

HEMŞİRELİK KONULARI

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Çiğdem Müge HAYLI

yaz
yayınları

Hemşirelik Konuları

Editör

Dr.Öğr.Üyesi Çiğdem Müge HAYLI

yaz
yayınları

2025

Hemşirelik Konuları

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Çiğdem Müge HAYLI

© 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 978-625-5547-86-6

Mart 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

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

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Genç Yaşlılarda Fiziksel Aktivite ve Düşme.....	1
<i>Necibe DAĞCAN ŞAHİN, Yiğit ŞAHİN</i>	
Yaşlılarda Ağrı Yönetimi ve Egzersiz	11
<i>Necibe DAĞCAN ŞAHİN, Yiğit ŞAHİN</i>	
Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsülin Enjeksiyonu Korkusu ve Ağrı	21
<i>Hatice ŞEN, Diğdem LAFÇI BAKAR</i>	
Atriyal Fibrilasyonda Kullanılan Tamamlayıcı ve İntegratif (Bütünleştirici) Terapiler.....	45
<i>Ülkü GÜNER, Diğdem LAFÇI BAKAR</i>	
Palyatif Bakım Hastalarında Hemşirelik Uygulamaları, Etik ve Yasal Sorunlar	73
<i>Funda AKDURAN, Sevda GÜVENÇ, Dilek KAYA, Alev DOĞAN</i>	

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

GENÇ YAŞLILARDA FİZİKSEL AKTİVİTE VE DÜŞME

Necibe DAĞCAN ŞAHİN¹

Yiğit ŞAHİN²

1. GİRİŞ

İnsanlar yaşamları boyunca farklı evrelerden geçerler. Bu evrelerden biri de "yaşlılık"tır. Arpacı'ya göre yaşlılık, bir kişinin kendini hangi yaşta hissettiğiyle ölçülür; yani kişi ne kadar yaşlı hissediyorsa, o kadar yaşlıdır. Hatta fiziksel olarak bedeninin dayandığı yaşa da denk gelir (Çubukcu & Çiçek, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlanma kavramını üç farklı aşamaya ayırmaktadır. Bu tanıma göre; 65-74 yaş aralığı “Genç Yaşlılık”, 75-84 yaş aralığı “İleri Yaşlılık” ve 85 yaş ve üzeri ise “Çok İleri Yaşlılık” olarak tanımlanır (Yumurtacı, 2013). Genç yaşlılık dönemi, bireylerin aktif bir yaşam sürdüğü ve fiziksel aktivitenin büyük önem taşıdığı bir süreçtir. Düzenli egzersiz, sağlıklı yaşlanmayı desteklerken, düşme risklerini de azaltmada önemli bir rol oynar. Yaşlılık, yaşam boyu süren ve kültürden kültüre değişen bir kavram olup, genç yaşlılıkta fiziksel aktivite, yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir faktördür (Ülker, 2021).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, necibedagcan35@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9574-0284.

² Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, yigitsahin358@gmail.com, ORCID: 0009-0004-9670-8499.

2. YAŞLILIK

Yaşlılık, bireyin fiziksel ve zihinsel yeteneklerinde azalmaların yaşandığı, sağlığın, gençliğin, çekiciliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir seviyesinin, saygınlığının, bağımsızlığın, sosyal ilişkilerin, arkadaşlıkların ve statünün zayıfladığı veya kaybolduğu bir dönemi ifade eder. Bu süreç, birçok kayıp ve zorlukla birlikte gelir (Tereci vd., 2016). Yaşlanma süreciyle birlikte meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişiklikler, hastalıkların gelişimini ve seyrini doğrudan etkileyebilir (Öğüt & Atay, 2012). Yaşlılık, kronolojik yaşla paralel olarak biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik boyutlar kazanan bir süreçtir. Ancak, sosyal açıdan bakıldığında, her birey için yaşlılık farklı anlamlar taşıyabilir. Yaşlılık deneyimi, kişisel algıya bağlı olarak olumlu ya da olumsuz şekillenir. Sağlık açısından yaşlılık, hareket kısıtlılığına işaret ederken, ekonomik açıdan iş yaşamından çekilme, tedavi ve bakım masrafları gibi ekonomik zorlukları da beraberinde getirir. Bu nedenle, yaşlılık olgusu; toplumun gelişmişlik düzeyine, bireyin sağlık durumuna, sosyal ve psikolojik koşullarına bağlı olarak değişkenlik gösteren, yaşanan döneme ve coğrafyaya göre farklılık gösteren öznel bir kavramdır (Şeker & Kurt, 2018).

3. GENÇ YAŞLILIK

Yaşlılık, sosyal, kültürel ve biyolojik açıdan birbirine bağlı bir süreçtir ve bu konuda yapılan araştırmalar, yaşlılığın başlangıcını farklı açılardan ele almaktadır. Kronolojik yaşa dayalı tanımlamalarda, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaşını, Birleşmiş Milletler ise 60 yaşını yaşlılık için belirlenen sınır olarak kabul etmektedir. DSÖ'nün yaşlılık tanımına göre, 65-74 yaş aralığı “genç yaşlılık” dönemi olarak tanımlanmaktadır (Uyanık, 2017). Genç yaşlılık dönemi, yaşlılık olgusunu anlamak için önemli bir aşamadır ve bu dönemde yaşlılık kuramları daha

derinlemesine incelenmelidir. Bu kuramlar, bireylerin toplumsal rollerindeki değişimleri ve bu değişimlere nasıl tepki verdiklerini açıklamaktadır. Örnek olarak yaşamdan geri çekilme kuramına göre, yaşlanan birey toplumsal sisteme uyum sağlamalıdır çünkü toplumda genel işleyiş sabittir. Genç yaşlılık dönemindeki birey, yaşam koşullarındaki değişimlere ayak uydurmada zorluk yaşayabilir ve bu süreçte rollerini, işlevlerini ve sosyal aktivitelerini kademeli olarak bırakmak zorunda kalabilir. Bu dönem, bireylerin yaşlılık sürecine hazırlık aşaması olarak da kabul edilebilir (Altunay & Özkul, 2022). Bireylerin yaşlandıkça aktif kalmalarını desteklemek için, yaşlıların yaşam boyu öğrenme ihtiyaçlarına yönelik uygun uygulamaların belirlenmesi önemlidir. Bu süreçte, sosyal hizmet alanıyla işbirliği yapılarak, gerekli hizmetlerin ve müdahalelerin planlanıp hayata geçirilmesi gerekmektedir. Aktif yaşlanma konusunda pek çok farklı alanda kapsamlı araştırmalar ve çalışmalar mevcuttur (Sevim & Yıldırım, 2023). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yaşlılık, 65 yaşında başlayıp 105 yaşına kadar uzanan, yaklaşık 30-40 yıl süren heterojen bir süreçtir. Bu dönem, diğer yaş aralıklarına kıyasla en uzun yaşam süresini kapsamakla birlikte, dünya genelinde giderek daha fazla uzayan bir yaşam dilimini temsil etmektedir (Akan, 2023). Yaşlı, yaşlılık ve yaşlanma kavramlarına ilişkin tanımların eksikliği, literatür ve çeşitli raporlarda sıkça karşılaşılan bir sorundur. Bu eksikliklerin giderilmesi ve kavramlar arasında bir birlikteliğe ulaşılması önemlidir (Kurtkapan, 2019).

4. FİZİKSEL AKTİVİTE

Fiziksel aktivitelerle ilgili izler, çok eski çağlara ait mezar kalıntılarında bile karşımıza çıkmaktadır. Antik dönemlerde yapılan ritüel ve ayinlerde dans gibi hareketli etkinlikler yaygın bir şekilde yer almaktaydı. Günümüz anlamında fiziksel aktivite

ise ilk kez yaklaşık M.Ö. 2500 civarında Çin’de görülmeye başlanmıştır (Bulut, 2013). Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından gerçekleştirilen ve enerji tüketimini artıran istemli hareketler olarak tanımlanır. Günlük yaşamda, yürümek veya merdiven çıkmak gibi basit aktiviteler de fiziksel aktivite kapsamına girer. Özellikle yaşlı bireylerde, fiziksel aktivite yaşam kalitesini iyileştiren ve sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratan önemli bir faktördür. Bu aktivite, aynı zamanda yaşlılarda kronik hastalıkların tedavisinde, rehabilitasyon sürecinde ve hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynar. Fiziksel aktivitenin, yaşlılıkla birlikte artan sağlık risklerini azaltmada ve genel sağlığı korumada etkili bir davranış biçimi olduğu söylenebilir (Soyuer & Soyuer, 2008). Bireyler, fiziksel aktiviteyi seçerken kendi özel koşullarını dikkate almalıdır. Yaş, kilo, çevresel faktörler, fiziksel sağlık durumu, aktiviteye erişim kolaylığı, mevcut hastalıklar, kişisel ihtiyaçlar ve ekonomik durum gibi unsurlar, doğru bir seçim yapabilmek için göz önünde bulundurulması gereken önemli etkenlerdir (Alpözgen & Özdinçler, 2016). Toplumda, özellikle yaşlı bireyler için sıkça duyulan "Bu yaşta spor mu yapılır?" ya da "Bu yaştan sonra sporcumu olacaksın?" gibi ifadeler, egzersiz yapmayı normal bir davranış olarak görmemeyi yansıtabilir. Ancak egzersiz, yaşa bağlı bir sınır tanımaz ve her yaşa uygun fiziksel aktiviteler bulunmaktadır. Gençlikten yaşlılığa kadar her dönemde, vücut sağlığını korumak ve geliştirmek için düzenli egzersiz yapmak oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra, egzersiz, dengeli ve yeterli beslenme gibi sağlıklı yaşam alışkanlıklarıyla desteklendiğinde, hem gençlerin hem de yaşlıların fiziksel ve zihinsel sağlıklarını iyileştirebilir (Akın, 2017). Kişinin kendini aşırı zorlamadan yaptığı fiziksel aktivitelerin, özellikle orta yaş ve sonrasındaki dönemde erken ölümleri ve ciddi hastalıkları önlemede çok daha etkili olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır. Bu tür aktiviteler, sağlığı önemli ölçüde iyileştirerek yaşam süresini uzatabilir (Satman, 2018). Fiziksel aktivitenin hem ruhsal hem de fiziksel

sağlık üzerinde olumlu etkileri olmasına rağmen, toplumda düzenli egzersiz yapan kişilerin oranı oldukça düşüktür. Yapılan araştırmalarda, yetişkinlerin yalnızca %28'inin orta ve yüksek şiddetli aktivitelerde yer aldığı, %50'sinin ise düşük seviyede fiziksel aktivite gösterdiği ortaya konmuştur (Lök & Bademli, 2017). Fiziksel aktivitenin bireyler üzerinde pek çok olumlu etkisi olmasına rağmen, günümüzde hareketsiz yaşam tarzının giderek daha yaygın hale geldiği gözlemlenen bir durumdur (Çakır & Ergin, 2023). Bu bağlamda, yapılan birçok araştırmada fiziksel aktivite genellikle yürüme ile değerlendirilmiştir. Yürüme, yetişkinler arasında en yaygın ve tercih edilen fiziksel aktivite türüdür. Aynı zamanda, tipik sedanter yaşlı yetişkinler arasında da sıkça yapılan bir etkinliktir. Yürüyüş, eğlence, egzersiz ve ulaşım amacıyla genellikle açık hava ve sosyal ortamlarda, örneğin parklar, alışveriş merkezleri, yollar ve mahalle sokaklarında gerçekleştirilir (Demirtaş vd., 2017).

5. DÜŞME

Düşme, bir bireyin ani ve istem dışı olarak pozisyon değiştirmesi sonucu, yere, bir nesneye, zemine, alana veya başka bir yüzeye, ya da bulunduğu seviyeden daha düşük bir seviyeye hareket etmesi olarak tanımlanır (Boğa vd., 2015). Kasıtsız ya da kaza sonucu gerçekleşen düşmeler, dünya genelinde ölümler sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. Her yıl düşük ve orta gelirli ülkelerde, bu tür düşmeler sonucu yaklaşık 646.000 kişi hayatını kaybetmektedir, bu da dünya genelinde ölümlerin %64'üne tekabül eder. Özellikle 65 yaş ve üzerindeki bireylerde, düşmeler en yaygın ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca, her yıl yaklaşık 37,3 milyon kişi, ölümcül olmasa da tıbbi müdahale gerektiren düşmelerle karşı karşıya kalmaktadır. Düşme sonucu en büyük morbidite ise 65 yaş ve üzerindeki bireylerde görülmektedir (Öden & Giersbergen, 2021). Yaşlılık

döneminde, fiziksel değişikliklerle birlikte dengeyi koruma yeteneğinde de azalmalar yaşanır. Bu değişiklikler, yaşlı bireylerde fonksiyonel yetersizliklerle ilişkilendirilmekte olup, ileri yaşlarda düşme oranlarının artmasının başlıca nedenlerinden biridir (Kozak vd., 2021). Yaşın ilerlemesi, önceki düşme öyküsü, hareket kısıtlılığı ve zayıflayan alt ekstremita kuvveti gibi faktörlerin yanı sıra, davranışsal unsurların da düşme riskini artırdığı ve bu durumun yaşlı bireylerde aktivite kısıtlamalarına yol açtığı belirlenmiştir (Demircioğlu vd., 2019).

6. SONUÇ

Genç yaşlılık dönemi, bireylerin fiziksel olarak aktif kalmaya devam ettiği, ancak yaşla birlikte vücutta bazı doğal değişikliklerin de baş göstermeye başladığı bir süreçtir. Bu dönemde, düzenli fiziksel aktivite, sadece sağlıklı yaşlanmayı desteklemekle kalmaz, aynı zamanda düşme riskini önemli ölçüde azaltarak yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırır. Fiziksel aktivite, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunlarını yönetmede, kronik hastalıkların önlenmesinde ve rehabilitasyonda da etkili bir araçtır. Ancak, yaşla birlikte dengeyi koruma yeteneğinde ve kas gücünde yaşanan azalmalar, düşme riskinin artmasına yol açmaktadır. Düşmeler, özellikle 65 yaş ve üzerindeki bireyler için önemli bir ölüm ve morbidite nedenidir, bu da fiziksel aktivitenin gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır.

Günümüzde hareketsiz yaşam tarzının giderek yaygınlaşması, fiziksel aktivitelerin toplumda daha az tercih edilmesine yol açmaktadır. Bu durum, özellikle yaşlı bireylerin sağlıklarını korumaları ve düşme gibi ciddi kazalardan kaçınmaları açısından büyük bir risk oluşturur. Toplumda fiziksel aktiviteye katılım oranları düşük olsa da, bireylerin düzenli egzersiz yapmalarının önündeki engellerin ortadan kaldırılması

ve fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi, yaşlılıkta sağlıklı yaşamının anahtarlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, yaşlı bireylerin denge, kuvvet ve hareketliliklerini destekleyecek uygun egzersiz programlarının düzenlenmesi, düşme oranlarını azaltmada oldukça etkili olacaktır. Bu bağlamda, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, uygun sosyal destekler ve güvenli egzersiz alanlarının sağlanması, sağlıklı yaşlanma sürecini iyileştirmek için büyük önem taşımaktadır.

Genç yaşlılık dönemindeki bireyler için fiziksel aktivitelerin teşvik edilmesi ve kişisel sağlık koşullarına uygun egzersiz programlarının hazırlanması önemlidir. Toplumda egzersiz kültürünü yaygınlaştırmak ve yaşlıların aktif kalmalarını desteklemek için bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akan, E. (2023). Toplumun Yaşlanması ve Yaşlılıkta Barınma Problemi Bağlamında Kurumsal Yaşlı Yaşam Alanları Tasarımı. *Senectus*, 1(2), Article 2. <https://doi.org/10.26650/senectus.2023.1.2.0013>
- Akın, G. (2017). Yaşlanmada Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Yeri. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), Article 2.
- Alpözgen, A. Z., & Özdiñler, A. R. (2016). Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.17681/hsp.18017>
- Altunay, Z., & Özkul, M. (2022). Geçmişin Değeri Günün Sosyal Problemi: Yaşlılık ve Modern Toplumda Yaşlı Bakımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(35), Article 35. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1020968>
- Boğa, N. M., Özdelikara, A., & Ağağdiken, S. (2015). Huzurevindeki Yaşlı Hastalarda Düşme Davranışlarının Belirlenmesi Huzurevindeki Yaşlı Hastalarda Düşme Davranışlarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), Article 3.
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Türk Hijyen ve Deneyisel Biyoloji Dergisi*, 70(4), Article 4.
- Çakır, G., & Ergin, R. (2023). Fiziksel Aktivite ve İyi Oluş İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), Article 3. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1320687>
- Çubukcu, A. T., & Çiçek, A. (2023). Yaş Altmış İş Bitmemiş: Yaşlılık. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 7(2), Article 2.

- Demircioğlu, A., Uysal, S. A., & Hamurcu, M. Ş. (2019). Yaşlı Bireylerde Görme Fonksiyonu, Denge Ve Düşme Davranışlarının İncelenmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 30(3), Article 3. <https://doi.org/10.21653/tjpr.665189>
- Demirtaş, Ş., Güngör, C., & Demirtaş, R. N. (2017). Sağlıklı Yaşlanma ve Fiziksel Aktivite: Bireysel, Psikososyal ve Çevresel Özelliklerin Buna Katkısı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), Article 1. <https://doi.org/10.20515/otd.292504>
- Kozak, D. A., Bahar, N. T., Ay, F., Kılıç, B., & Başbüyük, G. Ö. (2021). Türkiye’de ileri yaştaki yetişkinlerin düşme durumları. *Anthropology*, 41, Article 41. <https://doi.org/10.33613/antropolojidergisi.810773>
- Kurtkapan, H. (2019). Türkiye’de Demografik Dönüşümün Sosyal Yansımaları Ve Yaşlılık. *Sosyal Güvence*, 15, Article 15. <https://doi.org/10.21441/sosyalguvence.597571>
- Lök, N., & Bademli, K. (2017). Yetişkin Bireylerde Fiziksel Aktivite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(40), Article 40.
- Öden, T. N., & Giersbergen, M. Y. V. (2021). Düşme ve Düşmelere Bağlı Yaralanmaların Azaltılması için Kanıt Temelli Uygulama Önerileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 18(1), Article 1.
- Öğüt, S., & Atay, E. (2012). Yaşlılık ve oksidatif stres. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 19(2), Article 2.
- Satman, M. C. (2018). Fiziksel Aktivite: Bilinenin Çok Ötesi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 16(4), Article 4.

- Sevim, S., & Yıldırım, Ş. (2023). Kuşaklararası Üniversite Öğrencilerinin Yaşlanma ve Yaşlılık Algılarının Değerlendirilmesi. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.51460/baebd.1209130>
- Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(3), Article 3.
- Şeker, A., & Kurt, G. (2018). Bir Sosyal Politika Alanı Olarak Yaşlılık Ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Nüfusbilim Dergisi*, 40, 7-30.
- Tereci, D., Turan, G., Kasa, N., Öncel, T., & Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), Article 1.
- Uyanık, Y. (2017). Yaşlılık , Yaşlanan Nüfus Ve Sosyal Politika. *İş ve Hayat*, 3(5), Article 5.
- Ülker, Y. (2021). Değişen Yaşlılık Kavramının Reklamlara Yansıması. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.36362/gumus.870615>
- Yumurtacı, A. (2013). Demografik Değişim: Psiko-Sosyal ve Sosyo-Ekonomik Boyutları ile Yaşlılık. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(6), Article 6.

YAŞLILARDA AĞRI YÖNETİMİ VE EGZERSİZ

Necibe DAĞCAN ŞAHİN¹

Yiğit ŞAHİN²

1. GİRİŞ

İnsan yaşamı, doğumdan itibaren bebeklik, çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi farklı aşamalardan geçer. Bu yaşam döngüsünün son aşaması olan yaşlılık, fiziksel ve zihinsel değişimlerin yoğunlaştığı, bireyin yaşam deneyimlerinin ve sağlık durumunun etkili olduğu bir dönemi ifade eder (Yılmaz & Mermutlu, 2023). Bu süreçte, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli unsurlardan biri de ağrı yönetimi ve egzersizdir, çünkü doğru yönetim ve hareketlilik, yaşlıların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için büyük önem taşır (Soyuer & Soyuer, 2008a).

2. YAŞLILIK

Yaşlılık konusunda evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte, farklı tanımlar mevcuttur. Bazı tanımlara göre yaşlılık, vücutta morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişimlerin olumsuz bir şekilde ilerlediği, çeşitli hastalıkların bir araya geldiği ve fiziksel ile ruhsal yeteneklerin azaldığı bir süreç olarak kabul edilmektedir (Tereci vd., 2016). Bir diğer tanıma göre, yaşlılık, biyolojik yaştan ötesinde, bireyin sosyal, psikolojik ve çevresel faktörler ışığında şekillenen bir süreçtir. Bu süreçte, yaşlı

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, necibedagcan35@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9574-0284.

² Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, yigitsahin358@gmail.com, ORCID: 0009-0004-9670-8499.

bireylerin toplum içindeki rolleri ve kişisel deneyimleri, fiziksel değişimlerin yanı sıra önemli bir etken olarak ortaya çıkar (Aközer vd., 2011). Yaşlılık, toplumların iç dinamikleri, yaşam tarzları, ekonomik koşulları ve tarihsel geçmişlerine bağlı olarak değişen ve çeşitlenen bir kavramdır. Her toplumda yaşlılık, bu unsurların etkisiyle farklı şekillerde algılanır ve deneyimlenir (Çataloğlu, 2018). Yaşlılık, zamana ve kültürlere bağlı olarak farklı şekillerde algılsa da, genellikle bireyin fiziksel gücünün azalması ve yaşamın zorluklarına uyum sağlamakta güçlük çekmesi nedeniyle insan yaşamındaki en problemlili dönemlerden biri olarak görülür. Çoğu insan için yaşlılık, endişe verici ve kaçınılması gereken bir süreç olarak kabul edilir. Tarih boyunca, yaşlılık, ölümün yakın bir işareti olarak kabul edilmiş ve yaşamın olumsuz yönlerinin bir araya geldiği son aşaması olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle, uzun bir yaşam sürmenin yolları sürekli olarak araştırılmıştır (Kuruoğlu & Salman, 2017). Yaşlılık, sosyal, kültürel ve biyolojik boyutlarıyla birbirine bağlı bir süreçtir ve bu konuda yapılan araştırmalar, yaşlılık döneminin başlangıcını farklı açılardan tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık sınırını 65 yaş olarak belirlerken, Birleşmiş Milletler bu sınırı 60 yaş olarak kabul etmektedir (Uyanık, 2017). Türkiye'de, "65 yaş ve üzeri" yaş grubu, "yaşlı nüfus" olarak tanımlanmakta ve ekonomik açıdan "bağımlı nüfus" olarak değerlendirilmektedir (Canpolat, 2021). 65 yaş ve üzeri her birey kronolojik olarak yaşlı olarak kabul edilse de, her bireyin sağlık durumu, yaşam tarzı ve sosyoekonomik koşulları farklıdır. Sağlıklı bir yaşam sürmüş bir yaşlı ile dezavantajlı koşullarda büyümüş bir yaşlının yaşlılık döneminde karşılaştığı sorunlar ve bu sorunlarla baş etme düzeyi farklılık gösterecektir, ve yoksulluk, sağlıklı yaşlanmanın en büyük engelidir (Kahveci & Yeniçeri, 2023). Bununla birlikte, fiziksel ve bilişsel sağlıklarını koruyarak, aileleri ve arkadaşlarıyla birlikte yaşlanabilen bireyler için yaşlılık, bilgelik, huzur ve yaşam sevinciyle dolu bir dönem

olabilir. Bu kişiler, yaşamın son dönemini daha sağlıklı, tatmin edici ve anlamlı bir şekilde geçirebilirler (Özütürker, 2021).

3. AĞRI

Ağrı, herkesin zaman zaman deneyimlediği, karmaşık yapılı ve rahatsız edici bir duygusal durumdur (Y. D. D. H. Özveren, 2011). Ağrı, tüm insanlar tarafından deneyimlenen evrensel bir olgudur ve Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) tarafından "vücudun belirli bir bölgesinde meydana gelen doku hasarına bağlı ya da bu hasardan bağımsız olarak, bireyin geçmiş deneyimlerine de etki eden, hoş olmayan duygusal bir hissiyat" olarak tanımlanmaktadır (Göl & Onarıcı, 2016). Ağrı, fiziksel doku hasarına bağlı olarak ortaya çıkan, ancak duygusal durumlar ve geçmiş deneyimlerden de etkilenen subjektif bir deneyimdir. Bireyin yaşadığı çevresel faktörler ve kişisel özellikler, ağrıyı algılamasını etkiler ve ağrı için günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırarak yaşam kalitesini düşüren soyut bir kavramda diyebiliriz (Öngel, 2017). Ağrının erken dönemde fark edilip tedavi edilmesi, kişinin daha hızlı bir şekilde günlük yaşam aktivitelerine dönmesine yardımcı olur. Bu da yetersizlik hissinin azalmasına, bağımlılıktan kurtulmasına ve zamanla ortaya çıkabilecek depresif belirtilerin hafiflemesine olanak tanır (Tütüncü & Günay, 2011).

4. AĞRI YÖNETİMİ

Ağrının farklı şekillerde oluşması, ağrının şiddetinde çeşitlilik yaratır ve bu durum, etkili bir ağrı yönetimi için kişiye özel yaklaşımların önemini artırır. Her bireyin deneyimlediği ağrı, farklı faktörlere bağlı olarak değiştiğinden, yönetim stratejileri de buna göre uyarlanmalıdır (Aygın & Var, 2012). Tedavi edilmeyen ağrı, sadece bireyin fiziksel sağlığını değil,

aynı zamanda ağrının kontrolsüz olması nedeniyle zihinsel, duygusal ve sosyal yaşamını da olumsuz etkileyebilir. Ağrı yönetimi, bu etkileşimleri hedef alarak, ağrının yalnızca fiziksel boyutunu değil, aynı zamanda bireyin düşünsel, duygusal ve sosyal iyiliğini de göz önünde bulundurur. Etkili bir ağrı yönetimi, ağrıyı kontrol altına alarak bireyin kavrama, düşünme ve anlama becerilerini iyileştirir, psikolojik stresin azalmasını sağlar ve kişinin sosyal etkileşimlerini daha sağlıklı bir şekilde sürdürmesine olanak tanır. Bu da, genel yaşam kalitesinin artmasına ve bireyin sağlıkla ilgili tüm yönlerden daha dengeli bir yaşama sahip olmasına yardımcı olur (Kufacı & Mumcu, 2022). Günümüzde ağrı yönetiminin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için multidisipliner bir ekip yaklaşımının gerekliliği geniş bir şekilde kabul görmüş olsa da, bu ekipteki en önemli üç unsurun hasta, hemşire ve hekim olduğu genel bir anlayışa sahiptir. Ancak, bu ekip üyeleri arasında yalnızca hasta, ağrıyı doğrudan deneyimleyip onu hafifletmek için çaba göstermektedir (Y. Demir vd., 2012). Ağrı kontrolünde hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran en önemli özellik, hastayla uzun süreli temas kurarak ağrının geçmiş deneyimlerini ve başa çıkma yöntemlerini öğrenmesi, bu bilgileri gerektiğinde kullanarak rehberlik yapmasıdır. Ayrıca, hemşireler tedavi planını uygulayıp sonuçlarını izleyerek, empatik bir yaklaşım sergilerler. Bu nedenle, hemşirelerin ağrı yönetimi, değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları büyük önem taşır (Yılmaz & Atay, 2015). Yaşlı bireylerin çoğu kronik hastalıklarla birlikte ağrıya da sıkça maruz kalır. Bu nedenle, etkili ağrı yönetimi, yaşam kalitelerini artırmak ve bağımsızlıklarını korumak için büyük önem taşır (Aslan & Kılıç, 2022). Yaşlı bireylerde ağrı yönetimi, ağrı inançları ile fiziksel aktivite düzeyi, yaşam kalitesi, sosyal destek ve kaliteli uyku gibi faktörlerle doğrudan ilişkilidir (Özdemir & Afşar, 2023). Gençlerde olduğu gibi, yaşlı bireylerde de ağrının etkili bir şekilde yönetilebilmesi için ağrının doğru ve yeterli bir şekilde

değerlendirilip tanımlanması önemlidir (Çilingir & Bulut, 2017). Bu değerlendirme, ağrının kontrolünde etkili olabilecek yöntemlerin belirlenmesi için oldukça önemlidir. İyi bir ağrı yönetimi değerlendirmesi sonrasında, ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlamasını sağlar, yaşam kalitesini artırır, komplikasyonları azaltır ve daha sağlıklı bir yaşam sürmesine olanak tanır (H. Özveren vd., 2018).

5. EGZERSİZ

Egzersiz, belirli bir hedefe yönelik olarak yapılan, düzenli ve tekrarlanan fiziksel aktivitelerle, bir veya daha fazla fiziksel uygunluk unsurunu geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir (Katra, 2021). Egzersiz, kilo kontrolü, kan basıncı ve kolesterol düzeylerini iyileştirerek kalp sağlığını destekler ve aynı zamanda bireylerin psikolojik iyilik halini artırır. Ancak, aşırı egzersiz, sağlık açısından olumsuz etkiler yaratabilir ve vücudu aşırı şekilde yıpratır (G. T. Demir & Türkeli, 2019). Egzersiz, yaşlı bireylerin sağlığını korumak ve yaşam kalitelerini artırmak için büyük bir öneme sahiptir. Yaşlanan nüfusla birlikte yapılan araştırmalar, egzersizin yaşlıların çeşitli hastalıklardan korunmalarına yardımcı olduğunu ve bireysel farklılıkları göz önünde bulundurarak daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine olanak sağladığını ortaya koymaktadır (Soyuer & Soyuer, 2008b). Egzersiz, yaşa bağlı kas kaybını önleyerek ve insülin duyarlılığını artırarak, yaşlanmanın olumsuz etkilerini hafifletir ve sağlıklı bir yaşlanma süreci sunar (Torlak, 2018). Yaşlı bireylere egzersiz alışkanlığı kazandırmak, fonksiyonel performanslarını iyileştirir ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını sürdürmelerine yardımcı olur. Amerikan Spor Hekimliği Koleji (ASHK), yaşlıların sağlığını korumak ve geliştirmek için dört farklı egzersiz türünü önerir: aerobik egzersizler, direnç egzersizleri,

denge egzersizleri ve esneklik egzersizleri (Özmen & Contarlı, 2023).

6. SONUÇ

Yaşlılık, insanların hayatlarının doğal bir parçası olup, bu dönemde fiziksel ve zihinsel sağlık önemli bir rol oynamaktadır. Yaşlılıkla birlikte karşılaşılan sağlık sorunları, genellikle ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi durumlarla ilişkilidir. Bu sebeple, ağrı yönetimi ve egzersiz, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmada kritik unsurlar olarak öne çıkmaktadır.

Ağrı, yaşlılık döneminde sıkça görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir durumdur. Kronik ağrı, yaşlı bireylerin günlük aktivitelerini gerçekleştirmelerini zorlaştırırken, aynı zamanda duygusal ve psikolojik durumlarını da olumsuz etkiler. Ağrı yönetimi, sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal yönleriyle de ele alınmalıdır. Etkili bir ağrı yönetimi stratejisi, kişiye özel yaklaşımlar gerektirir ve multidisipliner bir ekip çalışması ile başarılı bir şekilde uygulanabilir. Hemşireler, hasta ile uzun süreli temasları sayesinde, ağrının yönetilmesinde önemli bir rol oynar. Ağrının doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetilmesi, yaşlı bireylerin sağlıklı ve bağımsız bir yaşam sürmelerine olanak tanır.

Egzersiz, yaşlılık döneminde sağlığı koruma ve yaşlanmanın olumsuz etkilerini hafifletme konusunda önemli bir araçtır. Düzenli egzersiz, kas kaybını engelleyerek, kardiyovasküler sağlığı iyileştirir, mental sağlığı güçlendirir ve fiziksel bağımsızlığı artırır. Egzersizin yaşlı bireylerin kas gücünü artırması, denge ve esneklik kazandırması, aynı zamanda fonksiyonel bağımsızlıklarını korumaları açısından hayati öneme sahiptir. Bununla birlikte, egzersiz programlarının yaşlının bireysel sağlık durumu ve kapasitesine göre özelleştirilmesi

gerekmektedir. Amerikan Spor Hekimliği Koleji'nin önerdiği dört temel egzersiz türü (aerobik egzersizler, direnç egzersizleri, denge egzersizleri ve esneklik egzersizleri) yaşlı bireylerin çeşitli sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için etkili bir rehber sunmaktadır.

Sonuç olarak, yaşlı bireylerde ağrı yönetimi ve egzersiz, yalnızca fiziksel sağlık için değil, aynı zamanda psikolojik iyilik hali ve sosyal yaşam kalitesinin artırılması için de kritik bir öneme sahiptir. Bu iki faktörün etkili bir şekilde entegrasyonu, yaşlıların daha sağlıklı, bağımsız ve tatmin edici bir yaşam sürmelerine olanak tanır. Gelecekte, yaşlılık dönemiyle ilgili daha fazla araştırma yapılarak, ağrı yönetimi ve egzersiz programlarının daha da geliştirilebileceği ve kişiye özel hale getirilebileceği öngörülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aközer, M., Nuhrat, C., & Say, Ş. (2011). Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 27(27), Article 27. <https://doi.org/10.21560/spcd.73482>
- Aslan, G., & Kılıc, D. (2022). Yaşlı Bireylerde Ağrı Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik ve Non-farmakolojik Yöntemler. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 3(1), Article 1.
- Aygin, D., & Var, G. (2012). Travmalı Hastanın Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2(2), Article 2. <https://doi.org/10.5505/sakaryamj.2012.26349>
- Canpolat, Ö. (2021). Ötekileştirilme tartışmaları bağlamında yaşlılık ve yaşlılığa bakış açısının incelenmesi. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 6(11), Article 11.
- Çataloğlu, S. (2018). Yaşlılık , Değer ve Teknoloji. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.35235/uicd.434005>
- Çilingir, D., & Bulut, E. (2017). Yaşlı Bireylerde Ağrıya Yaklaşım. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 20(2), Article 2.
- Demir, G. T., & Türkeli, A. (2019). Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Egzersiz Bağımlılığı ve Zihinsel Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Sport Sciences Research*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.25307/jssr.505941>
- Demir, Y., Usta, Y. Y., İnce, Y., Gel, K. T., & Akı, M. K. (2012). Hemşirelerin Ağrı Yönetimi İle İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(3), Article 3.

- Göl, İ., & Onarıcı, M. (2016). Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı ve Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), Article 3.
- Kahveci, M. M., & Yeniçeri, N. (2023). Değişen Dünyada Yaşlılık. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), Article 2.
- Katra, H. (2021). Egzersiz Yapan Bireylerde Egzersiz Bağımlılığı ve Benlik Saygısı. *Bağımlılık Dergisi*, 22(4), Article 4. <https://doi.org/10.51982/bagimli.897106>
- Kufacı, A. A., & Mumcu, N. (2022). Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(2), Article 2.
- Kuruoğlu, H., & Salman, S. (2017). Medyada yaşlılık ve Türk sinemasında yaşlılık temsili. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(3), Article 3.
- Öngel, D. D. K. (2017). Ağrı Tanımı Ve Sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(1), Article 1.
- Özdemir, Ü., & Afşar, Ş. (2023). Yaşlı Bireylerin Ağrı Yaşama Durumları, Ağrı İle Başetme Yöntemleri Ve Ağrı İnançlarını Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(2), Article 2. <https://doi.org/10.34108/eujhs.1184260>
- Özmen, T., & Contarlı, N. (2023). Yaşlılarda Fiziksel Aktivite ve Egzersiz. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), Article 1.
- Özütürker, M. (2021). Yaşlı Ayrımcılığı. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(36), Article 36. <https://doi.org/10.26466/opus.883434>
- Özveren, H., Faydalı, S., Gülnar, E., & Dokuz, H. F. (2018). Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.16899/gopctd.388195>

- Özveren, Y. D. D. H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1), Article 1.
- Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008a). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(3), Article 3.
- Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008b). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(3), Article 3.
- Tereci, D., Turan, G., Kasa, N., Öncel, T., & Arslansoyu, N. (2016). Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1), Article 1.
- Torlak, M. S. (2018). Yaşlanma ve Egzersiz. *Journal of Sport Sciences Research*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.25307/jssr.423106>
- Tütüncü, R., & Günay, H. (2011). Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Medical Journal*, 38(2), Article 2. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2011.02.0028>
- Uyanık, Y. (2017). Yaşlılık , Yaşlanan Nüfus Ve Sosyal Politika. *İş ve Hayat*, 3(5), Article 5.
- Yılmaz, F., & Atay, S. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ağrı Yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), Article 2.
- Yılmaz, M. S., & Mermutlu, A. (2023). Yaşlı Bireylerde Yaşlılık Algısı ve Ölüm Kaygısı. *Olgu Sosyoloji Dergisi*, 2(1), 47-58. <https://doi.org/10.58632/olgusos.1309328>

TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE İNSÜLİN ENJEKSİYONU KORKUSU VE AĞRI

Hatice ŞEN¹

Diğdem LAFÇI BAKAR²

1. GİRİŞ

Yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak toplumumuzda kronik hastalıkların insidansı giderek artmaktadır. Bulaşıcı bir hastalık olmamasına rağmen ülkemizde dahil tüm dünyada görülme sıklığında sürekli artış gösteren kronik hastalıklardan biri de diyabettir. 21. yüzyılın epidemisi olarak nitelendirilen diyabet; tedavi, bakım ve komplikasyonları sebebi ile bireye, aileye ve topluma yük getiren, kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yere sahip bir hastalık haline gelmektedir (Yıldırım, Hacıhasanoğlu, Bozdemir, Hacıhasanoğlu Aşılar, 2020; Zheng, Ley, Hu, 2018; Samancığlu, 2016).

International Diabetes Federation (IDF) 2021 yılı verilerine göre; dünyada yaklaşık 537 milyon yetişkinin diyabetle yaşadığı belirtilmektedir. Bu sayının 2030 yılına kadar 643 milyona, 2045 yılına kadar ise 783 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. IDF 2021 yılı Türkiye verilerine göre ise; diyabetin yetişkin popülasyonda görülme sıklığı %15.9 olup bu oranın 9 milyon yetişkine karşılık geldiği, bu sayının 2045 yılında 13.4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2021). Dünyada ve ülkemizde diyabet vakalarının, %90-95'ini Tip 2 diyabet

¹ Arş. Gör., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik, Haticesen3303@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1607-8369.

² Doç. Dr., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik, didemlafci@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7199-416X.

oluşturmaktadır. Diyabet tanısı almış bireylerin hastalık ve semptomlarını kontrol altında tutabilmek; kan glukoz seviyesinin düzenli takibini, tıbbi beslenme tedavisini, düzenli egzersiz programını, diyabet eğitimi, oral antidiyabetik ajan ve insülin kullanımını gerektirmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerde oral antidiyabetik ajan kullanımı, tıbbi beslenme tedavisi ve düzenli egzersiz programına rağmen glisemik kontrol sağlanamadığında insülin kullanımına geçilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda Tip 2 diyabetli bireylerin tanı konulmasını takiben on yıl içerisinde insüline bağımlı hale geldiği belirlenmiştir (Zheng, vd., 2018; American Diabetes Association, 2019).

Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association/ADA); kan glukoz seviyesinin düzenlenmesi ve komplikasyonların önlenmesinde insülinin doğru kullanımının önemli olduğunu vurgulamaktadır. İnsülin tedavisinin başlanması ve sürdürülmesinde ki en önemli engel olarak ise ağrı, parmak delme ve enjeksiyon korkusu gösterilmektedir. Bireylerin kan glukoz seviyesini izlerken yaşamış oldukları parmak delme korkusu ile insülin uygulayan bireylerin enjeksiyon sırasında yaşamış oldukları korku ve ağrı bireyin iyi olma halini ve glisemik kontrolü olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabetli bireylerin yaşamış oldukları bu korku ve ağrı nedeni ile kan şekeri ölçümü yapmadıkları, kan şekeri düzeyi bilinmediği için uygun dozda insülin uygulamadıkları ve insülin dozlarını atladıkları belirtilmektedir. Bunun sonucunda etkili bir diyabet yönetimi ve metabolik kontrol sağlanamamaktadır (Samancığlu, 2016; American Diabetes Association, 2019).

Hasta ile en uzun süre birlikte olan meslek grubunun hemşireler olması, hemşirelerin hastaları daha iyi gözlemleyebilmesini ve baş etme yöntemlerini daha iyi bilmelerini sağlamaktadır. Bu sebeple korku ve ağrının giderilmesinde hemşireler vazgeçilmez bir role sahiptir. Hemşirelerin korku ve ağrı yönetiminde ilaç dışı yöntemleri

kullanacak olan kişiler olması bağımsız rollerini gerçekleştirmeleri adına son derece önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin bağımsız rollerini gerçekleştirebilmeleri için korkuyu ve ağrıyı tespit etmeleri, yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaları son derece önemlidir (American Diabetes Association, 2019; Meeker, Finnell, Othman, 2011).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus ve Epidemiyolojisi

Diabetes Mellitus, pankreastan yeterli insülin salınımının yapılamaması veya vücudun üretmiş olduğu insülinin etkili bir biçimde kullanılamaması durumunda oluşan, metabolik ve kronik bir hastalıktır. Diyabetli bireylerde insülin pankreas tarafından üretilmemekte veya üretilmiş olan insülin hücreler tarafından yeterince kullanılamamaktadır. Bu sebeple hücreler için hayati öneme sahip olan insülinin vücuda dışarıdan alınması gerekmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2017; IDF, 2019).

Günümüzde dünya çapında yarım milyardan daha fazla insanın diyabetle yaşadığı ve diyabetin en hızlı büyüyen küresel sağlık sorunlarından biri olduğu belirlenmiştir. IDF 2021 yılı verilerine göre ülkemizde 20-79 yaş arası diyabetli birey sayısının; 2000 yılında yaklaşık 2 milyon, 2011 yılında 3.5 milyon, 2021 yılında ise 9 milyon olduğu tespit edilmiştir. Verilere göre ülkemizde; diyabetin yetişkin popülasyonda görülme sıklığı %15.9'dur. 2045 yılına kadar ise diyabetli birey sayısının 13.4 milyona, görülme sıklığının ise %17.0'ye ulaşacağı öngörülmektedir (IDF, 2019).

2.2. Diabetes Mellitus Tedavisi

Diabetes Mellitus tedavisinde: kan şekeri düzeyinin normal aralıkta olmasını sağlamak, komplikasyon gelişimini önlemek, gelişen komplikasyonların seyrini yavaşlatmak ve

bireyin yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır. Bu amaçla tedavide; tıbbi beslenme tedavisi, yaşam tarzı değişikliği, fiziksel aktivite ve egzersiz gibi nonfarmakolojik tedavi şekilleri ile oral antidiyabetik ilaç ve insülin kullanımı gibi farmakolojik tedavi şekilleri kullanılmaktadır (Muslu ve Ardahan, 2018; Kurdak ve Kurdak, 2015).

Tıbbi beslenme tedavisi; hipoglisemi ve hipergliseminin önlenmesini, kan glukoz değerinin normal aralıkta olmasını sağlamakta ve diyabete bağlı komplikasyon gelişimini önlemektedir. *Yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması;* prediabetiklerde diyabete geçişi, diyabetli bireylerde ise komplikasyon gelişimini yavaşlatmakta ve insülin direncinde iyileşme sağlamaktadır. *Fiziksel aktivite ve egzersiz;* insülin direncini azaltmakta, glukoz regülasyonunu kolaylaştırmakta ve beden kitle indeksinin normal aralıkta olmasını sağlamaktadır. Farmakolojik tedavide kullanılan *oral antidiyabetikler;* insülin sekresyonunu ve insüline duyarlılığı artırarak glisemik kontrolü sağlamaktadır. Bir diğer farmakolojik tedavi şekli olan *insülin tedavisi* ise; Tip 2 diyabetli bireylerde insülin salgılanmasının düzenlenmesi ve kan glukoz düzeyinin kontrolünün sağlanmasında kullanılmaktadır (Muslu ve Ardahan, 2018; Kurdak ve Kurdak, 2015).

