Güncel GOLD rehberi, tedavinin temelini uzun etkili bronkodilatörlerin oluşturduğunu ve alevlenme riski yüksek olan hastalarda kombine tedavilerin tercih edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Farmakolojik tedavilerin yanı sıra, sigara bırakma, pulmoner rehabilitasyon ve oksijen tedavisi gibi farmakolojik olmayan yaklaşımlar, hastalık yönetiminin vazgeçilmez unsurlarıdır. Cerrahi yöntemler ise ileri evre KOAH hastaları için belirli durumlarda uygulanabilir. Kapsamlı bir tedavi planı, semptom kontrolü, yaşam kalitesi ve sağkalım açısından en iyi sonuçları sunar. Farmakolojik tedavi seçenekleri arasında bronkodilatörler, inhale kortikosteroidler, fosfodiesteraz-4 inhibitörleri, teofilin, mukolitikler ve antioksidanlar, antibiyotik profilaksisi gibi tedaviler kullanılabilmektedir (Agustí et al., 2023; R. Duan, Li, & Yang, 2023; Jacques, Kuhn, & Albertson, 2024; Singh, Agusti, et al., 2025; Singh, Jenkins, & Chanez, 2021). Farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları ise sigaranın bırakılması (en etkili müdahale), mevsimsel influenza aşısı, pnömokok aşısı (PCV13, PPSV23) gibi aşılar, pulmoner rehabilitasyon, oksijen tedavisi, nefes egzersizleri, beslenme yönetimi ve cerrahi ve invaziv tedavileri içermektedir (Khan et al., 2023; Labaki & Rosenberg, 2020; Volpato et al., 2023).

3. KOAH'TA HEMŞİRELİK SÜRECİ

3.1. Tanılama (Veri toplama ve değerlendirme)

Hemşirelik sürecinin ilk ve en kritik aşaması olan tanılama, bireyin mevcut ve potansiyel sağlık sorunlarının belirlenebilmesi amacıyla kapsamlı veri toplama ve bu verilerin analitik bir şekilde değerlendirilmesini içermektedir. KOAH'ta doğru tanılama, etkili hemşirelik girişimlerinin planlanması ve

bakımın sürekliliğinin sağlanması açısından temel bir öneme sahiptir. Bu süreç, hastanın fiziksel, psikolojik durumu ve yaşam aktivitelerine dair çok boyutlu bir değerlendirmeyi kapsar ve etkili bakım planlamasının temelini oluşturur (Dou, Zhang, Wang, Xu, & Wu, 2025; Li, 2024).

3.1.1. Fiziksel değerlendirme

KOAH'lı bireylerin hemşirelik süreçlerinde değerlendirilmesi gereken önemli parametreler arasında solunum sıkıntısı, öksürük, balgam üretimi, egzersiz kapasitesi, solunum sesleri, sigara kullanım öyküsü, geçmişteki KOAH alevlenmeleri, hastaneye yatış sıklığı, kullanılan ilaçlar ve tedaviye uyum yer almaktadır. Ayrıca, oksijen saturasyonu, vital bulgular, spirometri sonuçları, arteriyel kan gazı değerleri ve hemogram gibi kan değerlerinde polisitemi ve enfeksiyon varlığının araştırılması ile radyolojik bulgular da dikkate alınmalıdır (Aranburu-Imatz et al., 2022; Dou et al., 2025; Li, 2024).

3.1.2. Psikolojik durum

KOAH'ın bireylerde neden olduğu anksiyete ve depresyon belirtilerinin yanı sıra, sosyal izolasyon ve hastalıkla baş etme stratejilerinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi gereklidir. Bu inceleme için, durum analizi yapmak amacıyla ölçeklerin kullanılması tercih edilebilir (Dou et al., 2025; Helvacı & Gök Metin, 2020; Q. Wang, Tang, & Zhang, 2025).

3.1.3. Günlük yaşam aktiviteleri

Yürüme, merdiven çıkma, kişisel bakım aktiviteleri, aktivite sırasında dispne gelişimi, uyku kalitesi, vücut kitle indeksi, kilo kaybı veya obezite, iştah durumu ve hastalığın mesleki yaşama etkisi kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilir (Aranburu-Imatz et al., 2022; Li, 2024).

