

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE BÜTÜNCÜL VE HEMŞİRELİK BAKIM ALANINDAKİ GÜNCEL ÇALIŞMALAR



Editör: Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI

Prof. Dr. Mehmet Zeki AVCI

Doç. Dr. Dilek DEMİR KÖSEM

Doç. Dr. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ

Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI

Doç. Dr. Çiğdem ÖKTEN

Dr. Öğr. Üyesi Filiz DİLEK

Selen TEKİN

İzzet Çoşkun ÖZTÜRK

ISBN: 978-625-5753-10-6

Ankara -2025

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE BÜTÜNCÜL VE HEMŞİRELİK BAKIM ALANINDAKİ GÜNCEL ÇALIŞMALAR

EDİTÖR

Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI
ORCID ID: 0000-0001-7630-9619

YAZARLAR

Prof. Dr. Mehmet Zeki AVCI¹

Doç. Dr. Dilek DEMİR KÖSEM²

Doç. Dr. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ³

Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI⁴

Doç. Dr. Çiğdem ÖKTEN⁵

Dr. Öğr. Üyesi Filiz DİLEK⁶

Selen TEKİN⁷

İzzet Çoşkun ÖZTÜRK⁸

¹Kıbrıs Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik
Bölümü, Girne, KKTC
mehmetavci@cau.edu.tr

²Hakkari Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Hakkari, Türkiye
dilekdemir@hakkari.edu.tr

³Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
akorkmaz@bandirma.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-8184-1490

⁴Hakkari Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Hakkari, Türkiye
mugehayli@hakkari.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-7630-9619

⁵Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç
Hastalıkları Hemşireliği A.D., Kütahya, Türkiye
cigdem.okten@ksbu.edu.tr
ORCID ID: 0000-0003-0704-0438

⁶Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Programı, Tekirdağ, Türkiye,
fdilek@nku.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-0245-0713

⁷Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı, Balıkesir, Türkiye
slnttz@hotmail.com

⁸Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye,
izzet2942@gmail.com
ORCID ID: 0009-0000-8402-711X

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17600150>



Copyright © 2025 by UBAK publishing house

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in any form or by

any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law. UBAK International Academy of Sciences Association Publishing House®

(The Licence Number of Pubicator: 2018/42945)

E mail: ubakyayinevi@gmail.com

www.ubakyayinevi.org

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

UBAK Publishing House – 2025©

ISBN: 978-625-5753-10-6

November / 2025

Ankara / Turkey

ÖNSÖZ

Sağlığın sürdürülmesi alandaki çalışmaların önemi ve gerekliliğine bağlı bir süreçtir. Kitabın içeriği onkoloji hemşireliğinde bütüncül ve hemşirelik bakım alanındaki güncel bilgiler içermektedir. Kitap yazım için hazırlanırken alanda kullanılabilecek bilgileri kapsamayı amaçlanmış, bu nedenle konular mümkün olduğu kadar ayrıntılardan arındırılarak yazılmıştır. Altı yazarın yer aldığı bu kitapta; hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliliğini etkileyen faktörler: Tanımlayıcı kesitsel çalışma, onkoloji hemşireliğinde semptom kontrolü, onkolojik acillerde hemşirelik yönetimi, onkoloji hemşireliği hasta eğitimi ve danışmanlık, pediatrik onkolojide hemşirelerin bütüncül bakımı ve rolleri, hipertansiyon ve hemşirelik bakımı çalışma başlıklı çalışmalar yer almaktadır.. Elinizdeki bu kitap, önemli bir konu alanına sahip olan onkoloji hemşireliğinde bütüncül ve hemşirelik bakım alanında yeni, güncel bilgilerin daha yararlı ve kolay işlenebilmesine katkı sağlamak amacı ile hazırlanmıştır. Bilimsel çalışmaları ile kitabımıza katkı sağlayan tüm akademisyenlere teşekkür ederiz.