2.3. Diyabetli Hastalarda Kan Şekeri Ölçme ve İnsülin Tedavisi

Diabetes Mellitus tedavisinde; kan şekeri ölçümü önemli bir yere sahiptir. Diyabetin neden olduğu komplikasyonların önlenmesinde ve tedavi dozlarının ayarlanmasında en etkili yöntem kan şekeri düzeyinin sık aralıklarla kontrol edilmesidir. ADA, kan şekeri izleminin diyabetli bireylerde glisemik kontrolün sağlanmasında, tedavinin etkisinin ve glisemik hedeflere ulaşılabilme durumunun değerlendirilmesinde etkili olduğunu belirtmektedir (Chaudhury, vd., 2017; Vettoretti,

Facchinetti, Sparacino, Cobelli, 2017; American Diabetes Association, 2016).

Tip 2 diyabetin tedavisinde öncelikli olarak bireyin kilo vermesinin sağlanması, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi farmakolojik olmayan yöntemler önerilmektedir. Bu yöntemler ile kan glukoz düzeyi normal aralıkta tutulamaz ise oral antidiyabetik ilaç kullanımına geçilmektedir. Yaşam tarzı değişikliği ve oral antidiyabetik ilaç kullanımına rağmen kan glukoz düzeyi normal aralıkta tutulamaz ise insülin tedavisine geçilmektedir. Kan şekeri ölçümü ve insülin tedavisi; tedavi dozlarının ayarlanabilmesinde, hipoglisemi ve hiperglisemi gelişiminin önlenmesinde ve diyabet kontrolünün sağlanabilmesinde önemli bir yer tutar. Bu nedenle diyabet yönetiminin en önemli adımlarından biri kan şekeri ölçümü ve insülin enjeksiyonu uygulamasıdır (Chaudhury, vd., 2017; Raveendran, Chacko, Pappachan, 2018; Barker, 2017).

2.4. Diyabetli Hastalarda İnsülin Enjeksiyonu Yapma ve Parmak Delme Korkusu

Etkili bir diyabet yönetiminin sağlanabilmesi için; gıda alımı ve fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, düzenli aralıklarla kan glukoz düzeyi takibinin yapılması, uygun insülin dozlarının ayarlanması ve insülin enjeksiyonunun yapılması gerekmektedir. En önemli tedavi şekillerinden biri olan insülinin vücuda alınabilmesi sadece enjeksiyon yolu ile olabilmektedir. Bu nedenle insülin tedavisi alan Tip 2 diyabetli bireylerin günlük kan şekeri takiplerini yapmaları ve kendilerine insülin uygulamaları gerekmektedir (Dinçoğlu, 2020; Çelik ve Pınar, 2014).

Etkili bir diyabet yönetimi için; günlük çoklu insülin enjeksiyonları kullanılmakta olup bu durum enjeksiyon uygulamalarını diyabetli bireylerin günlük yaşamlarının bir parçası haline getirmektedir. Diyabet yönetiminin temelini; diyabetli bireylerin kendi sağlıkları ve tedavileri ile ilgili tutum

ve davranışları etkilemektedir. Bu anlamda tedavide başarı; bireylerin bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olmasına bağlıdır. Diyabetli bireylerin çoğu insülin tedavisinin; sağlık durumlarında olumlu bir etki oluşturmayacağına ve glisemik kontrolü sağlayamayacağına inanmaktadır. Aynı zamanda insülin tedavisini bir başarısızlık göstergesi veya kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılamaktadırlar (Polat, Özcanarslan, Bucak, 2017; Üstündağ ve Dayapoğlu, 2021). Bu duruma ek olarak diyabetli bireyin;

- İnsülin ve etkilerinden korkması
- İnsülin yapmaktan utanması
- İnsülin enjeksiyonunu zaman alıcı ve günlük yaşam aktivitelerini engelleyici bir uygulama olarak görmesi
- Kilo alma endişesi
- Hipoglisemi yaşama korkusu
- Hayatının kontrolünü kaybedeceği düşüncesi
- Parmak delme ve insülin enjeksiyonu korkusu insülin tedavisinin sürdürülmesini engelleyen diğer etmenler arasındadır (Polat, vd., 2017; Üstündağ ve Dayapoğlu, 2021; Üren ve Yılmaz Karabulutlu, 2018).

İnsülin tedavisinin önündeki en yaygın engel parmak delme ve insülin enjeksiyonu korkusudur. İnsülin enjeksiyonu korkusu; Tip 1 ve Tip 2 diyabetli bireylerde yaygın olarak görülmektedir. Diyabetli bireylerin insülin enjeksiyonu için kullanacak oldukları iğnenin boyutu, enjeksiyonun acı ve ağrı verici bir uygulama olması, hipoglisemi korkusu, insülin tedavisi hakkında yanlış bilgiye sahip olma korkuya neden olabilmektedir. Diyabetli bireylerin korku düzeyi, işlem sırasında algılanan ağrı ile ilişkili olarak değişiklik göstermektedir. Diyabetli bireylerin kan glukoz düzeyini izlerken ve insülin

uygulanması sırasında yaşamış oldukları korku; bireylerin iyi olma halini, insülin tedavisine uyumu ve diyabet yönetimini olumsuz yönde etkilemekte ve bu durum glisemik kontrolün sağlanamamasına, mortalite ve morbidite de artışa neden olmaktadır (Al Hayek, Robert, Babli, Almonea, Al Dawish, 2017; McLenon ve Rogers, 2019).

2.5. Ağrı

Ağrı, insanların yaşam boyu deneyimlediği, günlük yaşam aktivitelerini engelleyen, yaşam kalitesini azaltan emosyonel bir duyumdur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi (International Association for Study of Pain/IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşaga gitmeyen duysal ve emosyonel bir deneyimdir. Ancak birçok insan, herhangi bir doku harabiyeti ya da fizyopatolojik değışiklik olmadan da ağrı hissettiklerini belirtmektedir (Yılmaz ve Atay, 2014).

Enjeksiyon ağrısı; uygulanan enjeksiyon sonrasında cilt altında biriken enjeksiyon solüsyonunun intertisyel boşluğu germesine ve bu gerginliğin sinir uçlarına bası yapmasına bağlı olarak gelişmektedir. Hastalar enjeksiyon ağrısını, on beş dk'dan uzun süren, yanma, uyuşma gibi rahatsız edici duygulara sebep olan bir deneyim olarak tarif etmektedir. Diyabetli bireylerde insülin enjeksiyonunun günlük olarak yapılması ve invaziv bir işlem olması enjeksiyonun bir ağrı kaynağı olmasına sebep olmaktadır (Vagnoli, vd., 2015; Öztürk ve Ayar, 2013).

2.6. Korku

Korku; bireyin düşüncelerinin sebep olduğu, endişe ile karakterize edilen bir duygudur. Sebebi bilinen veya bilinmeyen endişe, gerilim ve tedirginlik hissi olarak da tanımlanmaktadır. Bireylerde, geçici bir durum ile ilişkili korku gelişebileceği gibi uzun süredir devam eden bir korku ile de karşılaşılabilir.

Korku, bireyin yaşamını kısıtlayacak duruma geldiğinde fobi haline dönüşmektedir. Bu yüzden korkuya zamanında müdahale edilmesi oldukça önemlidir (Jalnapurkar, Allen, Pigott, 2018; Ferrell, 2015).

Diyabetli bireylerde; günlük olarak çoklu insülin enjeksiyonu uygulanması, enjeksiyonun ağrıya ve vücut bütünlüğünde bozulmaya sebep olması, insülin tedavisinin bağımlılık yapacağı düşüncesi, aile ve toplum içinde kan şekeri ölçümü ve insülin enjeksiyonu yapmaktan utanç duyulması, günlük yaşantının etkileneceği düşüncesi ve kendi kendine enjeksiyon yapmanın zorluğu korkunun nedenleri arasındadır (Jalnapurkar, vd., 2018; Ferrell, 2015).

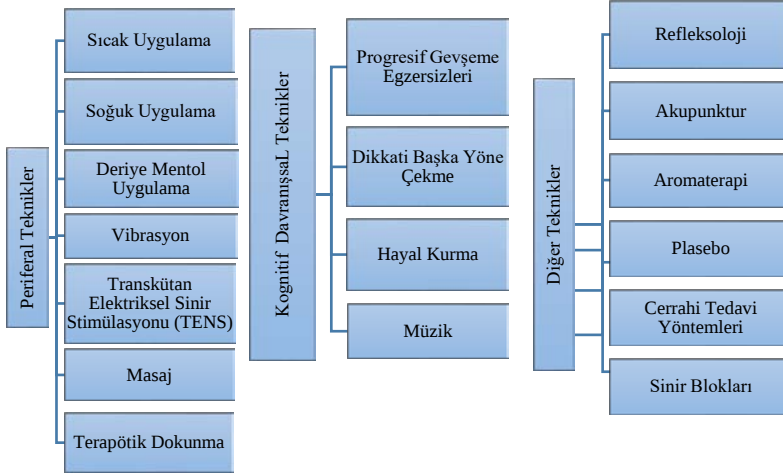
2.7. Kendi Kendine Enjeksiyon Yapma, Parmak Delme Korkusu ve Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hastalar enjeksiyonları özellikle kendi kendine yapılan enjeksiyonları sevmemekte ve enjeksiyon uygulamalarına karşı korku, kaçınma ve otonom yanıtlar geliştirebilmektedir. Bu durum enjeksiyon uygulamasını daha da zor bir hale getirmektedir. Genel olarak enjeksiyon korkusu zamanla azalmakta iken kendi kendine yapılan enjeksiyon uygulamalarında korku önemli düzeyde devam etmektedir. Enjeksiyon korkusu, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği (North America Nursing Diagnosis Association-NANDA) tarafından sınıflandırılmış ve "bilinçli şekilde tehlike olarak görülen bir tehdit algısına yanıt" şeklinde tanımlanmıştır (Al Hayek, vd., 2017; Patil, vd., 2017; Iannicelli, vd., 2019).

Kendi kendine enjeksiyon yapma, parmak delme korkusu ve ağrı diyabet yönetiminde uyumsuzluğun en önemli nedenlerindendir. Diyabetli bireylerin çoğunluğu ağrı ve insülin enjeksiyonu korkusunu yönetmekte etkisiz kalmaktadır. Ağrı ve korkunun yönetilmesi multidisipliner bir ekip yaklaşımını

gerektirmektedir. Bu multidisipliner ekibin vazgeçilmez bir parçasını hastalar ile uzun süre birlikte olan, hastaların ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini bilen hemşireler oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin ağrı ve enjeksiyon korkusunun değerlendirilmesi ve kontrol altında tutulmasında yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir (Meeker, vd., 2011; Avşar ve Kaşıkçı, 2012).

Hemşireler öncelikle bireyin ağrı ve enjeksiyon korkusunu değerlendirilmeli, neden olan faktörleri belirlemeli ve en alt seviyeye indirmeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Korku ve ağrının kontrol altına alınmasında farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçların yan etki, tolerans, ilaç etkileşimleri ve bağımlılık yapma durumu söz konusu olduğu için nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasının daha güvenli olduğu kabul edilmektedir. Korku ve ağrının yönetiminde kullanılan derin nefes alma egzersizleri, dikkati başka yöne çekme ve gevşeme teknikleri nonfarmakolojik yöntemler arasında yer almaktadır (McLenon ve Rogers, 2019; Chi, Chau, Yeo, Ta, 2019; Lluesma-Vidal, vd., 2022; Mirahmadizadeh, Delam, Seif, Banihashemi, Tabatabaee, 2017). Bu yöntemlerin birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması, analjezikler gibi yan etkilerinin olmaması ve bireye ekonomik yük getirmemesi gibi avantajları vardır. Hemşireler ağrı ve korkunun tedavisinde kendini geliştirmeli, nonfarmakolojik yöntemleri kullanmalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir. Ağrı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler Şekil 1’de verilmiştir (Mirahmadizadeh, vd., 2017; Becker, vd., 2017; Tarakçıoğlu, 2016).



Şekil 1. Ağrı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler

2.7.1. İnsülin Enjeksiyonu Korkusu ve Ağrıyı Gidermeye Yönelik Uygulanan Yöntemler

Diyabetli bireylerde yaygın olarak görülen insülin enjeksiyonu korkusu, diyabet yönetimini zorlaştıran ve yaşam kalitesini düşüren bir faktördür. Bu korku, enjeksiyon işleminin ağrılı olacağına dair endişelerden veya iğnelerden kaynaklı olabilmektedir (Al Hayek, vd., 2017; McLenon ve Rogers, 2019).

Korku ve ağrının yönetilmesinde çeşitli uygulamalar geliştirilmiştir;

➤ Hasta Eğitimi

Diyabet yönetiminin başarılı olabilmesi için, diyabetli bireylerin yeterli bilgiye, beceriye ve diyabet tedavisine yönelik olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir. Bireylerin eksik bilgiye sahip olması ve bu durumun tedavi hakkında yanlış algıya yol açması insülin enjeksiyonuna yönelik korkuyu tetiklemektedir. Diyabetli bireylere olumlu tutumların

kazandırılabilmesinde hasta eğitimi önemli bir role sahiptir (American Diabetes Association, 2016; Fischer, vd., 2012).

➤ Sanal Gerçeklik

Sanal gerçeklik, bireylerin görsel görüntüye eşlik eden sesleri ve karşılık gelen uyarıları kulaklık ile duymalarını ve hissetmelerini sağlayan, kullanıcılara gerçekmiş hissi veren insan-bilgisayar etkileşiminin gelişmiş bir formudur. Sanal gerçeklik, bireyin dikkatini izlediği görüntüde yoğunlaştırması, gerçekmiş hissi vermesi ve rahatlatma özellikleri sayesinde sıklıkla korku ve ağrının yönetiminde kullanılmaktadır (Morina, Ijntema, Meyerbröcker, Emmelkamp, 2015).

Bir sanal gerçeklik oyunu olan GlucoPlay; diyabet yönetiminin farklı yönlerini öğreten bir mobil uygulamadır. GlucoPlay, diyabetli çocuklara ve yetişkinlere kan şekeri ölçümünü hatırlatmakta, kan şekeri ölçüm ve enjeksiyon işlemlerini sanal ortamda deneyimleme imkanı sunmaktadır. Çocukların kendini oyun kahramanı ile özdeşleştirmesini sağlayarak oyundan zevk almasını sağlamakta ve bu sayede iyileşme sürecinde önemli rolü olan endorfin ve serotonin üretimine yardımcı olmaktadır (Morina, vd., 2015; Youngjun, Hannah, Yong, 2017).

➤ Oyunlaştırma

Kronik hastalıkların takibinde ve kontrolünde mobil uygulamaların kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır. Oyunlaştırma; istenilen hedeflere ulaşmaya yönelik oyun ögesi kullanılarak bireylerin davranışları üzerinde etkili olan ve bireye duygusal, bilişsel ve sosyal yönden fayda sağlayan bir süreçtir. Oyunlaştırma; oyun tasarımı öğelerinin kullanılması ile bireyleri tedavi süreçlerinde rol almaya, öğrenmeye, problem çözmeye ve iletişim kurmaya teşvik eden bir araçtır. Diab-Trainer; diyabet yönetimini bir oyuna dönüştürerek enjeksiyon işlemini eğlenceli hale getiren bir mobil uygulamadır (Çağlar ve Kocadere, 2015).

➤ **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**

Bireyler, toplum içerisinde iletişim kurarak yaşamlarını sürdürmekte ve ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Bazı durumlarda ise bireyler karşılaştıkları sorunların üstesinden gelebilmek için profesyonel bir yardıma ihtiyaç duymaktadır. İnsanların sorunlarının çözümünde yaygın olarak kullanılan terapi yaklaşımlarından biri de Bilişsel Davranışçı Terapidir. BDT'ye göre bireyin yaşamış olduğu duygusal ve davranışsal problemler, bireyin düşünce yapısından kaynaklı gelişmektedir. Bireyin bu düşünce yapısının olumlu anlamda değiştirilmesi duygusal ve davranışsal sorunları ortadan kaldırmaktadır. Diyabetli bireylerde de uygulanan BDT; enjeksiyon korkusunun altında yatan düşünceleri ve inançları değiştirmeye yardımcı olan bir psikoterapi yöntemidir (Blom, vd., 2015; Hunt ve Colander, 2015).

➤ **Progresif Gevşeme Egzersizleri**

Gevşeme, iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli olarak giderilmesi, sempatik sistemde tonüs azalması ve metabolik aktivitede azalma ile karakterize fizyolojik bir yanıttır. Kas gevşemesi yöntemleri arasında, biyolojik geri bildirim, reiki, giyong, ayurveda, hipnoz, meditasyon ve yoga yer alır. Progresif gevşeme egzersizleri hastalarda ağrı ve korku düzeyini azaltarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Aştı ve Karadağ, 2016; Yıldırım, 2017).

➤ **Soğuk (Buz) Uygulama**

Soğuk uygulama kasları soğutarak, ağrının giderilmesinde uzun süreli bir etkiye sahiptir. Soğuk uygulama kas spazmı ve ödemi azaltır. Küçük çaplı sinir liflerinin iletilerini azaltarak ağrı duyusunu hafifletir (Aştı ve Karadağ, 2016; Yıldırım, 2017).

2.8. Diyabetli Bireylerde İnsülin Enjeksiyonu Korkusu ve Ağrı Yönetimi Üzerine Yapılan Çalışmalar

Sahnan ve Simpson (2015) tarafından yapılan çalışmada, diyabet yönetiminde öğrencilerde egzersizin enjeksiyon ve parmak ucu delme korkusu ile algılanan ağrı üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda egzersizin korku ve ağrıyı önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir (Sahnan ve Simpson, 2015).

Hussein ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada, Tip 2 diyabetli bireylerin insülin tedavisine yönelik algılarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda diyabetli bireylerin insülin tedavisine yönelik olumsuz tutum içerisinde olduğu ve bu durumun sebepleri arasında insülin enjeksiyonu korkusunun, ağrı hissinin, enjeksiyon sırasında başkalarının yardımına ihtiyaç duyulmasının ve hipoglisemi korkusunun yer aldığı belirlenmiştir (Hussein, vd., 2019).

Ngassa Piotie ve ark.'nın (2020) Tip 2 diyabetli bireylerin insülin tedavisine başlamada isteklilik durumunu değerlendirdiği çalışmada hastaların yarısından fazlasının (%51.9) insülin tedavisine başlama konusunda isteksiz olduğu tespit edilmiştir. Enjeksiyon korkusu, iğne fobisi ve insülin tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamanın diyabetli bireylerde isteksizliğe neden olan en önemli faktörler arasında olduğu belirlenmiştir (Ngassa Piotie, Wood, Webb, Marcus, Rheeder, 2020).

Rewolinski ve ark. (2020) tarafından Tip 1 diyabetli hastalarda oyunlaştırmanın diyabet öz yönetimine etkisi araştırılmıştır. Çalışma sonucunda oyunlaştırmanın diyabet öz yönetimini önemli ölçüde iyileştirdiği belirlenmiştir (Rewolinski, Kelemen, Liang, 2020).

Kaihara ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada Tip 2 diyabetli hastalarda oyunlaştırmanın glisemik kontrol üzerindeki

etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda oyunlaştırmanın glisemik kontrolü iyileştirdiği ve diyabetli bireylerin hemogloblin A1c (HbA1c) düzeyi üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Kaihara, vd., 2021).

Hanberger ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada Tip 1 diyabetli çocuklar ve ergenler arasında algılanan ağrı, duygusal tepki, korku ve duygusal başa çıkma derecesini belirlemek amaçlanmıştır. Tip 1 Diyabetli bireylerin Renkli Analog Ölçeği, Yüz Duygulanım Ölçeği, Diyabet Enjeksiyon Korkusu Anketi skorları ne kadar yüksek ise ağrı ve korku ile baş etme değerlerinin o kadar düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların kan şekeri ölçümü ve insülin enjeksiyonu uygulamasında ciddi düzeyde ağrı yaşadığı saptanmıştır (Hanberger, vd., 2021).

Çevik Aktura (2021) tarafından yapılan çalışmada Tip 2 diyabetli hastalarda sanal gerçeklik ve buz uygulamasının kendi kendine enjeksiyon korkusu, ağrı ve kaygı düzeyi üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda, sanal gerçeklik uygulamasının kendi kendine test yapma korkusu, kaygı ve ağrı üzerinde, buz uygulamasının ise kendi kendine test yapma korkusu ve ağrı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Çevik Aktura, 2021).

Dağdelen Güleyyupoğlu ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada Diyabet tanısı almış bireylerde parmak delme ve insülin enjeksiyonu yapma korkusunun tedaviye uyum üzerine etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda kendi kendine test yapma korkusunun tedaviye uyum üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle bireylerin yaşadığı korkuların hemşireler tarafından detaylı bir şekilde ele alınması gerektiği önerilmektedir (Dağdelen Güleyyupoğlu, Muz, Çırpan, 2022).

Liu ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada hastaların insülin hakkındaki inançlarının insülin tedavisini kabul etme ve tedaviye uyum üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışma sonucunda; insülin tedavisinin yaşam boyu devam edeceğine dair endişelerin, insülin enjeksiyonu korkusunun, insülin hakkında hatalı bilgiye sahip olmanın ve diyabet komplikasyonlarına ilişkin algılanan korkunun insülin tedavisine kabulü ve uyumu etkilediği belirlenmiştir (Liu, vd., 2022).