3.2. KOAH'ta hemşirelik tanıları

Tanılama sürecinde elde edilen verilerin analizi sonucunda, bireyin mevcut ve potansiyel sorunlarını yansıtan hemşirelik tanıları belirlenmektedir. KOAH'lı bireylerde sık karşılaşılan hemşirelik tanıları şunlardır:

- Etkisiz solunum örüntüsü
- Gaz değişiminde bozulma
- Havayolu temizliğinde yetersizlik
- Aktivite intoleransı
- Yorgunluk
- Enfeksiyon riski
- Anksiyete
- Bilgi eksikliği
- Uyku örüntüsünde bozulma

Hemşirelik tanılarının doğru tespiti, etkili ve amaca yönelik bakım planlaması için kritik bir öneme sahiptir (Almubarak & Putra, 2024; Aranburu-Imatz et al., 2022; Hemed Hamad Saliem, Eid Abdelmoniem Shaaban, & Desoky Saleh saker, 2022).

3.3. Planlama

KOAH'ta hemşirelik sürecinin planlama aşaması, hastanın gereksinimlerine uygun, bilimsel temelli ve bireyselleştirilmiş bakım hedeflerinin belirlenmesini içerir. Bu aşama, tanılama ve değerlendirme süreçlerinin ardından, hastanın fiziksel, psikososyal ve fonksiyonel durumuna göre uygulanacak hemşirelik girişimlerinin sistematik bir şekilde seçilmesini sağlar. Planlama aşaması, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyonları önlemek amacıyla sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşım gerektirmektedir.

- Hastanın solunum fonksiyonlarının desteklenmesi
- Dispnenin azaltılması
- Alevlenmelerin önlenmesi
- Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın artırılması
- Psikososyal uyumun güçlendirilmesi
- Egzersiz kapasitesini artırma amaçlanır.

Hasta ve ailesinin planlama sürecine katılımı, bu sürecin etkinliğini önemli ölçüde artırmaktadır (Aranburu-Imatz et al., 2022; Demirel & Tel Aydın, 2023; Dural & Çıtlık Sarıtaş, 2019; Uslu & Canbolat, 2022).

3.4. Uygulama

KOAH yönetiminde hemşirelik uygulamaları, semptom kontrolü, alevlenmelerin önlenmesi, tedaviye uyumun artırılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini hedefleyen kanıta dayalı, hasta merkezli girişimleri içermektedir. Hemşire, KOAH'lı bireyin bakımında değerlendirme, eğitim, izlem ve koordinasyon rollerini eş zamanlı olarak yürütülmesi gerekir.

- ✓ Hastaya uygun pozisyon verilmesi (semi-Fowler, tripod pozisyonu) sağlanır.
- ✓ Solunum sayısı, paterni ve yardımcı kas kullanımının izlenir.
- ✓ Oksijen tedavisinin hekim istemine uygun ve titrasyon ilkelerine göre uygulanır.
- ✓ Oksijen satürasyonunun düzenli izlenmesi gerekir.
- ✓ Solunum yetmezliği bulgularının erken tanınması sağlanır.
- ✓ Etkili öksürme teknikleri öğretilir.
- ✓ Gerekli durumlarda postüral drenaj ve göğüs fizyoterapisine yönlendirilebilir.
- ✓ Balgam miktarı, rengi ve kıvamının izlenir.