14/11/2025

Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 5

İÇİNDEKİLER 7

BÖLÜM 1

HEMŞİRELERİN BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİLİĞİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TANIMLAYICI KESİTSEL ÇALIŞMA
.....(9-32)

Selen TEKİN

Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ

BÖLÜM 2

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE SEMPTOM KONTROLÜ...(33-49)

Çiğdem ÖKTEN

BÖLÜM 3

ONKOLOJİK ACİLLERDE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ.....(50-77)

Çiğdem ÖKTEN

BÖLÜM 4

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ HASTA EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK
.....(78-88)

Çiğdem ÖKTEN

BÖLÜM 5

PEDİATRİK ONKOLOJİDE HEMŞİRELERİN BÜTÜNCÜL
(HOLİSTİK) BAKIMI ve ROLLERİ.....(89-105)

Çiğdem Müge HAYLI

Mehmet Zeki AVCI

Dilek DEMİR KÖSEM

BÖLÜM 6

HİPERTANSİYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....(106-143)

İzzet Coşkun ÖZTÜRK

Filiz DİLEK

BÖLÜM 1

HEMŞİRELERİN BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TANIMLAYICI KESİTSEL ÇALIŞMA

Selen Tekin

Doç. Dr. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ

GİRİŞ

Hemşirelik, insanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarıyla bir bütün olarak ele alınmasını temel alan, bilim ve sanatın birleştiği bir meslek olarak gelişmiştir. Birey, aile ve topluma bütüncül hizmet sunan hemşirelik, sağlık teknolojilerindeki ilerlemeler ve hasta profillerindeki değişimlerle birlikte sürekli evrim geçirmiştir (Saldıroğlu, 2019). Kaliteli ve güvenli bakımın sağlanabilmesi, hemşirelerin yalnızca teknik beceriler değil, aynı zamanda etik duyarlılık ve profesyonel bakış açısını bütünleştirebildikleri bir yeterlilik düzeyine ulaşmalarını gerektirir (Fukada, 2018).

Bütüncül hemşirelik, Amerikan Bütüncül Hemşireler Birliği tarafından, bireyin tüm iyilik halini desteklemeyi hedefleyen kapsamlı bir bakım yaklaşımı olarak tanımlanmakta ve hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarını etik temelli bir anlayışla harmanlamalarını gerektirmektedir (American Holistic Nursing Association, 2015). Bu

bağlamda, hemşirelerin bütüncül yeterlilikleri yalnızca bireysel çabalarıyla değil; aynı zamanda klinik deneyimleri, iş ortamları, eğitim düzeyleri ve kurum kültürü gibi pek çok faktörün etkileşimiyle

9

Bu çalışma Latin American Scientific Research Congress- Latin American International Congress on Natural and Applied Sciences-IV- IKSAD Institute March 13-15, 2023 'te bildiri olarak sunulmuştur.

şekillenmektedir (Karahana ve Kav, 2018; Seo, Jang ve Kim, 2022). Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümler, hasta ve toplum beklentilerinin artmasına ve daha nitelikli bir hemşire iş gücüne duyulan ihtiyacın derinleşmesine yol açmıştır. Özellikle etik odaklı ve ekip temelli bütüncül bakım anlayışının benimsenmesi; hasta güvenliği, bakım kalitesi, ekip uyumu ve mesleki doyumu artıran önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır (Saldıroğlu, 2019; Fukada, 2018; Seo ve ark., 2022).

Bütüncül hemşirelik yeterliliğinin ölçülmesi ve bu yeterliliği etkileyen faktörlerin anlaşılması, kaliteli bakım sunumunun geliştirilmesine, iş ortamlarının iyileştirilmesine ve hemşirelerin mesleki gelişimlerinin desteklenmesine yönelik stratejiler geliştirilmesinde kritik bir öneme sahiptir. Literatürde hemşirelik yeterliliğini ölçmeye yönelik çeşitli ölçekler geliştirilmiş olsa da çoğu, spesifik uygulama alanlarına odaklanmakta; hemşirelik yeterliliğini kapsayıcı ve bütüncül olarak değerlendiren araştırmalar oldukça sınırlı kalmaktadır (Aydın, 2017; Pai, 2016). Ayrıca önceki çalışmalar çoğunlukla yalnızca yeterlilik düzeyinin ölçülmesiyle sınırlı kalmış, yeterlilik üzerinde etkili olan bireysel ve mesleki faktörlerin ayrıntılı biçimde incelenmesine yeterince yer vermemiştir.