Demirtaş Adlı (2023) tarafından yapılan çalışmada diyabet tanısı alan bireylerde insülin enjeksiyonu ve parmak delme korkusunu etkileyen faktörler araştırılmıştır. Çalışma sonucunda yaş, cinsiyet ve geçmiş ağrı deneyiminin insülin enjeksiyonu ve parmak delme korkusunu etkileyen en önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (Demirtaş Adlı, 2023).

Girgin ve ark.'nın (2023) yapmış olduğu çalışmada Tip 1 diyabetli çocuklarda insülin enjeksiyonuna bağlı ağrı ve korkunun azaltılmasında manuel basınç ve ShotBlocker uygulamasının etkisi değerlendirilmiştir. Hastaların tüm gruplarda işlem öncesi ağrı ve korku düzeyleri benzer iken işlem sonrasında, manuel basınç ve ShotBlocker gruplarında ağrı ve korku düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Girgin, Göl, Gözen, Çarıkçı, Kırmızıbekmez, 2023).

Galdon Sanz-Pastor ve ark. (2024) tarafından yapılan çalışmada Tip 2 diyabetli bireylerde insülin tedavisine başlamanın önündeki engeller araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda insülin tedavisinin; hipoglisemiye, özerklik kaybına ve kilo alımına neden olacağı düşüncesi, insülin enjeksiyonuna bağlı yaşanan korku hissinin ve damgalanma ile ilişkili sosyal reddedilme korkusunun tedavi önündeki engeller arasında olduğu belirlenmiştir (Galdon Sanz-Pastor, Justel Enriquez, Sanchez, Bao, Ampudia-Blasco, 2024).

3. SONUÇ

Ülkemizde dahil tüm dünyada görülme sıklığında sürekli artış gösteren kronik hastalıklardan biri diyabettir. Hem dünyada hem de ülkemizde diyabet vakalarının yaklaşık %95'ini Tip 2 diyabet oluşturmaktadır. Tip 2 diyabetli bireylerde oral antidiyabetik ajan kullanımı, tıbbi beslenme tedavisi ve düzenli egzersiz programına rağmen glisemik kontrol sağlanamadığında insülin kullanımına geçilmektedir. İnsülin tedavisinin başlanması ve sürdürülmesinde ki en önemli engel olarak ise iğne ve enjeksiyon korkusu gösterilmektedir. Hasta ile en uzun süre birlikte olan meslek grubunun hemşireler olması, korku ve ağrının giderilmesinde hemşireleri vazgeçilmez bir konuma getirmektedir. Hemşireler bireyin ağrı ve enjeksiyon korkusunu değerlendirilmeli, neden olan faktörleri belirlemeli ve en alt seviyeye indirmeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır.

KAYNAKÇA

- Al Hayek, A.A., Robert, A.A., Babli, S., Almonea, K., Al Dawish, M.A. (2017). Fear of selfinjecting and self-testing and the related risk factors in adolescents with type 1 diabetes: a cross-sectional study. *Diabetes Ther*, 8: 75–83. doi: 10.1007/s13300-016-0221-8.
- American Diabetes Association. (2016). Glycemic Targets. *Diabetes Care*, 39, 39-46.
- American Diabetes Association (2019). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*; 42(1):13-28.
- Aştı, A.T., Karadağ, A. (2016). *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 633-667.
- Avşar, G., Kaşıkçı, M. (2012). Subkutan heparin enjeksiyonlarında ekimoz, hematoma ve ağrıyı önlemek için nelere dikkat edilmeli? *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 20: 239-246.
- Barker, L. (2017). Experiences of Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Nonhealing Wounds in Ghana. *Inq J*, 1-9.
- Becker, W.C., Dorflinger, L., Edmond, S.N., Islam, L., Heapy A.A., Fraenkel, L. (2017). Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. *BMC Fam Pract*, 18, (1), 41-48. doi: 10.1186/s12875-017-0608-2.
- Blom, K., Tillgren, H. T., Wiklund, T., Danlycke, E., Forssen, M., Söderström, A., Andersson, G. (2015). Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 47-55. doi: 10.1016/j.brat.2015.05.002.

- Chaudhury, A., Duvoor, C., Dendi, R., Sena, V., Kraleti, S., Chada, A., Ravilla, R. et al. (2017). Clinical review of antidiabetic drugs: implications for type 2 diabetes mellitus management. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 8: 6. doi: 10.3389/fendo.2017.00006.
- Chi, B., Chau, B., Yeo, E., Ta, P. (2019). Virtual reality for spinal cord injury-associated neuropathic pain: Systematic review. *Ann Phys Rehabil Med*, 62: 49–57. doi: 10.1016/j.rehab.2018.09.006.
- Çağlar, Ş., Kocadere, S.A. (2015). Çevrimiçi öğrenme ortamlarında oyunlaştırma. *Journal of Educational Sciences and Practices*, 14(27), 83-102.
- Çelik, S., Pınar, R. (2014). Diyabetli bireylerde insülin enjeksiyon ve parmak delme korkusu. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2),104-108. doi: 10.5505/phd.2014.85698.
- Çevik Aktura, S. (2021). *Tip 2 diyabetli hastalarda sanal gerçeklik ve buz uygulamasının kendi kendine enjeksiyon korkusu, ağrı ve kaygı düzeyi üzerine etkisi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Dağdelen Güleyyupoğlu, M., Muz, G., Çırpan, R. (2022). Diyabet Tanısı Almış Bireylerde Parmak Delme ve İnsülin Enjeksiyonu Yapma Korkusunun Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 31:51-59.
- Demirtaş, Adlı, G. (2023). *Diyabet tanısı alan bireylerde insülin enjeksiyonu ve parmak delme korkusunu etkileyen faktörler*, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- Dinçoğlu, H. (2020). Birinci basamakta Diyabetes Mellitus'da akılcı ilaç kullanımı. *Jour Turk Fam Phy*, 11(3), 131-140. doi: 10.15511/tjtfp.20.00331.
- Ferrell, S.S. (2015). Pattern and disorder: Anxiety and the art of Yayoi Kusama. Master's thesis, *Scripps Senior Theses*, 554.
- Fischer, H. H., Moore, S. L., Ginosar, D., Davidson, A. J., Rice-Peterson, J. M., Durfee, M. J., et al. (2012). Care by cell phone: text messaging for chronic disease management. *American Journal of Managed Care*, 18(2),42-47.
- Galdon Sanz-Pastor, A., Justel Enriquez, A., Sanchez, Bao. A., Ampudia-Blasco, F.J. (2024). Current barriers to initiating insulin therapy in individuals with type 2 diabetes. *Front Endocrinol (Lausanne)*; 14;15:1366368. doi: 10.3389/fendo.2024.1366368.
- Girgin, B.A., Göl, İ., Gözen, D., Çarikçi, F., Kırmızıbekmez, H. (2023). Effects of applications manual pressure and shotblocker to reduce needle-related pain and fear in children with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr Nurs*.;73:84-90. doi: 10.1016/j.pedn.2023.08.024.
- Hanberger, L., Tallqvist, E., Richert, A., Olinder, A.L., Forsner, M., Mörelius, E., Nilsson, S. (2021). Needle-Related Pain, Affective Reactions, Fear, and Emotional Coping in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Pain Manag Nurs*.; 22(4):516-521. doi: 10.1016/j.pmn.2021.01.007.
- Hunt, E. F., Colander, D. C. (2015). *Social science: an introduction to the study of society*. (Fifteenth Edition). New-York: Routledge.
- Hussein, A., Mostafa, A., Areej, A., Mona, A.M., Shimaa, A., Najd, A.G., Futoon, A. (2019). The perceived barriers to

insulin therapy among type 2 diabetic patients. *Afr Health Sci.*;19(1):1638-1646. doi: 10.4314/ahs.v19i1.39.

International Diabetes Federation (2019). *IDF Diabetes Atlas*, 10th edn. Brussels, Belgium. Erişim Tarihi: 02.03.2025, <https://www.diabetesatlas.org>.

International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes Atlas*, 10th edn. Brussels, Belgium. Erişim Tarihi: 02.03.2025, <https://www.diabetesatlas.org>.

Jalnapurkar, I., Allen, M., Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *J Psychiatry Depress Anxiety*, 4: 12. doi:10.24966/pda-0150/100012.

Iannicelli, A.M., De Matteo, P., Vito, D., Pellicchia, E., Dodaro, C., Giallauria, F., Vigorito, C. (2019). Use of the North American Nursing Diagnosis Association taxonomies, Nursing Intervention Classification, Nursing Outcomes Classification and NANDA-NIC-NOC linkage in cardiac rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis*, 89: 137-46. doi: 10.4081/monaldi.2019.1060.

Kaihara, T., Intan-Goey, V., Scherrenberg, M., Falter, M., Frederix, I., Akashi, Y., Dendale, P. (2021). Impact of gamification on glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J Open*;18;1(3): oeab030. doi: 10.1093/ehjopen/oeab030.

Kurdak S, Kurdak H. (2015). Diyabet ve egzersiz. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*; 6 (1):68-75.

Liu, C., De Roza, J., Ooi, C.W., Mathew, B.K., Elya, Tang, W.E. (2022). Impact of patients' beliefs about insulin on acceptance and adherence to insulin therapy: a qualitative

study in primary care. *BMC Prim Care*; 20;23(1):15. doi: 10.1186/s12875-022-01627-9.

Lluesma-Vidal, M., Carcelen Gonzalez, R., Garcia-Garces, L., Sanchez-Lopez, M. I., Peyro, L., Ruiz-Zaldibar, C. (2022). Effect of Virtual Reality on Pediatric Pain and Fear During Procedures Involving Needles: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR serious games*, 10(3). doi: 10.2196/35008.

McLenon, J., Rogers, M.A.M. (2019). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*, 75: 30–42. doi: 10.1111/jan.13818.

Meeker, M.A., Finnell, D., Othman, A.K. (2011). Family caregivers and cancer pain management: a review. *J Fam Nurs*, 17: 29–60. doi: 10.1177/1074840710396091.

Mirahmadizadeh, A., Delam, H., Seif, M., Banihashemi, S.A., Tabatabaee, H. (2017). Factors Affecting Insulin Compliance in Patients with Type 2 Diabetes in South Iran: We Are Faced with Insulin Phobia. *Iran J Med Sci*; 9, 44: 204.

Morina, N., Ijntema, H., Meyerbröcker, K., Emmelkamp, P.M.G. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behav Res Ther*, 74: 18–24. doi: 10.1016/j.brat.2015.08.010.

Muslu, L., Ardahan, M. (2018). Kan şekeri regülasyonunda hemşirelik bakımının önemi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*: 54. doi: 10.31067/0.2018.54.

Ngassa Piotie, P., Wood, P., Webb, E.M., Marcus, T.S., Rheeder, P. (2020). Willingness of people with Type 2 diabetes to start insulin therapy: Evidence from the South African

- Tshwane Insulin Project (TIP). *Diabetes Res Clin Pract*; 168:108366. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108366.
- Öztürk, C., Ayar, D. (2013). Tip 1 Diabetes Mellitus’lu Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (2), 99-101.
- Patil, M., Sahoo, J., Kamalanathan, S., Selviambigapathy, J., Balachandran, K., Kumar, R., Vivekanandan, M., Ajmal, K. (2017). Assessment of insulin injection techniques among diabetes patients in a tertiary care centre. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*, 11: 53–6. doi: 10.1016/j.dsx.2016.09.010.
- Polat, B., Özcanarslan, F., Bucak, FK. (2017). İnsülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 221-235. doi: 10.5455/sad.13-1504942600.
- Raveendran, A.V., Chacko, E.C., Pappachan, J.M. (2018). Non-pharmacological treatment options in the management of diabetes mellitus. *Eur Endocrinol*, 14: 31-39. doi: 10.17925/EE.2018.14.2.31.
- Rewolinski, J. A., Kelemen, A., Liang, Y. (2020). Type I Diabetes Self-management With Game-Based Interventions for Pediatric and Adolescent Patients. *Comput Inform Nurs*. 25;39(2):78-88. doi: 10.1097/CIN.0000000000000646.
- Sahnan, A., Simpson, S.H. (2015). Effect of an experiential exercise in diabetes management on pharmacy students' fear and perceived pain of injection and fingertip lancing. *Am J Pharm Educ*.17;79(1):05. doi: 10.5688/ajpe79105.
- Samancıoğlu, S. (2016). *Endokrin sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi*. In: Temel İç Hastalıkları Hemşireliği

- ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 312-34.
- Tarakçıoğlu, Ç. (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5, 4, 93-100.
- Türkiye Diyabet Vakfı (2017). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi (Yedinci Baskı). İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.: 14-21.
- Üren, Y., Yılmaz Karabulutlu, E. (2018). Tip 2 diyabet hastalarında diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 376-386. doi: 10.17681/hsp.368973.
- Üstündağ, G., Dayapoğlu, N. (2021). Tip 2 Diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5 (3), 514-533. doi: 10.46237/amusbfd.918810.
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Vernucci, C., Zagni, S., Mugnai, F., Messeri, A. (2015). Can Prescence Of A Dog Reduce Pain and Distress In Children During Venipuncture?. *Pain Management Nursing*, 16 (2), 89-95. doi: 10.1016/j.pmn.2014.04.004.
- Vettoretti, M., Facchinetti, A., Sparacino, G., Cobelli, C. (2017). A model of self-monitoring blood glucose measurement error. *J Diabetes Sci Technol*, 11: 724–35. doi: 10.1177/1932296817698498.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, A.B., Bozdemir, N., Hacıhasanoğlu Aşlar, R. (2020). Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı. *Turkish Journal of Medicine and Primary Care*, 14 (3), 479-491. doi: 10.21763/tjfmpe.698927.

- Yıldırım, Y. (2017). Palyatif bakımda hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J AnestReanim- Special Topics*, 10,(1), 49-56.
- Yılmaz, F., Atay, S. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*: 32-41.
- Youngjun, K., Hannah, K., Yong, O.K. (2017). Virtual reality and augmented reality in plastic surgery, A Review. *Arch Plast Surg*, 44 (3), 179-187. doi: 10.5999/aps.2017.44.3.179.
- Zheng, Y., Ley, S.H., Hu, F.B. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol*; 14:88–98. doi: 10.1038/nrendo.2017.151.

ATRİYAL FİBRİLASYONDA KULLANILAN TAMAMLAYICI VE İNTEGRATİF (BÜTÜNLEŞTİRİCİ) TERAPİLER

Ülkü GÜNER¹

Diğdem LAFÇI BAKAR²

1. GİRİŞ

Atrial fibrilasyon (AF), felç, kalp yetmezliği, ani ölümler ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili önemli bir sağlık sorunudur ve yüksek sağlık harcamalarına yol açarak halk sağlığı üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır (Lippi, Sanchis Gomar, Cervellin, 2021; Zimetbaum, 2017). Yaygın olarak görülen bir aritmi türü olan AF, morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (Abdul Aziz vd., 2018). Genel toplumda görülme sıklığı %2 civarında olup, 80 yaş ve üzerindeki bireylerde bu oran %10-12 arasında değişmektedir (Staerk, Sherer, Ko, Benjamin, Helm, 2017). 2019 yılı verilerine göre, dünya genelinde AF tanısı alan yaklaşık 33,31 milyon kişi olduğu ve bu hastalık nedeniyle 219.400 kişinin hayatını kaybettiği belirtilmiştir (Jiao vd., 2023). “Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA)” verilerine göre dünya çapında AF’den etkilenen kişi sayısının 33 milyon olduğu ve her yıl yaklaşık 5 milyon yeni AF vakasının tespit edildiği bildirilmektedir (Chung vd., 2020). Özellikle yaşın ilerlemesiyle birlikte AF sıklığında artış gözlenmekte ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın hale gelmektedir (Elçik,

¹ Uzman Hemşire, Doktora Öğrencisi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik, ulku_coban03@hotmail.com, ORCID: 0009-0009-1104-2330.

² Doç. Dr., Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik, didemlafci@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7199-416X.

2021; Falk, 2001). Türkiye’de 2006 yılında gerçekleştirilen “Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasına göre AF prevalansının %1,25 olduğu saptanmıştır (Sarı vd., 2014; Uyarel vd., 2008).

AF’li bireylerde nefes darlığı, çarpıntı, yorgunluk ve fiziksel aktiviteye karşı tahammülsüzlük gibi semptomlar günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle AF’nin yol açtığı komplikasyonlar arasında en sık görülen inme, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Ceyhan, 2012). AF yönetiminde hastaların semptomlarının hafifletilmesi, hastalığa bağlı ölüm ve komplikasyon risklerinin en aza indirilmesi ve tekrarlama olasılığının azaltılması hedeflenmektedir. Bu süreçte tedavi planının en güvenilir ve en düşük maliyetle uygulanabilmesi büyük önem taşımaktadır (Ceyhan, 2012; Güleç, 2009; Jiao vd., 2023). Sinüs ritminin sağlanması ve kalp hızının kontrol altına alınması amacıyla farmakolojik ve invaziv yaklaşımlar tercih edilmektedir. Bu kapsamda antitrombotik ilaçlar, hız kontrol edici tedaviler, sol atriyal apendiks kapama, kateter ablasyon, kardiyoversiyon ve cerrahi ablasyon gibi yöntemler uygulanmaktadır. Son yıllarda, AF tedavisinde geleneksel yöntemlere ek olarak maliyet açısından daha düşük, yan etkisi olmayan ve uygulanması kolay tamamlayıcı ve bütünleştirici terapilere yönelik çalışmalar da artış göstermektedir (Bashir, Bhagra, Kapa, McLeod, 2019; Fei, Fei, Zhang, Sun, Yu, 2019; Field, 2011; Hughes, 2012; Khattab, Khattab, Ortak, Richardt, Bonnemeier, 2007; Kim, Choi, Lee, Ernst, 2011; Lee vd., 2005; Lombardi, Belletti, Battezzati, Lomuscio, 2012; Louis, Kowalski, 2002; Sharma, 2021). “Avrupa Kalp Ritim Derneği (European Heart Rhythm Association-EHRA)” tarafından yayınlanan en güncel kılavuzda, AF tedavisinde tamamlayıcı ve bütünleştirici terapilerin kullanımının desteklenebileceği ve bu alanda daha

geniş katılımlı çalışmaların gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Van Gelder vd., 2024).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Atrial Fibrilasyon ve Klinik Tanımı

Atrial fibrilasyon (AF), klinikte en sık karşılaşılan ritim bozukluklarından biri olup, inme, emboli ve ölüm riskini artıran önemli bir sağlık problemidir (Ma, 2024). AF, atriyumdaki ektopik odakların düzensiz uyarılar üretmesi veya fibrilasyon bölgesinde bağımsız olarak devam eden düzensiz elektriksel aktivite ile karakterize edilen elektropatolojik bir süreçtir (Van Marion vd., 2021). Başka bir ifadeyle, atriyumların ventriküllerle senkronize çalışmaması sonucunda düzensiz ventriküler yanıt gelişmekte ve etkili atriyal kasılma kaybolmaktadır. Bu durum, AF'nin supraventriküler bir aritmi olarak tanımlanmasına neden olmaktadır (Van Gelder vd., 2024). Tarihte ilk kez Robert Adams tarafından mitral darlık ve düzensiz kardiyak ritim arasındaki ilişki bağlamında tanımlandığı belirtilmektedir (Yaşar, 2024).

“Avrupa Kardiyo-Toraksik Cerrahi Derneği'nin (European Association for Cardio-Thoracic Surgery-EACTS)” 2024 kılavuzuna göre AF, “koordine olmayan atriyal elektriksel aktivite ve etkisiz atriyal kasılmalar sonucunda ortaya çıkan supraventriküler taşiaritmi” olarak tanımlanmaktadır. Elektrokardiyografide (EKG) düzensiz RR aralıkları ve belirgin morfolojik P dalgalarının bulunmaması ile karakterizedir (Van Gelder vd., 2024). AF tanısı, 12 derivasyonlu EKG'de en az 30 saniye süresince veya 10 saniye boyunca atriyal elektriksel aktivitenin düzensiz olduğunun gözlemlenmesiyle konulmaktadır (Steinberg, O'Connell, Li, Ziegler, 2018).

2.2. Atriyal Fibrilasyonda Görülen Semptomlar

Atriyal fibrilasyonu (AF) olan bireylerde yaygın olarak çarpıntı (kalbin hızlı ve düzensiz atması ya da atımlar arasında belirgin aralıklar hissetme), bayılma, nefes darlığı (dispne), halsizlik, baş dönmesi, göğüs ağrısı ve kalbin hafif çarpınma hissi gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Ancak, bazı hastalarda hiçbir semptom ortaya çıkmayabilir ve rastgele yapılan bir elektrokardiyografi (EKG) incelemesinde AF tespit edilebilir. Buna rağmen, semptomsuz seyreden hastalarda dahi inme ve kalp yetmezliği riski devam etmektedir (Hobbs vd., 2005; Steinberg, O'Connell, Li, Ziegler, 2018).

2024 Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzunda, AF'li hastaların semptomlarına dayalı olarak EHRA skoru belirlenmiş ve AF'ye bağlı semptom yükü değerlendirme ölçeği güncellenmiştir (Hobbs vd., 2005). Ayrıca, AF'nin neden olduğu semptomların hastaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi dikkate alınarak değerlendirme yapılmaktadır. EHRA skoru, hemşireler ve hekimler tarafından kullanılabilen bir ölçek olup, semptomların süresi, sıklığı, şiddeti ve hastaların günlük yaşamlarını nasıl etkilediğine göre ölçümlenmektedir (Members vd., 2024).

AF'li hastaların yaşam kalitesi, semptomlarının derecesine göre değişkenlik göstermektedir (Holmes vd., 2019; Jones vd., 2020). Kardiyak spesifik AF semptomları arasında çarpıntı yer alsa da, yorgunluk gibi daha genel semptomlara kıyasla daha seyrek görülmektedir. Ancak, çarpıntı hissi, AF'li bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Jones vd., 2020). Bununla birlikte, AF'nin ölüm, inme ve diğer tromboembolik olaylarda artış, kalp yetmezliği, hastaneye yatış oranlarının yükselmesi, egzersiz kapasitesinde azalma ve sol ventrikül (LV) fonksiyon

bozukluğu gibi sonuçlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Van Gelder vd., 2024).