- ✓ Yeterli sıvı alımının desteklenmesi sağlanır.
- ✓ Dudak büzerek solunum ve diyafragmatik solunum egzersizleri öğretilir.
- ✓ Aktivite sırasında solunum kontrolünün sağlanmasının önemi vurgulanır.
- ✓ Dispne tetikleyicilerinin belirlenmesi ve kaçınma stratejilerinin geliştirilmesi öğretilir.
- ✓ Aktivite toleransının değerlendirilmesi hakkında bilgi verilir.
- ✓ Günlük aktivitelerin planlanması ve dinlenme aralarının düzenlenmesine teşvik edilir.
- ✓ Enerji koruyucu tekniklerin öğretilmesi sağlanır.
- ✓ Pulmoner rehabilitasyon programlarına yönlendirilebilir.
- ✓ İnhaler cihazların doğru kullanımı hakkında eğitim verilir.
- ✓ İlaçların etki ve yan etkilerinin izlenmesinin önemi vurgulanır.
- ✓ Tedaviye uyumun değerlendirilmesi yapılır ve uyumun önemi vurgulanır.
- ✓ Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi verilir.
- ✓ Alevlenme belirtilerinin erken tanınması sağlanır.
- ✓ Evde oksijen kullanımı ve güvenlik önlemleri eğitimi verilir.
- ✓ Aşılama (influenza, pnömokok) konusunda bilgilendirme yapılır.
- ✓ Psikolojik durumun değerlendirilmesi izlenir.
- ✓ Aile ve bakım verenlerin sürece dahil edilmesinin önemi vurgulanır.
- ✓ Gerekli durumlarda psikososyal destek birimlerine yönlendirme sağlanabilir.
- ✓ Alevlenme belirtilerinin erken fark edilmesi izlenir.
- ✓ Enfeksiyon bulgularının izlenir.
- ✓ Hastanın sağlık kontrollerine gelmesinin önemi hakkında eğitim verilir.

KOAH hastalarında hemşirelik uygulamaları, hastalığın kronik ve ilerleyici doğası nedeniyle bütüncül, sürekli ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirmektedir. Solunum desteği, dispne yönetimi, hasta eğitimi ve psikososyal destek, hemşirelik bakımının temel unsurlarını oluşturmaktadır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının etkili bir şekilde uygulanması, KOAH'lı bireylerde semptom kontrolünü, yaşam kalitesini ve bakım sürekliliğini önemli ölçüde iyileştirmektedir (Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig, Mary Beth Flynn Makic, Marina Reyna Martinez-Kratz, & Melody Zanotti, 2019; Herdman, Kamitsuru, & Lopes, 2021).

3.5. Değerlendirme

Hemşirelik değerlendirmesi, KOAH yönetiminde semptom kontrolü, psikososyal destek ve hasta eğitimi açısından hayati bir rol üstlenmektedir. Hemşirelik sürecinin bu aşamasında, hemşirelik uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesi esastır. Bu değerlendirme aşamalarında, KOAH'lı bireyin solunum durumu, hava yolu açıklığı, gaz değişimi, aktivite toleransı, anksiyete düzeyi, hastalık bilgisi ve enfeksiyon durumu titizlikle incelenir. Uygulama süreçlerinin analizi gerçekleştirilir (Duman Kirmaci & Ağaçdiken Alkan, 2025; Jia & Fan, 2024; Q. Wang et al., 2025).

4. SONUÇ

Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan KOAH, etkili bir yönetim için multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu çerçevede, hemşireler bakım, eğitim, danışmanlık ve izlem gibi görevlerle hastalığın yönetiminde hayati bir rol oynar. Hemşirelik bakımının etkinliği ve yapılandırılmış hasta eğitimi, KOAH'lı bireylerde alevlenmelerin azalmasına, hastaneye yatışların önlenmesine ve yaşam kalitesinin artmasına önemli katkılar sağlar. Güncel yaklaşımlar doğrultusunda, hemşirelik bakım ve eğitim planlamasında yapay zekâ temelli teknolojilerin