Bu çalışma, hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterlilik düzeylerini belirlemekle kalmayıp, bu yeterlilik düzeylerini etkileyen faktörleri de kapsamlı bir şekilde inceleyerek, hemşirelerin mesleki gelişim süreçlerinin anlaşılmasına ve bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Çalışmanın bulgularının, hemşirelerin

bireysel ve mesleki özelliklerine uygun destekleyici stratejilerin geliştirilmesine ve literatürdeki boşluğun giderilmesine yardımcı olması beklenmektedir. Bu çalışma hemşirelerin bütüncül hemşirelik yetkinliğini belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Yapılan çalışmanın araştırma soruları şu şekildedir;

1. Hemşirelerin bütüncül hemşirelik yetkinliği düzeyleri nasıldır?
2. Hemşirelerin bütüncül hemşirelik yetkinliğini etkileyen değişkenler nelerdir?

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın tipi

Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışmada bir çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışma raporunu yazmak için STROBE yönergeleri kullanılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de görev yapan hemşireler oluşturmaktadır (n=198.103; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Çalışmanın örneklem büyüklüğü, G*Power (Versiyon 3.1.9.6) programı ile yapılan güç analizi sonucunda belirlenmiştir. Güven düzeyi %95, güç %80 ve etki büyüklüğü 0,25 olarak alınmış; bu doğrultuda en az 159 kişilik bir örneklem yeterli bulunmuştur.

Basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile çevrimiçi anket uygulanmış ve toplam 221 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmaya katılım için, aktif olarak hemşirelik yapıyor olmak ve bilgilendirilmiş onam vererek gönüllü

olarak katılmayı kabul etmek kriterleri aranmıştır. Stajyer hemşire olanlar ve hastane dışında görev yapan hemşireler ise çalışmaya dahil edilmemiştir. Kriterlere uygun 166 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir.

Veri toplama araçları

Veri toplamak amacıyla Tanıtıcı Bilgi Formu ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliği Ölçeği (BHYÖ) kullanılmıştır.

Tanıtıcı bilgi formu

Hemşirelerin bireysel özelliklerini (örneğin yaş, cinsiyet), mesleki özelliklerini (örneğin eğitim düzeyi, pozisyon) ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ve sevmeye durumlarını belirlemeye yönelik toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Bütüncül Hemşirelik Yeterliği Ölçeği

Bütüncül Hemşirelik Yeterliği Ölçeği (BHYÖ) ise Takase ve Teraoka (2011) tarafından geliştirilmiş, 36 maddelik ve 7’li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik–güvenilirlik çalışması Aydın ve Hiçdurmaz (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, hemşire olarak değil bir birey olarak olağan davranışları değerlendiren “Genel Yetenek” alt ölçeğinden oluşur ve yedi maddeden oluşan bu bölümde her madde “hiçbir zaman (1)”dan “her zaman (7)”e kadar derecelendirilir. İkinci bölüm ise hemşirelik yeterliliğini ölçmekte olup “Personel Eğitimi ve Yönetimi”, “Etik Odaklı Uygulama”, “Ekipte Hemşirelik Bakımı” ve “Mesleki (Profesyonel) Gelişim” olmak üzere beş alt ölçekten oluşur. Toplam 29 maddeden oluşan bu bölümde ise maddeler “hiç yeterli değil (1)”den “çok yeterli (7)”ye kadar puanlanır. Ölçekte ters puanlanan