2.3. Atriyal Fibrilasyonda Hemşirelik Bakımının Rolü

Atriyal fibrilasyon (AF), en yaygın ritim bozukluklarından biri olup bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi bir kardiyak rahatsızlıktır (Ceyhan, Taşcı, Elmalı, Doğan, 2019; Van Gelder ve ark., 2024). AF tanısının konulmasında hasta öyküsü, risk faktörlerinin belirlenmesi, semptomların değerlendirilmesi ve fizik muayene büyük önem taşımaktadır (Soylu, 2018; Van Gelder ve ark., 2024). Hemşireler, nabız değerlendirmesi, sürekli EKG izlemeyi sağlama, aritmi takibi ve semptom sıklığının kaydedilmesi gibi konularda kritik bir role sahiptir (Albers ve ark., 2001). 8 Mart 2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre hemşirelerin EKG monitörizasyonu yapma, yorumlama ve acil durumlarda ekip üyelerini bilgilendirme gibi yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>; <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>).

Atriyal fibrilasyon tedavisinde bütüncül bakım ön planda olup hastanın aktif katılımı esastır. Bireyselleştirilmiş eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle hastaya özel bir yaklaşım benimsenmelidir. AF yükü, semptomlar ve klinik seyir göz önüne alınarak hasta ile birlikte tedavi planlanmalıdır (Bhat ve ark., 2021). Yapılan araştırmalar, hemşire liderliğindeki AF bakımının hastane yatış oranlarını azalttığını, hasta prognozunu iyileştirdiğini göstermiştir (Rush, Burton, Schaab, Lukey, 2019; Bhat ve ark., 2021). 2024 ESC kılavuzuna göre, multidisipliner hemşire liderliğindeki AF bakımı önerilmektedir (Van Gelder ve ark., 2024). 2916 hastayı içeren bir meta-analiz çalışması,

hemşire liderliğindeki bakım modellerinin hasta sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur (Xingcai, Jun, Min, 2024).

Hemşirelerin AF tanısı alan hastalara ve ailelerine eğitim verirken aşağıdaki konulara yer vermesi gerekmektedir:

- Ritim bozukluklarının semptomları ve bu durumlarda yapılması gerekenler
- Risk faktörleri (inme vb.), acil durumlar, hastaneye ne zaman başvurulması gerektiği
- Antikoagülan ilaçların kullanımı, yan etkileri ve ilaç-besin etkileşimleri (Warfarin ile yeşil yapraklı sebzeler, buğday, yulaf, zencefil vb.)
- INR takibi ve doz ayarlamaları
- Ciddi kanama komplikasyonlarının belirtileri (burun, diş eti kanamaları, ciltte ekimoz, intrakraniyal ve gastrointestinal kanamalar vb.)
- Ameliyat ve diş çekimi öncesi antikoagülan kullanımı konusunda doktor bilgilendirilmelidir
- Ne zaman doktora başvurulmalıdır: Uzun süreli burun kanamaları, aşırı menstrüel kanama, diş eti kanaması, anormal baş ağrıları, travma olmaksızın morluklar, idrar/tükürük/dışkı/kusmukta kan görülmesi, kaza veya darp gibi durumlar

Ayrıca, AF hastalarında radyofrekans ablasyon veya kriyoablasyon gibi işlemler öncesinde uygun hazırlıklar yapılmalı, sonrasında yaşamsal bulguların yakından takip edilerek hematoma, ekimoz ve kanama gibi komplikasyonlara karşı hemşirelik bakımı planlanmalıdır (Selen, 2022). Sonuç olarak, atriyal fibrilasyon hastalarının bakımında hemşireler

kritik bir rol oynamakta olup bireyselleştirilmiş ve kapsamı bütüncül yaklaşımlar benimsenmelidir.

2.4. Atriyal Fibrilasyonda Kullanılan Tamamlayıcı ve İntegratif (Bütünleştirici) Terapiler

2.4.1. Akupunktur

Geleneksel Çin tıbbına dayanan akupunktur, Latince "acus" (iğne) ve "puncture" (batırma) kelimelerinden türemiştir. Çelik, gümüş ve altından yapılmış özel iğnelerin belirli akupunktur noktalarına batırılmasıyla uygulanmaktadır ve geçmişten günümüze birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (Ma, 2004). Akupunkturda, beden Yin ve Yang olmak üzere iki zıt ancak birbirini tamamlayan kuvvetin dengesi temel alınır (Yazıcı, 2015). Akupresür ise, noninvaziv bir teknik olup, akupunktur meridyenleri üzerindeki noktalara bası uygulanarak benzer bir etki oluşturmayı amaçlamaktadır. Özellikle Neiguan noktası, ön kolda yer alan kalp meridyeninin bir bölümünde bulunur ve kan akışı ile nabız hızının düzenlenmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Maciocia, 2004).

Kim ve ark. (2011) tarafından yapılan sistematik bir derleme, akupunktur tedavisi gören 633 AF hastasını incelemiş ve 8 rastgele kontrollü çalışmanın (RKÇ) dahil edildiği bu analizde, akupunkturun çeşitli mekanizmalar yoluyla etkili bir müdahale olabileceğini göstermiştir (Kim, Choi, Lee, Ernst, 2011). Lomuscio ve ark. (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada, elektriksel kardiyoversiyon sonrası kalıcı AF'si bulunan 80 hasta 10 hafta boyunca takip edilerek (amiodaron: n=26, akupunktur: n=17, sham akupunktur: n=13, antiaritmik veya akupunktur tedavisi almayan kontrol grubu: n=24) AF tekrarlarının önlenmesinde akupunkturun etkinliği incelenmiş ve akupunkturun bu süreçte olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir (Lomuscio, Belletti, Battezzati, Lombardi, 2011). Lombardi ve

ark. (2012) çalışmalarında, akupunkturun paroksizmal ve persistan AF hastalarında antiaritmik etkisi değerlendirilmiş ve paroksizmal AF'li hastalarda atak sayısını ve süresini azalttığı saptanmıştır. Ayrıca, Neiguan noktasına yapılan akupunkturun her iki tür AF hastasında antiaritmik etkiyle ilişkili olduğu belirtilmiş, ancak akupunkturun antiaritmik ilaçlara dirençli AF'ler üzerindeki etkileri konusunda daha fazla kanıtı ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Lombardi, Belletti, Battezzati, Lomuscio, 2012).

Dilber ve ark. (2015) bir olgu çalışmasında, akupunktur uygulamasının AF'nin sinüs ritmine dönüşümünü sağladığını ve 30 günlük takip sürecinde oral propafenonla kombin edildiğinde AF'nin tekrarlamadığını belirtmişlerdir (Dilber, Cerkez Habek, Baric, Gradiser, 2015). Fei ve ark. (2019) tarafından yapılan sistematik derlemede, akupunkturun kalp hızını yavaşlattığı, kardiyoversiyon sürecinde sinüs ritmine dönüşü hızlandırdığı ve istenmeyen ilaç reaksiyonlarını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Fei, Fei, Zhang, Sun, Yu, 2019). Li ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada, konvansiyonel ilaç tedavisiyle birlikte uygulanan kısa süreli akupunkturun sinüs ritmine dönüşümü desteklediği sonucuna varmışlardır (Li vd, 2022). Mohamad ve ark. (2024) tarafından yapılan geniş kapsamlı sistematik inceleme ve meta-analiz, akupunkturun ventriküler erken vurular (VPB), AF ve atriyal flutter tekrarlarında azalma sağladığını ancak paroksizmal supraventriküler taşikardiler (SVT) veya tedavi sonrası kalp hızı üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını belirtmiştir (Mohamad vd, 2024). Liu ve ark. (2024) meta-analiz çalışmasına göre, akupunktur ve konvansiyonel tedavilerin birlikte uygulanması, kardiyoversiyon süresini kısaltarak sinüs ritmine dönüşümü hızlandırmış ve ventriküler hızı azaltmıştır. Ayrıca, belirgin bir yan etkiye rastlanmadığı belirtilmiştir (Liu, Pang, Wang, Liu, Jiang, 2024).

2.4.2. Akupresür

Akupresür (Shiatsu), "shi" (parmak) ve "atsu" (basınç) kelimelerinden türemiş olup, geleneksel Çin tıbbına dayanan bir tekniktir. Akupunktur noktalarına parmak veya avuç içiyle basınç uygulanarak yapılan bir masaj yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Ceyhan, Taşcı, Elmalı, Doğan, 2019; Soylu, 2018).

Ceyhan ve ark. (2019), akupresürün kalp ritim bozukluklarının tedavisinde kullanılmaya başlandığını ve AF'li hastalarda kalp hızını azalttığını tespit etmişlerdir. Bu çalışmada, günlük 2-4 kez, 5 dakika süreyle basınç uygulandığı belirtilmiştir (Ceyhan, Taşcı, Elmalı, Doğan, 2019). Benzer şekilde, günlük 2 kez 5 dakikalık basınç uygulaması yapılan başka bir çalışmada da akupresürün yüksek kalp hızını azalttığı bildirilmiştir (Soylu, 2018).

2.4.3. Tai Chi (Taiji/Taijiquan)

Tai Chi, geleneksel Çin dövüş sanatlarının temel dallarından biridir. Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health - NCCIH, 2021), Tai Chi'yi, denge ve stabiliteyi artıran, kas ve eklem ağrılarını azaltan ve kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeye yardımcı olan bir beden-zihin egzersizi olarak tanımlamaktadır (Parlak & Akkuş, 2024, s.170).

Field (2011) yaptığı çalışmada, Tai Chi'nin kalp atış hızını ve kan basıncını düşürdüğünü, kolesterol seviyelerini azalttığını ve vagal aktiviteyi artırdığını belirlemiştir (Field, 2011). Liu ve ark. (2018) tarafından yapılan bir meta-analizde, Tai Chi uygulamalarının kardiyak rehabilitasyon süreçlerinde etkili, uygun maliyetli ve güvenli bir egzersiz yöntemi olduğu önerilmektedir (Liu, Chan, Liu, Taylor Piliae, 2018).

2.4.4. Yoga

Yoga, konsantrasyon, meditasyon, duruş ve kontrollü nefes egzersizlerinden oluşan, ruhsal bütünleşmeyi hedefleyen bir disiplin olarak tanımlanmaktadır (Romas & Sharma, 2017). Kökeni Hindistan'a dayanan yoga, beden ve zihin uyumunu sağlamanın yanı sıra, bireyin ruhsal doğasıyla bütünleşmesini amaçlayan tamamlayıcı ve bütünleştirici sağlık uygulamaları arasında yer almaktadır (Sovik & Bhavanani, 2015).

Hughes (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, fiziksel kısıtlaması bulunmayan AF'li bireyler üzerinde nefes egzersizleri, yoga pozları, meditasyon ve gevşeme egzersizlerini içeren üç aylık bir yoga programı uygulanmıştır. Çalışma sonunda, yoga müdahalesinin AF hastalarında düzensiz kalp atışı sıklığını, bireylerin kendi belirledikleri fiziksel aktiviteleri yaptığı kontrol aşamasına kıyasla anlamlı derecede azalttığı belirlenmiştir (Hughes, 2012). Lakkireddy ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen başka bir araştırmada, semptomatik paroksizmal AF tanısı olan hastalar ilk üç ay boyunca müdahale olmaksızın izlenmiş, ardından üç ay boyunca haftada iki kez 60 dakikalık yoga eğitimi almışlardır. Sonuçlar, yoga eğitiminin semptomatik ve asemptomatik AF ataklarını azalttığını, depresyon ve anksiyete düzeylerini düşürdüğünü ve yoga öncesi-sonrası karşılaştırıldığında kalp hızı ile kan basıncı seviyelerinde belirgin bir düşüş sağladığını ortaya koymuştur (Lakkireddy vd., 2013).

Washistrom ve ark. (2017) tarafından PAF tanılı hastalarla yapılan çalışmada, standart tedaviye ek olarak 12 hafta boyunca yoga uygulanmış ve etkinliği değerlendirilmiştir. Araştırma, yoga yapan hastalarda sistolik ve diyastolik kan basıncı ile kalp atım hızında olumlu değişiklikler olduğunu göstermiştir (Washistrom, Rydell Karlsson, Medin & Frykman, 2017). Sharma ve ark. (2021) tarafından yürütülen sistematik

derleme, kardiyak aritmisi olan hastalarda yoganın, aritmi ile ilişkili sağlık sorunlarını ve aritmi yükünü azalttığını, kalp hızı ve kan basıncını düzenlediğini, depresyon ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler sağladığını ve yaşam kalitesini artırmada yardımcı bir terapi olarak değerlendirilebileceğini ortaya koymuştur (Sharma, Mooventhan, Naik & Nivethitha, 2021).

2.4.5. Qigong

Geleneksel Çin tıbbında önemli bir yer tutan "Qigong", qi (enerji akışı, yaşamın özü, nefes) ve gong (başarı, çaba, öz disiplin, ustalık) kelimelerinden türemiştir. Beden, zihin ve nefesi kapsayan yumuşak hareketleri içeren terapötik bir uygulama olup Tibet, Çin ve Hindistan'da binlerce yıldır kullanılmaktadır (Çiray, 2024, s.319).

Lee ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada, Qi eğitiminin yüksek frekanslı (HF) gücü artırdığı, düşük frekanslı/yüksek frekanslı (LF/HF) güç oranını azalttığı ve kardiyak parasempatik tonusu destekleyerek otonom sinir sistemini stabilize ettiği tespit edilmiştir. Araştırma, Qi eğitimi alan bireylerin, plasebo grubuna göre daha sakin ve olumlu duygular bildirdiğini ve kalp hızlarında azalma olduğunu göstermiştir (Lee vd., 2005).

2.4.6. Meditasyon

Meditasyon, Sanskrit dilinde "dhyana" kelimesinden türemekte olup, zihni arındırma ve sakinleştirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Bilal & Bozkurt, 2020). Yoga ile yakından ilişkili olan meditasyon, farkındalık ve gevşeme tekniklerinden oluşan bir uygulamadır (Altundağ & Ege, 2015, s.34; Perkins, 2020). Araştırmalar, meditasyon ve yoganın dolaşımdaki stres hormonlarını azalttığını ve bu mekanizmanın AF gelişimini, sürdürülmesini ve tekrarlamasını etkileyebileceğini göstermektedir (Brown, Weinstein & Creswell, 2012; Lim & Cheong, 2015; Bashir, Bhagra, Kapa & McLeod, 2019).

Peressutti ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada, düzenli meditasyonun otonom sinir sistemini düzenleyebileceği öne sürülmüştür (Peressutti, Martín González & García Manso, 2012). Abu Elkhair ve ark. (2023) tarafından gerçekleştirilen sistematik derleme ve meta-analiz çalışması, farklı egzersiz müdahalelerinin hastaların yaşam kalitesini ve egzersiz kapasitesini artırırken, AF yükünü azalttığını ortaya koymuştur (Abu Elkhair vd., 2023).

2.4.7. Aromaterapi

Aromaterapi, fitoterapinin bir alt disiplini olarak kabul edilmekte olup (Ovayolu & Aşkar, 2024, s.58), bitkilerden elde edilen hidrosoller, uçucu ve taşıyıcı yağlar gibi doğal özlerin inhalasyon, masaj ve diğer uygulama yollarıyla kullanılması sonucu kişilerin duygusal, fiziksel ve ruhsal sağlığını iyileştirmeye yönelik bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (NCCIH, 2021; Abdelhakim, Hussein, Doheim, Sayed, 2020; Maitra, Bhadra, Shankar, 2021). Yapılan araştırmalar, uçucu yağların vücutta en hızlı etkiyi inhalasyon yoluyla gösterdiğini ortaya koymuştur (Ovayolu & Aşkar, 2024, s.58).

Louis ve Kowalski (2002) tarafından yürütülen bir çalışma, lavanta yağının sistolik ve diyastolik kan basıncı ile kalp hızı üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Hwang (2006) esansiyel hipertansiyon hastaları üzerinde yaptığı araştırmada, inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapinin sistolik ve diyastolik kan basıncı ile kalp hızında düşüşe neden olduğunu belirtmiştir. Lopes ve arkadaşlarının (2020) yürüttüğü sistematik derleme çalışması da aromaterapinin hemodinamik parametrelerde azalma sağlarken anksiyete, stres, yorgunluk ve depresyon seviyelerini de düşürdüğünü göstermektedir.

Abdelhakim ve arkadaşları (2020) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmalardan oluşan

sistematiik derleme ve meta-analiz çalışmasında, kalp ameliyatı geçiren hastalarda aromaterapinin kaygı, ağırı ve kalp atım hızını anlamlı ölçüde azalttığı ancak sistolik ve diyastolik kan basıncında önemli bir değişiklik yaratmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, Turan Kavradim ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan sistematiik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, özellikle lavanta yağı kullanımının kardiyovasküler hastalıkları olan bireylerde sistolik ve diyastolik kan basıncı, kalp hızı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler sağladığı ifade edilmiştir.

Aromaterapinin kardiyovasküler rahatsızlıklar üzerindeki etkilerini değerlendiren Fars ve modern tıp perspektiflerini içeren 1994-2019 yılları arasındaki bir sistematiik derleme çalışmasına göre, gül, elma, ayva ve safran gibi kokulu bitkilerle uygulanan aromaterapinin kalp mizacını dengelediği, kardiyotonik, anti-senkop, anti-depresan ve anti-aritmik özellikleriyle kardiyovasküler rahatsızlıkların hafifletilmesine yardımcı olduğu bildirilmiştir (Aliannezhadi, Vaghasloo, Keshavarz, Sadeghi, Ilkhani, 2021).

3. SONUÇ

Atrial fibrilasyon (AF), en yaygın görülen kalp hastalıklarından biri olup, hem birincil hem de ikincil sağlık hizmetlerinde önemli bir etkiye sahiptir. Nüfusun yaşlanması, yaşam süresinin uzaması, eşlik eden hastalıkların artışı, farkındalığın yükselmesi ve tanı yöntemlerindeki teknolojik gelişmeler nedeniyle AF'nin ilerleyen yıllarda yaygınlığının iki katına çıkması beklenmektedir. AF'nin etkileri bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte, semptom çeşitliliğinin fazla olması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, hastalıkla ilişkili morbidite oranlarının artmasına yol açarak önemli bir endişe kaynağı oluşturmaktadır. AF'ye bağlı komplikasyonlar arasında inme ve kalp yetmezliği öne çıkmaktadır. Bu komplikasyonların

sağlık profesyonelleri tarafından iyi bilinmesine rağmen, AF tedavisinde kullanılan tromboembolik ajanların da belirli riskler taşıdığı ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra, kardiyovasküler risklerin azaltılması ve hastalık yönetimi programlarının uygulanması, AF bakımında etkin yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bu tür programların başarılı bir şekilde hayata geçirilebilmesi için AF tedavi yönetimine yönelik kanıta dayalı rehberlerin ve protokollerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar, hemşirelerin liderliğinde yürütülen yönetim programlarının, geleneksel uygulamalara kıyasla daha etkili ve maliyet açısından daha avantajlı olduğunu göstermektedir.