entegrasyonu, KOAH yönetiminde dikkate değer fırsatlar sunabilir. Yapay zekâ destekli izlem sistemleri, semptomların erken tespiti, alevlenmelerin önlenmesi, kişiselleştirilmiş bakımın teşviki ve tedaviye uyumun artırılması açısından hemşirelik uygulamalarını güçlendirme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda, KOAH bakımında teknolojik yeniliklerin hemşirelik sürecine entegre edilmesi, bakımın etkinliğini artıran ve hasta sonuçlarını iyileştiren stratejik bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Adeloye, D., Song, P., Zhu, Y., Campbell, H., Sheikh, A., & Rudan, I. (2022). Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*, 10(5), 447–458. doi:10.1016/S2213-2600(21)00511-7
- Agustí, A., Celli, B. R., Criner, G. J., Halpin, D., Anzueto, A., Barnes, P., ... Vogelmeier, C. F. (2023). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *European Respiratory Journal*, 61(4). doi:10.1183/13993003.00239-2023
- Agustí, A., Melén, E., DeMeo, D. L., Breyer-Kohansal, R., & Faner, R. (2022). Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease: understanding the contributions of gene–environment interactions across the lifespan. *The Lancet Respiratory Medicine*, 10(5), 512–524. doi:10.1016/S2213-2600(21)00555-5
- Almubarok, A. Z., & Putra, M. G. A. (2024). Case Report of a Patient with Ineffective Breathing Pattern in Copd in the Marwah and Raudhah Rooms of Pku Muhammadiyah Hospital Yogyakarta. *Journal of Technology and Health*, 1(3), 163–179. doi:10.61677/JTH.V2I1.144

- Antunes, M. A., Cruz, F. F., & Rocco, P. R. M. (2019). Oxidative Stress in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In S. Chakraborti, T. Chakraborti, S. Das, & D. Chattopadhyay (Eds.), *Oxidative Stress in Lung Diseases* (Vol. 1, pp. 375–387). Springer, Singapore. doi:10.1007/978-981-13-8413-4_19
- Aranburu-Imatz, A., López-Carrasco, J. de la C., Moreno-Luque, A., Jiménez-Pastor, J. M., Valverde-León, M. del R., Rodríguez-Cortés, F. J., ... Morales-Cané, I. (2022). Nurse-Led Interventions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9101. doi:10.3390/ijerph19159101
- Bari, M. A., Shamsi, S., Hasan, M. J., & Ahmed, S. (2025). Clinical Profile of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Community Based Medical Journal*, 14(2), 98–104. doi:10.3329/CBMJ.V14I2.83275
- Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig, Mary Beth Flynn Makic, Marina Reyna Martinez-Kratz, & Melody Zanotti. (2019). *Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care* (12th ed.). Retrieved from <https://shop.elsevier.com/books/nursing-diagnosis-handbook/ackley/978-0-323-55112-0>
- Candemir, I. (2021). The narrative review of chronic obstructive pulmonary disease management in Turkey: medical treatment, pulmonary rehabilitation and endobronchial volume reduction. *Journal of Thoracic Disease*, 13(6), 3907. doi:10.21037/jtd-20-2271
- Christenson, S. A., Smith, B. M., Bafadhel, M., & Putcha, N. (2022). Chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*, 399(10342), 2227–2242. doi:10.1016/S0140-6736(22)00470-6

- Cornelius, T. (2024). Clinical guideline highlights for the hospitalist: GOLD COPD update 2024. *Journal of Hospital Medicine*, 19(9), 818–820. doi:10.1002/JHM.13416
- Demirel, U., & Tel Aydin, H. (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Fonksiyonel Performans ve Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. *Journal of Ankara Health Sciences*, 12(2), 128–141. doi:10.46971/ausbid.1229932
- Dou, Y., Zhang, L., Wang, Y., Xu, X., & Wu, B. (2025). Effectiveness of nursing care intervention on the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 34(5), 693–708. doi:10.17219/ACEM/189880
- Duan, J. X., Cheng, W., Zeng, Y. Q., Chen, Y., Cai, S., Li, X., ... Chen, P. (2020). Characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease exposed to different environmental risk factors: A large cross-sectional study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 2857–2867. doi:10.2147/COPD.S267114
- Duan, R., Li, B., & Yang, T. (2023). Pharmacological therapy for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Diseases and Translational Medicine*, 9(2), 82–89. doi:10.1002/cdt3.65
- Duman Kirmaci, N., & Ağaçdiken Alkan, S. (2025). The Relationship Between Learning Needs and Care Dependency in Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(2), e70042. doi:10.1111/scs.70042
- Dural, G., & Çıtlık Sarıtaş, S. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ile Anksiyete ve

Depresyon Arasındaki İlişki, 10(2).
doi:10.31067/0.2019.146

Gray, T. (2016). Managing chronic obstructive pulmonary disease: the nurse's role. *British Journal of Healthcare Assistants*, 10(6), 288–295. doi:10.12968/bjha.2016.10.6.288