madde veya kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten ve alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar, hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliliğinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Orijinal çalışmada BHYÖ'nün Cronbach α katsayısı 0,97 olarak, alt ölçeklerden Genel Yetenek (GY) için 0,87, Personel Eğitimi ve Yönetimi (PE) için 0,93, Etik Odaklı Uygulama (EOU) için 0,93, Ekipte Hemşirelik Bakımı (EHB) için 0,92 ve Mesleki Gelişim (MG) için 0,88 olarak raporlanmıştır (Takase ve Teraoke, 2011). Aydın'ın (2017) tez çalışmasında ise ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısı 0,97 olarak bulunmuş; alt ölçeklerin Cronbach α değerleri sırasıyla Genel Yetenek için 0,89, Personel Eğitimi ve Yönetimi için 0,94, Etik Odaklı Uygulama için 0,93, Ekipte Hemşirelik Bakımı için 0,94 ve Mesleki Gelişim için 0,92 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmada ise GY ($\alpha = 0,87$), PE ($\alpha = 0,92$), EOU ($\alpha = 0,94$), EHB ($\alpha = 0,94$) ve MG ($\alpha = 0,91$) alt boyutlarının yüksek düzeyde güvenirlik gösterdiği tespit edilmiştir. Ölçeğin tüm boyutlarını kapsayan toplam puan için hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı ise 0,97 olup, bu değer ölçeğin oldukça yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular çalışmada kullanılan ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilir ölçümler sağladığını ortaya koymaktadır.

Veri toplama yöntemi

Veriler, Ağustos 2022 ile Kasım 2022 tarihleri arasında web tabanlı çevrimiçi anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket bağlantısı, hemşirelerin bulunduğu sosyal mesajlaşma gruplarına gönderilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler tarafından

doldurulmuştur. Toplam 50 soru ve ifadeden oluşan anket, katılımcılar tarafından isimsiz olarak yanıtlanmış ve ortalama 10–15 dakika içerisinde tamamlanmıştır. Tüm veriler, ilk araştırmacının Google Cloud hesabında şifrelenerek güvenli bir şekilde saklanmıştır.

Verilerin analizi

Verilerin analizi, SPSS 24.0 programı kullanılarak %95 güven aralığında ve 0.05 anlamlılık düzeyi esas alınarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Verilerin dağılımının normalliği Kolmogorov-Smirnov testi, basıklık ve çarpıklık değerleri ile histogram grafiği incelenerek değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve bu nedenle parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek adına iki grup için Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Ayrıca bütüncül hemşirelik yeterlilik puanlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenini BHY ölçeği; bağımsız değişkenlerini ise yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan departman, çalışma süresi, hemşirelik süresi, çalışma pozisyonu, mevcut ünitelerdeki gönüllü çalışma durumu, bölümden memnuniyet, çalışma arkadaşlarından memnuniyet, haftalık çalışma saati, mesleği seçme, mesleği sevmeye oluşturmaktadır.

Araştırmanın etik yönü

Bu çalışmada, ölçeğin kullanımı için ilgili yazarda e-posta yoluyla izin alındıktan sonra ikinci araştırmacının bulunduğu üniversiteden etik onay alınmıştır (Tarih: 13.06.2022; No: 2022-73). Katılımcılara, çevrimiçi anket formunun ilk sayfasında araştırmanın amacı, kapsamı ve süreci hakkında bilgi verilmiş; katılımın gönüllülük esasına dayandığı, anketin yaklaşık tamamlanma süresi ve yanıtların anonim olarak değerlendirileceği belirtilmiştir. Aydınlatılmış Onam Formu'nu onaylayan katılımcılar ankete başlamış ve çalışmaya katılanlara herhangi bir ödeme yapılmamıştır. Her katılımcının anketi yalnızca bir kez doldurabilmesi için gerekli sistem ayarları yapılmıştır. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu İlkeleri'ne uygun olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tanımlayıcı istatistikler