AF'nin yaygınlığı, mevcut tedavi yöntemlerinin sınırlılıkları, ilaçların ve invaziv girişimlerin olası riskleri göz önüne alındığında, hastalığın yönetimine yönelik tamamlayıcı ve destekleyici tedavilere olan ihtiyacın giderek arttığı düşünülmektedir. AF tedavisinde, medikal yaklaşımlara ek olarak tamamlayıcı ve bütünleyici sağlık uygulamalarının da tedavi planına entegre edilebileceği önerilmektedir (ESC, 2024). Ancak, bu tür alternatif tedavi yöntemlerinin güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi için sağlık profesyonellerinin, özellikle de hemşirelerin, konuya ilişkin detaylı bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Hemşireler, bilimsel kanıtlara dayalı araştırmalar yaparak bireylere doğru eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır. Sonuç olarak, AF hastalarıyla açık ve güvenilir bir iletişim kurulmalı; onların inançları, gelenekleri ve alışkanlıkları dikkate alınmalı, seçilen tamamlayıcı terapilerin yararları ve olası yan etkileri konusunda gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abdul Aziz, A. A., Altawil, M., Lyon, A., MacEachern, M., Richardson, C.R., Rubenfire, M., et al. (2018). Lifestyle therapy for the management of atrial fibrillation. *The American Journal Of Cardiology*, 121(9), 1112-1117.
- Abdelhakim, A.M., Hussein, A.S., Doheim, M.F., Sayed, A.K.(2020). The effect of inhalation aromatherapy in patients undergoing cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*, 48,102256.
- Abu Elkhair, A., Boidin, M., Buckley, B.J.R., Lane, D.A., Williams, N.H., Thijssen D, et al.(2023). Effects of different exercise types on quality of life for patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*,24(2), 87-95.
- Akoum, N., Mahnkopf, C., Kholmovski, E. G., Brachmann, J., Marrouche, N. F. (2018). Age and sex differences in atrial fibrosis among patients with atrial fibrillation. *EP*, 20(7),1086-1092.
- Albers, G.W., Dalen, J.E., Laupacis, A., Manning, W.J., Petersen, P., Singer, D.E.(2001). Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest J*,19(1 Suppl),194-206.
- Aliannezhadi, V., Vaghasloo, M. A., Keshavarz, M., Sadeghi, S., Ilkhani, R.(2021). A review ofBaromatherapy for cardiovascular disorders: from persian medicine to current evidence. *Crescent Journal of Medical & Biological Sciences*, 8(4), 248-257.
- Altundağ, K., Ege, E.(2015). *Yoga*. In: Taşçı S, Başer M (Ed.).*Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamalayıcı ve Destekleyici Uygulamalar* (s.34). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

- Bashir, M. U., Bhagra, A., Kapa, S., & McLeod, C. J. (2019). Modulation of the autonomic nervous system through mind and body practices as a treatment for atrial fibrillation. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 20(3), 129-137.
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., et al. (2019). Heart disease and stroke statistics-2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), e56- e528.
- Bhat, A., Khanna, S., Chen, H. H. L., Gupta, A., Gan, G. C. H., Denniss, A. R., et al. (2021). Integrated care in atrial fibrillation: a road map to the future. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes J*, 14(3), e007411.
- Bilal, E., Bozkurt, L.. (2020). *Yeni başlayanlar için Yoga ve Meditasyon*. 8. Baskı. İstanbul: Okyonus Yayıncılık ve Yapımcılık Ltd.Şti.
- Blackshear, J.L, Odell, J.A. (1996). Appendage obliteration to reduce stroke in cardiac surgical patients with atrial fibrillation. *Ann Thorac Surg*, 61, 755–9.
- Braown, K.W., Weinstein, N. and Creswell, J.D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 2037-2041.
- Camm, A.J., Kirchhof, P., Lip, G.Y., Schotten, U., Savelieva, I., Ernst, S., Van Gelder, I.C., et al. (2010). Guidelines of atrial fibrillation treatment. *European Heart Journal*, 2369-2429.
- Ceyhan Ö, Taşçı S, Elmalı F, Doğan A. (2019). The effect of acupressure on cardiac rhythm and heart rate among patients with atrial fibrillation: the relationship between

- heart rate and fatigue. *Altern Ther Health Med*, 25(1), 12-19.
- Chao TF, Lip GYH, Lin YJ, Chang SL, Lo LW, Hu YF, et al. (2018). Incident risk factors and major bleeding in patients with atrial fibrillation treated with oral anticoagulants: a comparison of baseline, follow-up and Delta HAS-BLED scores with an approach focused on modifiable bleeding risk factors. *Thromb Haemost*, 47, 768-777.
- Chatterjee, N.A., Upadhyay, G. A., Ellenbogen, K.A., Hayes, D.L., Singh, J.P. (2012). Atrioventricular nodal ablation in atrial fibrillation: A meta-analysis of biventricular vs. right ventricular pacing mode. *European Journal Of Heart Failure*, 14(6), 661-667.
- Chung, M.K., Eckhardt, L.L., Chen, L.Y., Ahmed, H.M., Gopinathannair, R., et al.(2020). Lifestyle and risk factor modification for reduction of atrial fibrillation: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 141(16), E750-772.
- Çamcı, G., Oğuz, S. (2022). *Kardiyovasküler Hastalıklar ve Güncel Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları*. Gün, M. (Ed.). (s.33-39). Ankara, Türkiye Klinikleri.
- Çıray, N. (2024). *Qigong*. In: Kılıç, S. P., Yayan, E.H., Zengin, M. (Ed.). *Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Uygulamaları* (s.319-320). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Dilber D, Çerkez Habek J, Barić H, Gradišer M. (2015). Atrial fibrillation cardioversion following acupuncture. *Saudi Med Journal*, Nov, 36(11),1351-1353.
- Elçik, D. (2021) AF Tanımı, Epidemiyoloji ve Sınıflaması. *Türkiye Klinikleri*, 1-5

- Falk, R. H. (2001). Atrial fibrillation. *The New England Journal Of Medicine*, 344, 1067-1078
- Fei, Y., Fei, R., Zhang, J., Sun, Y., Yu, Q. (2019). Systematic evaluation of efficacy and safety of acupuncture treatment for patients with atrial fibrillation. *Open Access Maced J Med Sci*, 7(3), 461-466.
- Field, T. (2011). Tai Chi research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(3), 141-146
- Ganann, R., Weeres, A., Lam, A., Chung, H., Valaitis, R. (2019). Optimization of home care nurses in Canada: a scoping review. *Health & Social Care In The Community*, 27(5), 604–621.
- Gleason, K. T., Dennison Himmelfarb, C. R., Ford, D. E., Lehmann, H., Samuel, L., Han, H. R., et al. (2019). Association of sex, age and education level with patient reported outcomes in atrial fibrillation. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19, 1-12.
- Glikson, M., Nielsen, J. C., Kronborg, M. B., Michowitz, Y., Auricchio, A., Barbash, I. M., et al. (2022). 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). *EP Europace*, 24(1), 71-164.
- Gorodnitskiy, A. Lucariello, R.J., Aizer, A., Coppola, J.T. (2010). A novel approach to left atrial appendage exclusion: The WATCHMAN device. *Cardiol Rev*, 18, 230-233.
- Guo, Y., Lane, D.A., Chen, Y, Lip, G.Y.H. (2020). MAF-App II Trial investigators. Regular bleeding risk assessment

associated with reduction in bleeding outcomes: The mAFA-II randomized trial. *Am J Med*, 133,1195–1202.e2.

Güleç S.(2009). Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardioloji Derneği Aras*, 37, 1-10.

Hart, R.G., Pearce, L.A., Aguilar, M.I. (2007). Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Annals Of Internal Medicine*, 146(12), 857-867.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı:27515, 8 Mart 2010. 12 Aralık 2024 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> adresinden erişildi.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011. 12 Aralık 2024 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden erişildi.

Hermans, A.N., Gawalko, M., Pluymaekers, N.A., Dinh, T., Weijs, B., Van Mourik, M. J., et al. (2021). Long-term intermittent versus short continuous heart rhythm monitoring for the detection of atrial fibrillation recurrences after catheter ablation. *International Journal of Cardiology*, 329, 105-112.

Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. ESC Scientific Document Group.(2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the

diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J.* 42(5), 373-498.

Hobbs, F., Fitzmaurice, D., Mant, J., Murray, E., Jowett, S., Bryan, S., et al. (2005). A randomised controlled trial and cost-effectiveness study of systematic screening (targeted and total population screening) versus routine practice for the detection of atrial fibrillation in people aged 65 and over. The SAFE study. *Health Technology Assessment*, (40)9, 1-74.

Holmes, D.N., Piccini, J.P., Allen, L.A., Fonarow, G.C., Gersh, B.J., Kowey, P.R. et al. (2019). ORBIT-AF Investigators and Patients., Defining clinically important difference in the atrial fibrillation effect on quality-of-life score: Results from the outcomes registry for better informed treatment of atrial fibrillation. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(5), e005358.

Hughes S. (2012). Yoga found to reduce AF episodes. 15 Ocak 2025 tarihinde <http://www.theheart.org/article/1204423.do> adresinden erişildi.

Hwang JH.(2006). The effect of the inhalation method using essential oils on blood pressure and stress responses of clients with essential hypertension. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 36, 1123-1134.

Ina Qvist, Deirdre A Lane, Signe Stelling Risom, Jeroen M Hendriks, Anette Arbjerg Højen, Søren Paaske Johnsen, Lars Frost, (2024). Implementation of patient education for patients with atrial fibrillation: nationwide cross-

- sectional survey and one-year follow-up, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 251–257.
- Jiao, M., Liu, C., Liu, Y., Wang, Y., Gao, Q., Ma, A.(2023). Estimates of the global, regional, and national burden of atrial fibrillation in older adults from 1990 to 2019: Insights from the global burden of disease study 2019. *Frontiers in Public Health*, 11, 1137230.
- Jones, J., Stanbury, M., Haynes, S., Bunting, K.V., Lobban, T., Camm, A.J., et al. (2020). Importance and assessment of quality of life in symptomatic permanent atrial fibrillation: patient focus groups from the RATE-AF trial. *Cardiology J*, 145(10), 666–675.
- Khattab, Kerstin, Khattab, Ahmed A., Ortak, Jasmin, Richardt, Gert, Bonnemeier, Hendrik, Iyengar (2007). Yoga Increases Cardiac Parasympathetic Nervous Modulation among Healthy Yoga Practitioners, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4, 801340,
- Kim, T. H., Choi, T. Y., Lee, M. S., Ernst, E.(2011). Acupuncture treatment for cardiac arrhythmias: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Cardiology*, 149(2), 263-265.
- Kirchhof P, Haas S, Amarencu P, Hess S, Lambelet M, van Eickels M, et al.(2020). Impact of modifiable bleeding risk factors on major bleeding in patients with atrial fibrillation anticoagulated with rivaroxaban. *J Am Heart Assoc*, 9, e009530.
- Lakkireddy, D., Atkins, D., Pillarisetti, J., Ryschon, K., Bommana, S., Drisko, J., et al.(2013). Effect of yoga on arrhythmia burden, anxiety, depression, and quality of

- life in paroxysmal atrial fibrillation: The Yoga My Heart Study. *J Am Coll Cardiol*, 61(11), 1177-82.
- Lee, M.S., Huh, H.J., Kim, B.G., Ryu, H., Lee, H.S., Kim, J.M., et al..(2005). Effects of Qi training on heart rate variability. *Am J Chin Med*, 30(4), 463-70.
- Li, Y., Song, J., Wu, B. Wang, X., Han, L., Han, Z.(2022). Acupuncture versus pharmacological conversation in treatment of atrial fibrillation in a randomized controlled trial: a systemic review and meta-analysis. *Eur J Med Resn*, 27, 110.
- Lim, S.A., Cheong, K.J.(2015). Regular yoga practice improves antioxidant status, immune function, and stress hormone releases in young healthy people: a randomized, double-blind, controlled pilot study. *Journal Of Alternative And Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 21, 530-538.
- Lin, H. W., Li, J. Z., Chai, H. Y., Li, Q., & Zhang, J. L. (1998). Specific therapeutic effect of Neiguan on heart disease. *International Journal Of Clinical Acupuncture*, 9, 303-306.
- Lippi, G., Sanchis Gomar, F., Cervellin, G. (2021). Global epidemiology of atrial fibrillation: an increasing epidemic and public health challenge. *International Journal of Stroke*, 16(2), 217-221.
- Liu, T., Chan, A.W., Liu, Y.H., Taylor-Piliae, R.E. (2018). Effects of Tai Chi-based cardiac rehabilitation on aerobic endurance, psychosocial well-being, and cardiovascular risk reduction among patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(4), 368-383.

- Liu, Y., Pang, X., Wang, Y., Liu, X., Jiang, H. (2024). Evaluation of the efficacy and safety of acupuncture assisted treatment for atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis based on randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*, 103(48), e40474.
- Lombardi F. Belletti S, Battezzati P.M., Lomuscio A. (2012). Acupuncture for paroxysmal and persistent atrial fibrillation: An effective non-pharmacological tool? *World Journal of Cardiology*, 4(3), 60–5.
- Lomuscio, A., Belletti, S., Battezzati, P. M., Lombardi, F. (2011). Efficacy of acupuncture in preventing atrial fibrillation recurrences after electrical cardioversion. *Journal Of Cardiovascular Electrophysiology*, 22(3), 241-247.
- Lopes, L.D.S., Bündchen, D., Modesto, F. C., Quintão, M., Chermont, S., Cavalcanti, A. C. D., et al. (2020). Aromatherapy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 34(1), 74-80.
- Louis, M., Kowalski, S.D. (2002). Use of aromatherapy with hospice patient to decrease pain, anxiety and depression and to promote an increased sense of well-being. *Am J Hosp Palliat Care*, 19, 381-6.
- Ma, K.W. (2004). Acupuncture: Its place in the history of Chinese Medicine. *Acupuncture in Medicine*, 18, 88–89.
- Maciocia, G. (2004). Diagnosis in Chinese medicine: a comprehensive guide. *Elsevier Health Sciences*.
- Maitra, S., Bhadra, P., Shankar, T. (2021). Aromatherapy and Its Benefits. 1. Pres. Renu Publishers
https://www.researchgate.net/publication/350485960_aro

matherapy_and_its_benefits (Erişim Tarihi: 15.02.2025).

Members, W.C., Joglar, J.A., Chung, M. K., Armbruster, A. L., Benjamin, E. J., Chyou, J. Y., et al. (2024). 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the american college of cardiology/american heart association joint committee on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 83(1), 109-279.

Mohamad, T., Khatri, M., Kumar, S., Kumar, M., Kumar, A., Varrassi, G., et al.(2024). A Comprehensive analysis of conventional acupuncture and pharmacological approaches for cardiac arrhythmias: an umbrella review. *J Innov Card Rhythm Manag.* 15(5), 5876-5888.

National Center For Complementary and Integrative Health (NCCİH) 12 Ocak 2025 tarihinde <https://www.nccih.nih.gov/health/qigong-what-you-need-to-know> adresinden erişildi.

Ovayolu, Ö., Aşkar, S.E. (2024).*Aromaterapi*.In: Kılıç, S. P., Yayan, E.H., Zengin, M. (Ed.). Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Uygulamaları (s.58-59). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Örsçelik, Ö. (2021). Atrial fibrilasyonun etiyoloji ve mekanizmaları. N. K. Eryol (Ed.), Atrial Fibrilasyonun Kriyobalon Ablasyonu (s.6-13). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Parlak, A.G., Akkuş, Y. (2024).*Tai chi (taiji/taijiquan)*. In: Kılıç, S. P., Yayan, E.H., Zengin, M. (Ed.). Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı ev Bütünleştirici Sağlık

Uygulamaları (s.170-171). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

- Peressutti, C., Martín González, J. M., García Manso, J. M. (2012). Does mindfulness meditation shift the cardiac autonomic nervous system to a highly orderly operational state? *International Journal of Cardiology*, 154(2), 210-212.
- Perkins, A. (2020). Mindfulness meditation: Creating positive changes in the brain. *Nursing Made Incredibly Easy*, 18(2), 14-18.
- Ruff, C.T., Giugliano, R.P., Braunwald, E., Hoffman, E.B., Deenadayalu, N., Ezekowitz, M.D., et al. (2014). Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *The Lancet*, 383, 955–62.
- Rush, K. L., Burton, L., Schaab, K., Lukey, A.(2019). The impact of nurse-led atrial fibrillation clinics on patient and healthcare outcomes: a systematic mixed studies review. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of The Working Group on Cardiovascular Nursing of The ESC*, 18(7), 526–533.
- Sarı, C., Keleş, T., Durmaz, T., Köseoğlu, C., Baştuğ, S., ve diğerleri. (2014). Atrial fibrilasyon tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(3), 614-622.
- Schnabel, R.B., Yin, X., Gona, P., Larson, M.G., Beiser, A.S., McManus, D.D., et al. (2015). 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: A cohort study. *Lancet*, 386, 154-62.

- Selen, Ö.(2022). *Kateter ablasyon uygulanan atriyal fibrilasyonu olan hastalarda ağrı ve etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Sharma, G., Mooventhana, A., Naik, G., Nivethitha, L.(2021). A review on role of yoga in the management of patients with cardiac arrhythmias. *Int J Yoga*.14(1), 26-35.
- Sjalander, S., Sjalander, A., Svensson, P.J., Friberg, L. (2014). Atrial fibrillation patients do not benefit from acetylsalicylic acid. *Europace*, 16, 631–638.
- Sovik, R., Bhavanani, A.B. (2015). *History, philosophy, and practice of yoga*. In: Khalsa SB, Cohen L, McCall T, Shirley T. Ed. The Principles and Practice of Yoga in Health Care. 1st ed. Handspring Pub Ltd:17-29.
- Soylu, A. (2018). *Atrial fibrilasyonlu hastalara uygulanan akupres'in bazı vital bulgular ve oksijen saturasyonuna etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi. Gaziantep.
- Staerk, L., Sherer, J. A., Ko, D., Benjamin, E. J., Helm, R. H. (2017). Atrial fibrillation: epidemiology, pathophysiology, and clinical outcomes. *Circulation Research*, 120(9), 1501-1517.
- Steffel, J, Collins R, Antz M, Cornu P, Desteghe L, Haeusler KG, et al. (2021). 2021 European heart rhythm association practical guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Europace*, 23, 1612–1676.
- Steinberg, J. S., O'Connell, H., Li, S., Ziegler, P. D. (2018). thirty-second gold standard definition of atrial fibrillation and its relationship with subsequent arrhythmia patterns: analysis of a large prospective device database.

Circulation. Arrhythmia And Electrophysiology, 11(7), e006274

- Taylan, S. (2021). *Kalp yetmezliği ve hemşirelik süreci*, In: Eroğlu, N., Temiz, G. (Ed.). *Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Süreci* (ss.133-145). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Turan Kavradim, S., Yangöz, Ş.T., Özer, Z. (2021). Effectiveness of aromatherapy inhalation on anxiety and haemodynamic variables for patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*, 75(11), e14593.
- Uyarel, H., Onat, A., Yüksel, H., Can, G., Ordu, S., ve diğerleri. (2008). Türk yetişkinlerinde kronik atriyal fibrilasyon için insidans, prevalans ve mortalite tahminleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36(4), 214-22.
- Van Gelder, I. C., Rienstra, M., Bunting, K. V., Casado-Arroyo, R., Caso, V., Crijns, H. J., et al. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*, (45) 36, 3314–3414.
- Van Marion, D. M., Ramos, K. S., Lanter, E. A., Bakste Bulte, L., Bogers, A. J., et al. (2021). Atrial heat shock protein levels are associated with early postoperative and persistence of atrial fibrillation. *Heart Rhythm*, 18(10), 1790-1798.

- Wahlstrom, M., Rydell Karlsson, M., Medin, J., Frykman, V.(2017). Effects of yoga in patients with paroxysmal atrial fibrillation, a randomized controlled study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 16(1), 57-63.
- Xingcai, Yu., Jun, Xu., Min, Lei. (2024). Does a nurse-led interventional program improve clinical outcomes in patients with atrial fibrillation? A meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 24.
- Yaşar, G.(2024). *Atriyal fibrilasyonlu hastalara acil servisten taburculuk sırasında verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yazici, E. (2015). *Hipertansiyonlu hastalarda akupunktur tedavisi öncesinde ve sonrasında serotonin ve gaba düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Yu, X., Xu, J., Lei, M.(2024). Does a nurse led interventional program improve clinical outcomes in patients with atrial fibrillation? A meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorder*, 24, (1), 39.
- Zimetbaum, P. (2017). Atrial fibrillation. *Annals of Internal Medicine*, 166, (5), 33–48.

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA HEMŞİRELİK UYGULAMALARI, ETİK VE YASAL SORUNLAR

Funda AKDURAN¹

Sevda GÜVENÇ²

Dilek KAYA³

Alev DOĞAN⁴

1. GİRİŞ

Nüfusun yaşlanması, bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlaşması ve bazı bulaşıcı hastalıkların artan yükü nedeniyle, küresel düzeyde palyatif bakıma duyulan ihtiyaç giderek artmaya devam edecektir (World Health Organization, 2020a). Bu bağlamda, hastalar ve aileleri için bütüncül, ilişki temelli ve entegre palyatif bakım sağlamak, tüm hemşireler açısından temel bir etik sorumluluk olarak görülmektedir (Parekh de Campos vd., 2022). Palyatif bakımın erken dönemde sağlanması, gerekli olmayan hastaneye yatışları ve sağlık hizmetlerinin aşırı

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, fsevgi@sakarya.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7009-3562.

² Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, sevdaguvenc.sgv@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9446-2083.

³ Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, dilekaya27@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-6501-6423.

⁴ Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, alevdagdeviren_85@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-6832-5587.

kullanımını azaltarak hem hasta hem de sağlık sistemine önemli faydalar sağlayabilir (World Health Organization, 2020a).

2. PALYATİF BAKIM

Palyatif bakım, literatürde yaşam sonu bakım bağlamında "uygun ölüm", "iyi ölüm", "huzurlu ölüm" ve "katlanılabilir ölüm" gibi kavramlarla ifade edilmiştir (Temiz, 2024).

1850 öncesinde doktorlar, ölmekte olan bireylerin fiziksel, duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını ele almanın önemini giderek daha fazla anlamış ve bu doğrultuda son dönem bakımı konusunda farkındalık kazanmaya başlamışlardır (Stolberg, Kennedy ve Unglaub, 2017). Palyatif bakım alanında ilk ünite, 1842 yılında Fransa'da hizmete açılmıştır. Bununla birlikte, hospisler ilk olarak 4. yüzyılda gezginler için bir dinlenme yeri olarak hizmet vermiştir. Ancak, hasta bakımı amacıyla hospislerin kullanılmasına 19. yüzyılın ortalarında Londra ve İrlanda'da şefkat gönüllüleri tarafından başlanmıştır (Temiz, 2024).

1960'lar ve 1970'ler, ölümcül hastalar için şefkat temelli bakım ihtiyacını vurgulayan modern hospis hareketinin başlangıcına sahne olmuştur. Bu hareket, ölümün tıbbileştirilmesine bir tepki olarak ortaya çıkmış, bu dönemde hospisler kurulmuş ve palyatif bakım uygulamaları daha sistematik hale getirilerek resmileştirilmiştir (Duffin, 2024; Hinshaw, 2023). Modern hospis bakımı, 1967 yılında Londra'da St. Christopher's Hospice'in açılmasıyla başlamıştır (Temiz, 2024).

2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO), palyatif bakımı "Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken teşhisi ve

kusursuz değerlendirmesi ve tedavisi yoluyla acının önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla iyileştiren bir yaklaşım” şeklinde tanımlamıştır (World Health Organization, 2002, s.15).

Dünya genelinde, palyatif bakım ihtiyacı olan bireylerin yalnızca yaklaşık %14'ü bu hizmetten yararlanabilmektedir. Sağlık çalışanlarının palyatif bakımla ilgili ulusal politikalar, programlar, kaynaklar ve eğitimlere erişimini artırmak amacıyla acil iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır (World Health Organization, 2020a).

2.1. Dünyada Palyatif Bakım

2019 DSÖ'nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ülke Kapasite Araştırması sonuçlarına göre, bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip bireyler için palyatif bakım hizmetlerinin küresel düzeyde yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan ülkelerin yalnızca %39'u palyatif bakım hizmetlerinin yaygın olarak erişilebilir olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, 2019 yılında dünya genelinde ülkelerin yalnızca %50'si ulusal bulaşıcı olmayan hastalık politikalarında palyatif bakımın operasyonel olarak yer aldığını belirtirken, %68'i bu hizmetler için özel bütçe ayırdığını ifade etmiştir (World Health Organization, 2021).