Helvaci, A., & Gok Metin, Z. (2020). The effects of nurse-driven self-management programs on chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2849–2871. doi:https://doi.org/10.1111/jan.14505

Hemed Hamad Saliem, A., Eid Abdelmoniem Shaaban, A., & Desoky Saleh saker, M. (2022). Effect of Supportive Nursing Care on Symptoms Severity and Quality of Life for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Zagazig Nursing Journal*, 18(2), 126–145. doi:10.21608/ZNJ.2022.265767

Herdman, H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021–2023. *Thieme*, 12(112).

Hikichi, M., Mizumura, K., Maruoka, S., & Gon, Y. (2019). Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) induced by cigarette smoke. *Journal of Thoracic Disease*, 11(Suppl 17), 2129–2140. doi:10.21037/jtd.2019.10.43

Jacques, M. R., Kuhn, B. T., & Albertson, T. E. (2024). Update on the pharmacological treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 25(14), 1903–1922. doi:10.1080/14656566.2024.2409322

Jia, S., & Fan, P. (2024). Analysis of the Effect of Continuous Nursing Care in Patients with COPD. *Journal of Clinical*

and Nursing Research, 8(1), 233–237.
doi:10.26689/JCNR.V8I1.5874

Jung, T., & Vij, N. (2021). Early Diagnosis and Real-Time Monitoring of Regional Lung Function Changes to Prevent Chronic Obstructive Pulmonary Disease Progression to Severe Emphysema. *Journal of Clinical Medicine* 2021, Vol. 10, Page 5811, 10(24), 5811.
doi:10.3390/JCM10245811

Khan, K. S., Jawaaid, S., Memon, U. A., Perera, T., Khan, U., Farwa, U. E., ... Khawaja, U. A. (2023). Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Exacerbations in Hospitalized Patients From Admission to Discharge: A Comprehensive Review of Therapeutic Interventions. *Cureus*, 15(8). doi:10.7759/CUREUS.43694

Kim, W. J., & Lee, C. Y. (2017). Environmental exposures and chronic obstructive pulmonary disease. *Molecular & Cellular Toxicology* 2017 13:3, 13(3), 251–255.
doi:10.1007/S13273-017-0027-4

Kireev, A. A., & Patsap, O. I. (2024). Clinical, Laboratory and Radiological Patternes in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Laboratory and Clinical Medicine. Pharmacy*, (12), 35–46.
doi:10.14489/LCMP.2024.02.PP.035-046

Labaki, W. W., & Rosenberg, S. R. (2020). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Intern Med*, 173(3), 17–33.
doi:10.7326/IsTranslatedFrom_AITC202008040_Japanese

Li, M. (2024). Analysis of the Effect of Respiratory Rehabilitation Nursing on the Quality of Life of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Clinical and Nursing Research*, 8(5), 342–347.
doi:10.26689/JCNR.V8I5.7268

- Marcuccio, G., Candia, C., Maniscalco, M., & Ambrosino, P. (2025). Endothelial dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease: an update on mechanisms, assessment tools and treatment strategies. *Frontiers in Medicine*, 12, 1550716. doi:10.3389/FMED.2025.1550716/BIBTEX
- Meng, K., Chen, X., Chen, Z., & Xu, J. (2025). Burden of chronic obstructive pulmonary disease in adults aged 70 years and older, 1990–2021: Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *PLOS ONE*, 20(1), e0316135. doi:10.1371/journal.pone.0316135
- Muliase, I. N. (2023). Pathogenesis Analysis, Risk Factors, and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Literature Study. *Asian Journal of Healthy and Science*, 2(12), 927–932. doi:10.58631/ajhs.v2i12.90
- Naeem, S., Wang, F., Mubarak, R., Shen, H., Li, X., Mommers, I., ... Mubarik, S. (2025). Mapping the Global distribution, risk factors, and temporal trends of COPD incidence and mortality (1990–2021): ecological analysis. *BMC Medicine* 2025 23:1, 23(1), 210-. doi:10.1186/S12916-025-04014-0
- Padilha, J. M., Sousa, P. A. F., & Pereira, F. M. S. (2018). Nursing clinical practice changes to improve self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *International Nursing Review*, 65(1), 122–130. doi:10.1111/inr.12366
- Park, S., Lee, S. M., Hwang, H. J., Oh, S. Y., Choe, J., & Seo, J. B. (2025). Quantitative CT imaging in chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Radiology*. doi:10.1093/BJR/TQAF105
- Parris, B. A., O’Farrell, H. E., Fong, K. M., & Yang, I. A. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and lung cancer: common pathways for pathogenesis.