DSÖ ve Dünya Hospis Palyatif Bakım İttifakı (WHPCA) tarafından yayımlanan Küresel Palyatif Bakım Atlası'nın 2. baskısına göre, dünya genelinde yaklaşık 25.000 palyatif bakım hizmeti bulunmaktadır. Bu hizmetler, her yıl yaklaşık 7 milyon hastaya ulaşarak palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır. Her yıl dünya genelinde yaklaşık 56,8 milyon kişinin palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Bu kişilerin 25,7 milyonunun ise yaşamlarının son yılında olduğu rapor edilmektedir (World Health Organization, 2020b).

2.2. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri, 1990’lı yıllarda kanser hastalarının ağrı ve semptomlarının yönetimi amacıyla algoloji uzmanları ve onkologlar tarafından başlatılmıştır. Bu süreçte, 1993-1997 yılları arasında Türk Onkoloji Vakfı’nın İstanbul’da kurduğu “kanser bakımevi”, ülke genelinde palyatif bakım hizmetlerinin gelişimine önemli katkılar sunmuştur. Günümüzde ise Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı aracılığıyla palyatif bakımın yaygınlaştırılması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar yürütmektedir. Bu doğrultuda, "Palya-Türk" adlı proje hayata geçirilmiş ve 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında, palyatif bakım hizmetlerinin kurumsallaşması ve profesyonelleşmesine yönelik stratejik hedefler belirlenmiştir (Yakar, Batbaş ve Pirinççi, 2021).

2023 itibarıyla Türkiye genelinde toplam 6.397 yatak kapasitesine sahip 437 Palyatif Bakım Merkezi aktif olarak hizmet vermektedir. Bu merkezlerde 2023 yılının ilk 6 ayında 90.648 palyatif hasta tedavi edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

2.3. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkinlerin büyük bir kısmı, Kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%20,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıklara sahip bireyler, palyatif bakıma ihtiyaç duyan grupların başında gelmektedir. Bununla birlikte, böbrek yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, Multiple Skleroz, Alzheimer, demans, Parkinson, Romatoid Artrit, nörolojik hastalıklar, doğuştan gelen anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz gibi rahatsızlıklar gibi pek çok hastalık da palyatif bakım gerektirebilir (World Health Organization, 2020a).

2.4. Palyatif Bakımın Bileşenleri

Palyatif bakımın bileşenlerini; ağrı ve rahatsız edici belirtilerin yönetimi, doğal ölüm sürecinin desteklenmesi, yaşam ve ölümün doğal sürecini kabul, psikolojik ve manevi desteğin sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması, hastanın rutin yaşamını sürdürmesi, erken dönemde tedavi uygulamaları, ekip yaklaşımı aileye destek sağlanması, klinik komplikasyonların yönetimi oluşturmaktadır (Sarman, 2019).

2.5. Palyatif Bakımın Hedefleri

Palyatif bakımın hedefleri; ağrı ve semptom yönetimi, kapsamlı bakım sunumu, aile yükünün hafifletilmesi, tedavi alternatiflerinin değerlendirilmesi, hastalık ve geleceğin anlaşılması, yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Senderovich ve McFadyen, 2020).

2.6. Palyatif Bakımın Faydaları

- Palyatif bakım; hastaların yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik destek sağlar.
- Palyatif bakım; ağrı ve diğer semptomların hafifletilmesiyle rahatlama sağlar. Gereksiz hastane yatışlarının önlenmesi ve hastaların evde bakım almalarını teşvik eder.
- Palyatif bakım; kronik hastalıklara bağlı komplikasyonları ve hastalık yükünü azaltır. Kronik hastalıklarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesini iyileştirir.
- Palyatif bakım; etkin bakım yönetimiyle gereksiz maliyetlerin önüne geçer. Kişisel ve profesyonel bakımın kalitesini artırarak memnuniyeti sağlar.
- Palyatif bakım; ailelerin yas sürecinde manevi ve psikolojik destekle baş etmelerine yardımcı olur.

Hastalarda ve ailelerde depresif belirtileri ve duygusal yükleri hafifletir. Hastaların, tercih ettikleri şekilde evde huzurlu bir şekilde vefat etmelerini sağlar (Senderovich ve McFadyen, 2020).

2.7. Palyatif Bakıma Erişime Yönelik Engeller

- Geç Yönlendirme ve Gecikmeler
- Yanlış Algılar
- Prognoz Belirsizliği
- Yetersiz Prognoz Modelleri
- Fiziksel ve Fonksiyonel Düşüşün Gözden Kaçması
- Bakım Eksikliği (Senderovich ve McFadyen, 2020).

2.8. Palyatif Bakımda Multidisipliner Yaklaşım

Palyatif bakım ekibi; hekimler, hemşireler, farmakologlar, sosyal hizmet uzmanları, dil ve konuşma terapistleri, fizyoterapistler, mesleki terapistler, diyetisyenler, manevi destek uzmanları ve gönüllülerden oluşmaktadır. Bu ekip, multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarına bütüncül bir şekilde yanıt vermeyi amaçlamaktadır (Senderovich ve McFadyen, 2020; When patients are stressed, in pain, suggest palliative care, 2016).

3. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları

Palyatif bakım hemşireliği, yaşamı sınırlayan hastalıklara karşı bireylerin gerçek veya potansiyel tepkilerinin değerlendirilmesini, teşhisini ve yönetimini kapsar. Bu süreç, acıyı hafifletmek amacıyla hasta ve ailesiyle şefkat temelli, dinamik bir ilişki kurulmasını gerektirir. Dolayısıyla, palyatif hemşirelik, hemşirelik bilimi ve sanatı ile birlikte, palyatif

bakımın gelişimi doğrultusunda sürekli evrimleşen bir uzmanlık alanıdır (Barawid, Covarrubias, Tribuzio ve Liao, 2015).

- Hasta ve ailesinin mevcut sağlık sorunlarını ve bakım hedeflerini anlamak, etkin bir palyatif bakım sürecinin temelini oluşturur.
- Hastalık seyrindeki değişimlere uyum sağlamak ve hospis ile palyatif bakım alanında ileri düzey uygulamalar gerçekleştirebilmek için sağlık profesyonelleri bilgi, beceri ve araştırmalarını sürekli geliştirmelidir (Schroeder ve Lorenz, 2018).
- Hemşireler; insan hayatını tehlikeye sokan hastalıklarla yaşayan, bu hastalıkların etkileriyle mücadele eden ve yaşamını yitiren bireylerin bakımında aktif bir rol üstlenmelidir (Lu, Gu ve Yu, 2018).
- Hemşireler; hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun olarak eğitim, tedavi ve bakım süreçlerini planlamalı ve bu süreçlerin etkili bir şekilde koordine edilmesini sağlamalıdır.
- Hasta ve ailesiyle dürüst, saygılı ve güvene dayalı bir iletişim kurmalı; her bireyin onurlu bir şekilde ölme hakkını gözeterek bakım hizmetlerini sunmalıdır.
- Hastanın semptomlarını değerlendirip uygun tedavi yöntemlerini uygulamalı.
- Hasta ve ailesinin duygusal ihtiyaçlarını gözlemleyerek gerekli desteği sağlamalı (Sarman, 2019).
- Zorlayıcı durumlarda eleştirel düşünme yeteneğini ve gelişmiş hemşirelik becerilerini etkili bir şekilde kullanmalıdır.

- Karmaşık sosyal durumlar, zorlu teşhisler ve semptom yönetimi süreçlerinde, özellikle hastanın yas sürecinde iletişim becerilerini aktif bir şekilde uygulamalıdır.
- Hasta ve ailesini ilaç kullanımı, semptom yönetimi ve yaşamın son dönemine yönelik bakım konularında kapsamlı bir şekilde bilgilendirmelidir.
- Hastaların ve ailelerin sıkıntılarını hafifletmek amacıyla şefkatli bir yaklaşım benimseyerek güvene dayalı bir ilişki geliştirmelidir.
- Hastaların ve ailelerin en mahrem anlarında destek sunarak; etkili iletişim, fiziksel varlık ve semptom yönetimi yoluyla anlamlı bir katkı sağlamalıdır (Barawid vd., 2015).

3.1.Palyatif Bakım ve Onkoloji Hastalarında Semptom ve Hemşirelik Yönetimi

DSÖ verilerine göre dünyada en fazla palyatif bakım gereksinimi olan hasta grubu kardiyovasküler hastalar olarak belirtilmiştir (World Health Organization, 2020a). Ancak kliniklerde palyatif bakım ünitelerine en fazla kabul edilen hasta grubunu onkoloji hastaları oluşturmaktadır. Dolayısıyla altta yer alan semptomlar onkoloji hastalarına yönelik planlanmıştır.

3.2.Ağrı

Ağrı kanser hastalarında en sık görülen ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tedavi edilebilen hastaların yaklaşık %30'unda , tedavi edilemez kanserli hastaların ise %60 ila %80'inde görülen bir semptomdur.

Hemşirelik yönetimi: Ağrısı olan hastaları değerlendirirken ağrının özellikleri yeri, şiddeti, yoğunluğu dikkate alınmalı, değerlendirme ölçekleri ile ölçülmelidir. Kronik ağrısı olan hastalara doktor istemine göre düzenli olarak analjezik

tedavi uygulanmalı, tedavide ilk seçenek olarak ise; oral analjezikler tercih edilmelidir. Kanser ağrısı olan hastalarda NSAİİ tek başına ya da opioidlerle kombine olarak da tercih edilebilmektedir. Tedaviye bağlı opioidlerin yan etkilerinin hastaların semptomlarına eklenebileceği unutulmamalıdır (Bahar, Ovayolu ve Ovayolu, 2019; Eraydın ve Uçar, 2020; Tewes, Baumann, Teufel ve Ostgathe, 2021).

3.3.Bulanti-Kusma

Enfeksiyon, hiponatremi, hiperkalsemi, ilaçlar, kabızlık gibi nedenlere bağlı oluşabildiği gibi antineoplastik ajanlara ya da radyasyon tedavisine bağlı oluşan bulanti-kusma kanser hastalarının %68'inde görülmekte olup kontrol edilemediğinde fiziksel, bilişsel sorunlara, özellikle yaşamın son döneminde yaşanan bulanti ve kusma ise; psikolojik sıkıntıya sebep olarak hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, yeterli besin alımlarını kısıtlayarak kaşeksiye, sıvı-elektrolit dengesizliğine ve oral mukoza bütünlüğünde bozulmaya sebep olmaktadır (Bahar vd., 2019; Henson vd., 2020).

Hemşirelik yönetimi: Bulanti- kusma tedavisinde sıvı tüketimi arttırılmalı, yemekten sonra fiziksel aktivite sınırlandırılmalı, yiyecek kokularına çok fazla maruz kalınmamalı, soğuk yiyecekler, sıvı ve yumuşak gıdalar tüketmeye teşvik edilmeli, yemeklerden hemen önce ve sonra sıvı alımını kısıtlaması gerektiği anlatılmalıdır. Farmakolojik yaklaşımda ise; hastalığın etyolojisine ve mekanizmasına bağlı yaklaşımlara göre antiemetikler ve kortikosteroidler önerilmekte ve kullanılabilmektedir (Bahar vd., 2019; Eraydın ve Uçar, 2020; Henson vd., 2020).

3.4.Yorgunluk

Yorgunluk anemi, enfeksiyon, dehidratasyon ve kaşeksi gibi nedenlere bağlı oluşabilmektedir. İlerlemiş kanserli hastalarda %70-100 oranında görülebilen yorgunluk önceki

aktivitelerle veya sonraki iyileşme evreleriyle orantılı olmayan aşırı bitkinlikten, bozulmuş konsantrasyon ve hafızaya kadar uzanan, dispne, bulantı/kusma, iştahsızlık ve psikolojik stres, özellikle depresyon ve anksiyete dahil olmak üzere çok sayıda semptomla ilişkilidir (Henson vd., 2020; Tewes vd., 2021).

Hemşirelik yönetimi: Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin kansere bağlı yorgunluk tedavisinde etkili olduğu , tedavide spesifik tedavilere ek olarak semptom odaklı terapilerin de kullanılabildiği görülmüştür (Henson vd., 2020; Schmitz vd., 2019).

3.5.Dispne

Kanser tanımlı hastalarda yaygın olarak görülen nefes darlığı, hastalık ilerledikçe daha yaygın hale gelen altta yatan durumun en iyi şekilde tedavisine rağmen devam eden, hastada siyanoz, cilt solukluğu, extra solunum kaslarının kullanımı gibi bulguların gözlemlendiği, sıklıkla akut hastane hizmetlerinin kullanılmasıyla sonuçlanan bir semptomdur.

Hemşirelik yönetimi: Dispne yönetimine, nefes darlığının altta yatan nedenlerinden, özellikle bronkokonstriksiyonun iyileştirilmesiyle başlanmalıdır. Satürasyon %90'ın altında olan hastalarda oksijen tedavisi başlanmalı, özellikle rahat nefes alabileceği bir pozisyon verilmelidir. Oksijen tedavisine ek olarak opioidler, kortikosteroidler ve sedatifler de kullanılabilmektedir. Non-farmakolojik yaklaşım olarak ise; hasta yapabiliyorsa derin nefes alma egzersizi uygulanmalı, nefes alma teknikleri, postüral drenaj, yardımcı solunum kaslarını güçlendirme, elde taşınan bir fan gibi basit yardımcılarn önemi dikkate alınmalıdır (Bahar vd., 2019; Henson vd., 2020).

3.6.Oral Mukozit

Ağız sağlığı problemleri hastanın özelliklerine, uygulanan tedaviye göre değişmekte olup radyoterapi, kemoterapi tedavisi

gibi birçok faktör kişileri hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan etkileyebilmektedir. Kemoterapik ajanların ağız ve boğazdaki primer mukozal tabakayı bozması sonucu gelişen oral mukozit; oral mukozadaki epitel hücrelerinde zayıflama, eritem, ödem, kanama, ülserasyonlar, ses kısıklığı, konuşma, çiğneme ve yutma güçlüğü şeklinde ortaya çıkmaktadır (Bahar vd., 2019; Güçlüel ve Zengin, 2023; Kurt ve Dinç, 2024).

Hemşirelik yönetimi: Mukozitte analjeziye ek olarak, hastanın her gün ağız mukozası ve dudaklarının rengi değerlendirilmeli, kilo takibi yapılarak beslenme düzeni oluşturulmalı, sert, asitli, taneli besinlerden kaçınılması, yumuşak-sıvı gıdalar tercih etmesi açıklanmalı, ağızda buz gezdirme gibi hastanın ağrısını hafifletip rahatlatacak tedaviler uygulanmalıdır (Bahar vd., 2019; Bölükbaş Yurdoğlu, Kıymaç Sarı ve Durna, 2024).

3.7.Alopesi

Genellikle geçici bazen nadir de olsa kalıcı kısmi ya da tam saç kaybı olan alopesi demir, çinko eksikliği, tiroit hormon bozukluğu gibi nedenlerle oluşabildiği gibi kanser tedavisinin yan etkisi olarak da hastaların %65'inde ortaya çıkmaktadır.

Hemşirelik yönetimi: Alopesi hastaların fiziksel görünümü ve beden imajı algılarını olumsuz yönde etkileyerek endişeye, tedavinin gecikmesine, reddine sebep olabilmektedir. Tedavi süreci ve saç dökülmesi gibi yan etkiler hakkında hastalar önceden bilgilendirilmeli, saç dökülmesi öncesinde saçların kısaltılması/ kestirilmesi, saç kaybını gizlemek için peruk, eşarp, şapka gibi seçenekler sunulmalı, olumlu bir yaklaşım sergilenerek moral verilmeli, depresyon-anksiyete gibi sorunların farkında olunmalı ve gerekirse psikoloğa yönlendirilmelidir (Demir ve Barutca, 2021; Pehlivan vd., 2019).

3.8.Konstipasyon

Konstipasyon yetersiz beslenme, bağırsaklarda motilite azlığı, dehidratasyon, metabolik bozukluklar sonucu gelişebilmekte, tedavi edilmediğinde, karında ağrı, bulantı, kusma, psikolojik sıkıntılara, ileus ve bağırsak perforasyonuna ya da yaşamı tehdit eden komplikasyonlara sebep olabilmektedir .

Hemşirelik yönetimi: Fiziksel aktivitenin artırılması, hasta eğitimi, yaşam tarzı değişikliği, gıda ve sıvı alımının düzenlenmesi tedavide önemli rol oynamakta, laksatif kullanımının ise; bağırsak hareketlerini uyardığı fakat karında şişkinlik, dolgunluk, gaz artışı, uzun süreçte ağır toksisitelere neden olduğundan mümkün olduğunca tercih edilmemelidir (Bahar vd., 2019; Bıçak Ayık ve Can, 2020; Şahin vd., 2024; Tunçez, Aksoy ve Koç, 2021).

3.9.Diyare

Diyare 24 saatte en az 4 kez sulu dışkılamasının olduğu, çoğunlukla, laksatifler, antibiyotikler, non-steroid antienflamatuvar analjezikler, crohn hastalığı, ülseratif kolit, kemoterapi ilaçları alımına bağlı meydana gelen, intestinal villusların sıvıyı absorbe etme işlevindeki bozulmadır (Bölükbaş Yurdoğlu vd., 2024; Çömlekçi ve Can, 2021).

Hemşirelik yönetimi: Tedavide diyareye neden olan yiyecekler belirlenmeli, yağlı, acılı, baharatlı yiyeceklerden kaçınılmalı, sıvı alımı arttırılmalı, diyetle pirinç, patates, muz gibi lifli besinler tüketilmeli ve antidiyareik ajanlar doktor istemi doğrultusunda kullanılmalıdır (Bahar vd., 2019; Bölükbaş Yurdoğlu vd., 2024).

3.10. Nötropeni

Periferik kanda bulunan nötrofil sayısının azalması ya da nötrofil sayısının yaş ve ırka bağlı olarak olması gereken düzeyin altında olmasıdır. Kemoterapi ve/veya radyoterapiye , doğuştan /

yaşa bağlı olarak kemik iliği baskılanması sonucu yetersiz üretim /artmış yıkım sonucu ortaya çıkmaktadır.

Hemşirelik yönetimi: Enfeksiyon belirti ve bulguları, oluşum nedenleri anlatılarak önlenmesine yönelik hasta ve yakınları bilgilendirilmeli , ziyaretçi sayısı kısıtlanmalıdır. Deri bütünlüğünün korunması, ateş takibi, ağız, perine, rektum bölgelerine yönelik gereksiz invaziv uygulamaların sınırlandırılarak bu bölgelerin bütünlüğü korunmalıdır. Farmakolojik tedavide ise; doktor istemi doğrultusunda hastanın kültürlerinin alınarak geniş spektrumlu antibiyotik başlanması önerilmektedir (Bahar vd., 2019; Karahan, 2022).

3.11. Trombositopeni

Kemik iliğinin baskılanması, kemoterapi, pıhtılaşma faktörlerinin yeterli üretilmemesi gibi sebeplerle kanamaya eğilimin arttığı, hastada peteşi, diş eti kanaması, epistaksis, ekimoz, hematüri, hipotansiyon, taşikardi, anemiye neden olan trombosit sayısındaki azalmadır.

Hemşirelik yönetimi: Tedavide hasta çarpma, düşme gibi travmalardan korunmalı, trombosit sayısı takip edilmeli, deride peteşi, ekimoz kontrolü yapılmalı, aspirin ve NSAİİ kullanımından kaçınılmalı, mümkün olduğunca invaziv girişim uygulanmamalıdır (Bahar vd., 2019; Jinna ve Khandhar, 2023).

3.12. Anemi

Halsizlik, yorgunluğa neden olan kan kaybı, B12 ve folik asit eksikliği, zayıflık, yetersiz beslenme, kemoterapi gibi durumlara bağlı gelişebilen anemi, kanserli hastaların %30-90'ında görülen ciddi bir komplikasyondur. DSÖ kriterlerinde hemoglobinin kadınlarda 12 g/dl, erkeklerde ise 13 g/dl'nin altında olması anemi olarak kabul edilmekte, tümör türüne ve hastalık evresine göre değişmektedir.

Hemşirelik yönetimi: Hasta anemi nedenleri ve klinik belirtileri açısından gözlemlenerek gerekli önlemler alınmalı, laboratuvar bulguları düzenli olarak takip edilmelidir (Bahar vd., 2019; Mollaoğlu vd., 2021).

3.13. Kaşeksi

Kaşeksi son altı ayda %5'ten fazla istenmeyen kilo kaybı, vücut kitle indeksi <20 ve %2'den fazla kilo veya kas kaybıyla uyumlu kas kitle indeksi olarak tanımlanmakta, kanser tedavisine özgü tat değişiklikleri, mukozit, mide bulantısı veya kabızlık gibi yan etkiler genellikle iştah kaybına, kas kaybına ve kaşeksiye yol açmaktadır. Kaşeksiye bağlı hafif kilo kaybı olanlarda önleyici müdahaleler ve nedene yönelik tedaviler tercih edilirken ileri evre oral alımı yetersiz olan kaşekside enteral ve parenteral tedaviler tercih edilmektedir.

Hemşirelik yönetimi: Günlük vücut ağırlığı ve laboratuvar sonuçları takip edilmeli, hasta ve yakınları besin alımı konusunda bilgilendirilmelidir. Her hastanın beslenme durumu bireysel olarak ele alınmalıdır. Hasta kaşeksi nedenleri ve tedavi sürecindeki değişiklikler yönünden gözlemlenmeli, gerekli tedbirler alınarak psikolojik olarak desteklenmelidir (Bahar vd., 2019; Çömlekçi ve Can, 2021; Eraydın ve Uçar, 2020).

4. PALYATİF BAKIMDA ETİK VE YASAL SORUNLAR

Küresel ölçekte nüfus artışına paralel olarak yaşlı nüfus oranında da belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Bu demografik değişim, kronik hastalık prevalansında artışa yol açmakla birlikte, sağlık hizmetlerinde işlerin yoğunlaşmasına, tedavi/bakım bileşenlerinde yeni mekansal arayışlara gidilmiş ve palyatif bakım bu soruna çözüm olmuştur (World Health Organization, 2024).