Journal of Thoracic Disease, 11(Suppl 17), S2155.
doi:10.21037/JTD.2019.10.54

- Rodrigues, S. de O., da Cunha, C. M. C., Soares, G. M. V., Silva, P. L., Silva, A. R., & Gonçalves-De-albuquerque, C. F. (2021). Mechanisms, Pathophysiology and Currently Proposed Treatments of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Pharmaceuticals 2021*, Vol. 14, Page 979, 14(10), 979. doi:10.3390/PH14100979
- Ruvuna, L., & Sood, A. (2020). Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinics in Chest Medicine*, 41(3), 315–327. doi:10.1016/j.ccm.2020.05.002
- Salvi, S. (2014). Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in Chest Medicine*, 35(1), 17–27. doi:10.1016/j.ccm.2013.09.011
- Sarkar, M., Bhardwaz, R., Madabhavi, I., & Modi, M. (2019). Physical signs in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lung India*, 36(1), 38–47. doi:10.4103/lungindia.lungindia_145_18
- Singh, D., Agusti, A., Volgelmeier, C., & Halpin, D. (2025). Reply: Spirometry remains the GOLD standard test for COPD diagnosis. *European Respiratory Journal*, 65(6). doi:10.1183/13993003.00794-2025
- Singh, D., Jenkins, C., & Chanez, P. (2021). Pharmacological treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*, 26(7), 643–651. doi:10.1111/RESP.14046
- Singh, D., Stockley, R., Anzueto, A., Agusti, A., Bourbeau, J., Celli, B. R., ... Halpin, D. (2025). GOLD Science Committee recommendations for the use of pre- and post-bronchodilator spirometry for the diagnosis of COPD.

European Respiratory Journal, 65(2).
doi:10.1183/13993003.01603-2024

Suerdem, M., Gunen, H., Akyildiz, L., Cilli, A., Ozlu, T., Uzaslan, E., ... Misirligil, Z. (2020). Demographic, clinical and management characteristics of newly diagnosed COPD patients in Turkey: A real-life study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 261–267. doi:10.2147/COPD.S211838

Türk Toaraks Derneği. (n.d.). *Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu*.

Uslu, A., & Canbolat, Ö. (2022). Nursing Care of The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient According to Orem's Theory of Self-Care Deficiency: A Case Report. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(2), 269–274. doi:10.5152/jern.2022.73659

Venkatesan, P. (2024). GOLD COPD report: 2024 update. *The Lancet Respiratory Medicine*, 12(1), 15–16. doi:10.1016/S2213-2600(23)00461-7

Volpato, E., Farver-Vestergaard, I., Brighton, L. J., Peters, J., Verkleij, M., Hutchinson, A., ... von Leupoldt, A. (2023). Nonpharmacological management of psychological distress in people with COPD. *European Respiratory Review*, 32(167), 220170. doi:10.1183/16000617.0170-2022

Wang, Q., Tang, H., & Zhang, M. (2025). The clinical nursing effect of empowerment-based continuing nursing combined with pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine* 2025 25:1, 25(1), 315-. doi:10.1186/S12890-025-03683-0

Wang, Z., Lin, J., Liang, L., Huang, F., Yao, X., Peng, K., ... Zheng, J. (2025). Global, regional, and national burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable

risk factors from 1990 to 2021: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Respiratory Research* 2024 26:1, 26(1), 2-. doi:10.1186/S12931-024-03051-2

HEMŞİRELİK ALANINDA GÜNCEL ÇALIŞMALAR

yaz
yayınları

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