Palyatif bakım, yaşam sonuna odaklanarak bireyler ve yakınlarının bu dönemi acıdan uzak ve huzurlu bir şekilde geçirmelerini, ölüme hazırlık ve ölüm sürecini kapsayan bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (Özçelik, 2020; Sheehan vd., 2020). Yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve müdahalelerinin sınırlandığı, evde bakımın yetersizleştiği ve sağlık koşullarında etkin yönetim ve hasta hizmetlerinin doğru şekilde planlanması aşamasında giderek daha güç hale geldiği durumlarda, palyatif bakım hizmetlerine olan ihtiyaç daha da önem kazanmaktadır (Özçelik, 2020).

Günümüzde ölüm sürecinin ev ortamından hastane ortamına taşınmasıyla birlikte, bakım hizmetleri ve etik konular, sağlık alanında daha yoğun bir şekilde tartışılmaya başlanmıştır. Bakım ve tedavi seçeneklerinin yalnızca fiziksel iyileşme ile sınırlı olması; ruhsal, sosyal ve kültürel boyutların göz ardı edilmesi ve bu bütüncül sürece hasta yakınlarının dahil edilmemesi, buna karşılık, eğitim sürecinde karşılaşılan sorunlar, çeşitli etik problemlerin ortaya çıkması neden olmaktadır. Hasta bakımında etik sorunlarla en sık karşılaşılan mesleki gruplar, sağlık birimleri ön saflarında yer alan hekimler ve hemşirelerdir (Moens vd., 2014). Bu durumda etik, sağlık hizmet sunumu sırasında iyileştirmeler ve teknolojik yeniliklerin kişilerin ve toplumların zarar görmesini engellemeye yönelik temel fiziksel değerlerin bütünüdür tanımını alır (Özçelik, 2020).

Etik ilkelere baktığımızda: Adalet ilkesi, yarar sağlama ilkesi, gizlilik ve mahremiyet ilkesi, zarar vermekten sakınma, doğruluk, dürüstlük ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi gelmektedir.

Palyatif bakımda etik ilkelere baktığımızda; doğruluk, halka hizmet bilinci, hizmet standartlarına uymak, amaç ve misyona bağlılık, dürüstlük ve tarafsızlık, saygınlık ve güven, nezaket ve saygı, ayrımcılık yapmamak, saydamlık ve katılımcılık, çıkar çatışmasından kaçınmak, hediye almamak,

kamu mallarını korumak, hesap verme sorumluluğu, imtiyazsız kamu hizmeti, savurganlıktan kaçınmak ilkeleri öne çıkmaktadır (Uluğ Yurttaş, 2010).

Etik anlayışın güçlü bir şekilde benimsendiği örgütlerde, iş genişliklerinin düzenli, verimli, adil, şeffaf, etkili ve insan onuruna uygun bir şekilde yürütüldüğü belgelenmiştir. Örgüt yapılanmaları sağlık yönetimi, açısından kritik bir role sahiptir. Ancak sağlık sektöründeki bazı yasal boşluklar, zaman zaman etik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Aydın, 2021). Palyatif bakım hizmeti sunan hemşireler, hastalara evrensel çerçevede kabul görmüş etik ilkeler, değerler, etik kodlar, kişi hakları, hasta hakları, mesleki değerler ve yasal politikalara uygun olarak hizmeti gerçekleştirmelidir (Gorsira vd., 2018).

4.1. Palyatif Bakımda Karşılaşılan Etik Sorunlar

4.1.1. Kötü Haber Verme

Tıbbi ve destekleyici tedavi ile yaşam kalitesinin iyileşmesinin sağlanmaya çalışıldığı palyatif bakımda yaşam sonu bakıma adım atma süreci son derece kritiktir. Tıbbi desteğin sonlandırılacağı, hastalığın kanser teşhisi konulduğu veya hastanın yaşamının sonuna yaklaşmak üzere olduğu gibi kötü ve olumsuz haberlerin verilip verilmeyeceği, kime ve nasıl iletileceği, bu bilgilerin "bilgi edinme hakkı" etik ilkesi gereği olası yararları ve zararların doğru bir şekilde değerlendirilmesi sürecini karmaşık hale getirmektedir. Kötü haber verme konusundaki ortak görüş; haberin kime verileceğinin (hastanın kendisi, hasta yakını, her ikisi vb.), bilgilendirmenin kim tarafından yapılacağı (hekim, hemşire, hasta yakını, psikolog, din görevlisi ve manevi danışman), bilginin aktarılacağı mekânın (hekim odası, hasta odası vb.), bilgiyi aktarma yolunun, bilgi içeriğinin ve bilginin verileceği zamanın belirlenmesi yönündedir (Hunt, 2020).

4.1.2. Ağrısız Olma Hakkı ve Çalışanların Ağrı Yaklaşımı

Palyatif bakım alan hastaların arasında en yaygın olan ve en zorlandıkları semptom, ağrı olarak öne çıkmaktadır. Hastaların büyük bir kısmı, farklı şiddetlerde ağrı deneyimleri yaşamaktadır. Hastaların ağrı ve acısını azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek, hastayı ve yakınıni bilgilendirmek, hastanın kendi seçimlerini açıklayabileceği ortamı oluşturmak ve hastaya onurlu ölüm tercihi tanımak sağlık profesyonellerinin başlıca görevidir (Öntürk Akyüz, 2024). Çeşitli sebeplerle yaşam kısıtlayan ve terminal dönem hastalığı olan bireylerin bakım gereksinimlerine uygun politikalar geliştirilmesi; sağlık çalışanlarına ve özellikle palyatif hekimlerine ve hemşirelerine ağrı, ağrı tedavi yöntemleri ve palyatif bakımda ağrının önemi konularında eğitim verilmesi; ağrı tedavisinin tıbbi, etik ve hukuki bir yükümlülük olduğunun üzerinde durulması; opioidlerle ilgili (opioide kullanım korkusu-opiofobi, yanlış bilgi, tolerans, bağımlılık, yan etkiler ve yaşam sonunda ağrı tedavisi için opioide kullanımının ölümü hızlandırmadığı) bilgi verilmesi; bilimsel yeniliklere uygun tedavinin etik olduğunun anlatılması; ağrının ortadan kaldırılmasına bağlı olarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve bu iyiye gidişin yaşam süresini uzatacağının bilgisinin verilmesi ağrı dair sağlık çalışanlarının yaşamış oldukları sorunları azaltacaktır (Menekli, 2023).

4.1.3. Boşuna/Yararsız Tedavinin Nedenleri

Boşuna/yararsız tedavi kavramı, hayatı yalnızca yapay olarak uzatmak dışında herhangi bir fayda sağlamayan bir tedavi yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Uygunsuz tedaviye devam etmek ve bu konuda ısrarcı olmak örneğinin yarar sağlamayan antibiyotik tedavilerin sürdürülmesi gibi malpraktis sebebi olarak görülmektedir (Gorsira vd., 2018). Etik açıdan, tedaviyi başlatmama ile başlatılmış bir tedaviyi sonlandırma (Withhold –

Withdraw) kavramları farklı anlamlara sahiptir ancak her iki yaklaşımın da benzer sonuca sahip olduğunun bilinmesi gerekir. Hekim, hasta ve yakını ile iş birliği içinde olmalı etik çatışmalar yaşanması durumunda etik uzmanlardan yardım almalı, hastane bünyesindeki hasta hakları birimi ile görüşülmeli, hastanelerde bu tür durumlar için etik kurullar oluşturulmalıdır (Hunt, 2020).

4.1.4. Palyatif Bakımda Yaşam Sonu

Günümüzde palyatif bakım, sağlık sektöründe önemli bir yer edinmiş ve farklı disiplinleri bir araya getiren bir alan haline gelmiştir. Huzurlu ölüm, iyi ölüm, onurlu ölüm, yas, ölüm ritüelleri, gösterişli ölüm, medyatik ölüm, görünen ölüm ve görünen ölüm gibi kavramları bu süreç sırasında ortaya çıkmıştır (Menekli, 2023). Ölümün gerçekleşeceği zamanı bilmek, öleceği yer hakkında tercih yapmak, süreci takip edebilmek, insan onuru ve mahremiyetini korumak, yaşadığı hastalık süreci boyunca kendisinde görülen semptomların kontrolünde söz sahibi olmak iyi ölüm kriterlerindendir (Utku, 2019).

4.1.5. Ülkemizde Mevcut Durum

Türkiye'de hem Hasta Hakları Yönetmeliği 25. maddede hem de Biyotıp Sözleşmesi Madde 5'te bildirilmiştir. Madde 9'a göre tıbbi talimatname olarak müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak daha önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınmalıdır. Önerilen bu tıbbi talimatname için filli ehliyetin bulunmalıdır. (Korhan, Kırşan, Yıldırım ve Kiray, 2019). Bu tıbbi talimatname bu içeriği kapsamalıdır: karar verme yeteneği olmalı, gönüllülük ilkesi, tanı ve tedavi biçimi, hastalığın progresi ve tedavinin komplikasyonları, yararları ve olumsuzluklarının bildirilmesi ve yeterli görüşmelerin sürecin öncesinde görüşülmüş olması. Hekim Hastanın konuyu anlayıp anlamadığını değerlendirilmelidir. Hastalık nedeniyle gerçekleşen ölümlerde hukuken hekimin sorumluluğu yoktur. Yazılı hukuki

belge almak (el yazısı ve kendi cümleleri ile yazılmış), bu bağlamda hasta yakını, hasta için tedavi kararı veremez. Buna hasta kendi veya hekim endikasyon dahilinde karar verir. Farklı nedenlerle gerçekleşen ölümlerde hukuken hekim sorumludur (Brennan, Lohman ve Gwyther, 2019).

Ülkemizdeki Palyatif Bakımla İlgili Yasal Düzenlemeler: Biyotıp Sözleşmesi, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, Hasta Hakları Yönetmeliği, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi ile hukuki çerçeve içine alınmıştır (Bozabali ve Ağın, 2019).

Palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda en önemli görev bakım faaliyetlerinden sorumlu olan hemşirelere düşmektedir. Hemşireler palyatif sürecini yakından takip etmeli, ulusal ve uluslararası düzeyde çalışmalar yaparak ve katkı sağlayarak palyatif bakımın gelişimine destek olmalı (Tiryaki ve Tüfekçi, 2023).

5. SONUÇ

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitesini artırmayı, semptom yönetimini sağlamayı ve hasta ile ailesine bütüncül destek sunmayı amaçlayan bir sağlık hizmetidir. Tarihsel süreçte gelişen bu bakım modeli, günümüzde multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek sağlık sistemlerinde önemli bir yer edinmiştir.

Küresel ölçekte palyatif bakım hizmetlerine erişimde eşitsizlikler devam etmektedir. Türkiye'de ise 1990'lı yıllardan itibaren gelişen palyatif bakım uygulamaları, sağlık politikalarıyla desteklenmiş ve günümüzde yaygınlaştırılmıştır. Mevcut hizmetlerin daha etkili sunulabilmesi için sağlık çalışanlarının eğitimi, hizmet standartlarının iyileştirilmesi ve multidisipliner iş birliğinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Palyatif bakım yalnızca fiziksel semptom yönetimi değil, aynı zamanda etik ve yasal boyutlarıyla da ele alınması gereken bir süreçtir. Hasta hakları, ağrısız yaşam hakkı ve etik ilkeler bu hizmetlerin temel taşlarını oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, palyatif bakımın etkili ve erişilebilir hale getirilmesi için sağlık sistemlerinde yapısal düzenlemelere ve profesyonel gelişim çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Gelecekte, daha geniş kitlelere ulaşan, etik ilkeler doğrultusunda şekillenen ve multidisipliner yaklaşımla güçlendirilmiş bir palyatif bakım sistemi hedeflenmelidir.

KAYNAKLAR

- Aydın, N. (2021). COVID-19 ve palyatif bakım. *J Med Palliat Care*, 2(2), 54–57. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.47582/jompac.880170>.
- Bahar, A., Ovayolu, Ö. ve Ovayolu, N. (2019). Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 42–58. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/47133/593190>.
- Barawid, E., Covarrubias, N., Tribuzio, B. ve Liao, S. (2015). The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 32(1), 34-43. <https://doi.org/10.1177/1049909113514474>.
- Bıçak Ayık, D. ve Can, G. (2020). Palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetimi ve akupresürün etkinliği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 141–148. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/sagakaderg/issue/55845/685564#article_cite.
- Bozabali, R. ve Ağın, S. (2019). Palyatif bakım ile ilgili bileşenlerdeki yasal düzenlemeler [PDF]. Erişim Adresi: https://d1wq.C.net/6106/palyatif_bakim_ile_ilgili_ulkemizdeki_yasal_duzenlemeler12-281-1v-li.pdf.
- Bölükbaş Yurdoğlu, G., Kıymaç Sarı, M. ve Durna, Z. (2024). Kemoterapi uygulanan kanser hastalarının gastrointestinal sistem semptomlarında hemşirelik yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 11(1), 56–62. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/85369/1359168#article_cite.

- Brennan, F., Lohman, D. ve Gwyther, L. (2019). Access to pain management as a human right. *Am J Public Health*, 109(1), 61–65. doi: 10.2105/AJPH.2018.304743.
- Çömlekçi, N. ve Can, G. (2021). Onkoloji hastalarında beslenme sorunlarının yönetimi ve hemşirenin rolü. *Istanbul Gelisim Univ J Health Sci*, 15, 681–691. doi.org/10.38079/igusabder.981033.
- Demir, B. ve Barutca, S. (2021). Kanser tedavileri ve alopesi: Bir sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Intern Med*, 6(2). doi: 10.5336/intermed.2021-81828.
- Duffin, J. (2014). Palliative care: The oldest profession? *Canadian Bulletin of Medical History*, 31(2), 205-228. DOI: 10.3138/cbmh.31.2.205.
- Eraydın, Ş. ve Uçar, K. N. (2020). Palyatif bakımda fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Türk Bilim ve Sağlık Dergisi*, 1(2), 94–107. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/tfsd/issue/55578/725447#article_cite.
- Gorsira, M., Steg, L., Denkers, A., Huisman, W., van der Laan, T. ve Kaptein, M. (2018). Corruption in organizations: Ethical climate and individual motives. *Administrative Sciences*, 8(1), 4. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.3390/admsci8010004>.
- Güçlüel, Y. ve Zengin, P. D. N. (2023). Palyatif bakım ve ağız sağlığı: Bibliyometrik çalışma. *CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(4), 405–410. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1369195>.
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Sleeman, K. E. ve Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and

- vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>.
- Hinshaw, D. B. (2023). Historical notes on the founding of the Surgical Palliative Care Society. *The American Surgeon™*, 89(5), 1334-1337. DOI: 10.1177/00031348231157420
- Hunt, F. (2020). Nursing ethics and moral courage in nursing practice. *J Nurs Res Pract*, 4(3), 1–2. <https://doi.org/10.1177/00031348231157420>.
- Jinna, S. ve Khandhar, P. B. (2023). Thrombocytopenia. In StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542208/>.
- Karahan, F. (2022). Nötropenik hastaya yaklaşım. *Mersin Univ Sağlık Bilimleri Derg*, 15(1), 32–37. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinsbd/issue/69867/1120651#article_cite.
- Korhan, E. A., Kırşan, M., Yıldırım, D. ve Kiray, M. U. (2019). Palyatif bakımda etik sorunlar: Bir sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 27(2), 116–127. doi: 10.5336/mdethic.2019-65994.
- Kurt, A. ve Dinç, F. (2024). Çocuk hastada palyatif bakım. In A. Eroğlu, S. Temiz, & N. Eroğlu (Eds.), Palyatif bakım hemşireliği içinde (pp. 228–231). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. Erişim Adresi: <https://www.nobelyayin.com/palyatif-bakim-hemsireligi-21364.html>.
- Lu, Y., Gu, Y. ve Yu, W. (2018). Hospice and palliative care in China: Development and challenges. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 26-32. DOI: 10.4103/apjon.apjon_72_17

- Menekli, T. (2023). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 81-88. Erişim adresi:<https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr/article/1073872>
- Moens, K., Higginson, I. J., Harding, R. ve EURO IMPACT (2014). Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 48(4), 660-677. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009>.
- Mollaoğlu, M. C., Bostancı, M., Karadayı, K., Yılmaz, E., Demir, A. ve Kaya, B. (2021). Mide kanseri ve preoperatif anemi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 240-245. <https://doi.org/10.35440/hutfd.897403>.
- Öntürk Akyüz, H. (2024). Palyatif bakımda etik. In S. Akın Eroğlu, G. Temiz, & N. Eroğlu (Eds.), Palyatif bakım hemşireliği içinde (pp. 50-51). Ankara, Turkey: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özçelik, S. (2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. *J Med Palliat Care*, 1, 76-82. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.47582/jompac.742274>.
- Parekh de Campos, A., Levoy, K., Pandey, S., Wisniewski, R., DiMauro, P., Ferrell, B. R. ve Rosa, W. E. (2022). Integrating Palliative Care into Nursing Care. *The American journal of nursing*, 122(11), 40-45. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000897124.77291.7d>.
- Pehlivan, S., Doğan, D., Kahraman, B. N., Yılmaz, E., Kaya, A. ve Demir, F. (2019). Akut lösemi hastalarında alopesinin

beden imajı ve benlik saygısına etkisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 45(2), 173–178.
<https://doi.org/10.32708/uutfd.558864>.

Sağlık Bakanlığı. (2023). *Dünya Palyatif Bakım Günü*. Erişim tarihi:28/12/2024. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html>.

Sarman, A. (2019). Palyatif/pediyatrik palyatif bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 153-160. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/908470>.

Schmitz, K. H., Campbell, A. M., Stuiver, M. M., Winkler, E. A. H., Courneya, K. S. ve Matthews, C. E. (2019). Exercise is medicine in oncology: Engaging clinicians to help patients move through cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 468–484.
<https://doi.org/10.3322/caac.21579>.

Schroeder, K. ve Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17.

Senderovich, H. ve McFadyen, K. (2020). Palliative care: Too good to be true? *Rambam Maimonides Medical Journal*, 11(4), e0034. <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10394>.

Sheehan, J., Ho, K. S., Poon, J., Taylor, R., Wong, M. ve Lee, C. (2020). Palliative care in critically ill COVID-19 patients: The early New York City experience. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002677>.

Stolberg, M., Kennedy, L. ve Unglaub, L. (2017). *History of palliative care* (pp. 123, 1500-1970). Cham: Springer. Erişim adresi:

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-54178-5>.

Şahin, K., Artan, Y., Bay, F., Demir, S., Yıldız, M. ve Çelik, (2024). Opioid tedavisi alan onkoloji hastalarında konstipasyon yönetimi: Hemşirelerin tutum ve uygulamaları. *Artuklu Sağlık*, 9, 47–53. <https://doi.org/10.58252/artukluhealth.1493277>.

Temiz, G. (2024). Palyatif bakım kavramı ve tarihçesi. In S. Akın Eroğlu, G. Temiz, & N. Eroğlu (Eds.), *Palyatif bakım hemşireliği* (pp. 1-4). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tewes, M., Baumann, F., Teufel, M. ve Ostgathe, C. (2021). Symptoms during outpatient cancer treatment and options for their management. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(17), 291. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0028>.

Tiryaki, E. ve Tüfekçi, F. G. (2023). Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin sunumu ve ilgili düzenlemeler. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 312–320. <https://doi.org/10.54061/jphn.1268631>.

Tunçez, İ. H., Aksoy, N. ve Koc, M. (2021). Ulusal kanser tarama programı sonuçları; bir il örneği. *Phoenix Med J*, 3(2), 69–73. doi.org/10.38175/phnx.922780.

Uluğ Yurttaş, O. (2010). Blogların markalar üzerindeki gücü. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 2(8), 107–122. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/319323>.

Utku, T. (2019). Yaşam sonu kararları etkileyen sosyokültürel ve spiritüel faktörler. In *Palyatif Bakımda Etik Çalıştayı Raporu* (pp. 13–16). Erişim Adresi:

<http://dspace.kocaeli.edu.tr:8080/xmlui/handle/11493/18170>.

When patients are stressed, in pain, suggest palliative care. (2016). *Hospital case management : the monthly update on hospital-based care planning and critical paths*, 24(6), 83–84.

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes, policies and managerial guidelines*. Erişim tarihi: 28/12/2024. Erişim adresi: [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=7VQ0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=7.%09World+Health+Organization.+\(2002\).+National+cancer+control+programmes,+policies+and+managerial+guidelines.&ots=qhfAUhVe0J&sig=_zOYua0kAPhvkfkurvOIvhbrnoc&redir_esc=y#v=onepage&q=7.%09World%20Health%20Organization.%20\(2002\).%20National%20cancer%20control%20programmes%2C%20policies%20and%20managerial%20guidelines.&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=7VQ0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=7.%09World+Health+Organization.+(2002).+National+cancer+control+programmes,+policies+and+managerial+guidelines.&ots=qhfAUhVe0J&sig=_zOYua0kAPhvkfkurvOIvhbrnoc&redir_esc=y#v=onepage&q=7.%09World%20Health%20Organization.%20(2002).%20National%20cancer%20control%20programmes%2C%20policies%20and%20managerial%20guidelines.&f=false).

World Health Organization. (2020a). *Palliative care*. Erişim tarihi: 28/12/2024. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

World Health Organization. (2020b). *Global atlas of palliative care*. Erişim tarihi: 09/01/2025. Erişim adresi: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3).

World Health Organization. (2021). *Assessing the development of palliative care worldwide: A set of actionable indicators*. Erişim tarihi: 09/01/2025. Erişim adresi: <https://scholar.google.com.tr/scholar?q=World+Health+>

Organization.+(2021).+Assessing+the+development+of+ palliative+care+worldwide:+a+set+of+actionable+indicators.&hl=tr&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart.

World Health Organization (2024). Palliative care. Erişim Adresi: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

Yakar, B., Batbaş, C. S. ve Pirinçci, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136-143. DOI: 10.17942/sted.625696.

HEMŞİRELİK KONULARI

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