Tablo 1'de katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Cinsiyetiniz	Kadın	153	92,2
	Erkek	13	7,8
Yaşınız	33 yaş ve altı	86	51,8
	34 yaş ve üzeri	80	48,2
Medeni Durumunuz	Evli	99	59,6
	Bekar	67	40,4
En Son Mezun Olduğunuz Okul	Sağlık Meslek Lisesi/Koleji ve Ön lisans	54	32,5
	Lisans	81	48,8
	Lisansüstü	31	18,7
	Dahili Birimler	40	24,1
Çalıştığınız Bölüm	Cerrahi Bilimler	43	25,9
	Diğer Birimler	83	50,0
Kurumdaki Çalışma Yılınız	0-6 yıl	84	50,6
	7 yıl ve üzeri	82	49,4
Hemşirelikte Çalışma Yılınız	0-13 yıl	84	50,6

	14 yıl ve üzeri	82	49,4
Birimdeki Çalışma Pozisyonunuz	Sorumlu Hemşire	20	12,0
	Hemşireler	146	88,0
Şu anki Biriminizde Çalışmayı	Evet	118	71,1
Kendi İsteğinizle Mi Seçtiniz	Kısmen	26	15,7
	Hayır	22	13,3
Biriminizde Çalışmaktan Memnun	Evet	127	76,5
Musunuz?	Kısmen	34	20,5
	Hayır	5	3,0
İş Arkadaşlarınızla Çalışmaktan	Evet	106	63,9
Memnun Musunuz?	Kısmen	57	34,3
	Hayır	3	1,8
Ortalama Haftalık Çalışma Saatiniz	40 saat ve altında	43	25,9
	41-50 saat	71	42,8
	51 saat ve üzeri	52	31,3
Hemşirelik Mesleğini Kendi	Evet	132	79,5
İsteğinizle Mi Seçtiniz	Hayır	34	20,5
Hemşirelik Mesleğini Seviyor	Evet	144	86,7
Musunuz?	Hayır	22	13,3

Tablo 1’de araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların %92,2’sinin kadın (n=153), %7,8’inin erkek (n=13) olduğu görülmüştür. Katılımcıların %51,8’i 33 yaş ve altı (n=86), %48,2’si ise 34 yaş ve üzerindedir (n=80). Medeni durumlarına göre hemşirelerin %59,6’sı evli (n=99), %40,4’ü bekârdır (n=67). Eğitim durumları incelendiğinde hemşirelerin %32,5’i Sağlık Meslek Lisesi/Koleji ve ön lisans mezunu (n=54), %48,8’i lisans mezunu (n=81) ve %18,7’si lisansüstü mezunudur (n=31). Çalıştıkları bölümler değerlendirildiğinde katılımcıların %24,1’i dahili birimlerde (n=40), %25,9’u cerrahi birimlerde (n=43) ve %50,0’si diğer birimlerde (n=83) görev yapmaktadır. Katılımcıların kurumda çalışma süresi incelendiğinde %50,6’sı 0–6 yıl (n=84), %49,4’ü ise 7 yıl ve üzeri (n=82) çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelik mesleğinde çalışma süresine göre dağılım ise benzer olup, %50,6’sı 0–13 yıl (n=84), %49,4’ü 14 yıl ve üzeri (n=82) deneyime sahiptir. Çalışma pozisyonu açısından hemşirelerin %12,0’si sorumlu hemşire (n=20), %88,0’i hemşire

(n=146) olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların mevcut birimlerini tercih durumları incelendiğinde %71,1'i kendi isteğiyle seçtiğini (n=118), %15,7'si kısmen seçtiğini (n=26), %13,3'ü ise kendi isteğiyle seçmediğini (n=22) ifade etmiştir. Birimde çalışmaktan memnuniyet durumları incelendiğinde hemşirelerin %76,5'i memnun (n=127), %20,5'i kısmen memnun (n=34) ve %3,0'ü memnun olmadığını (n=5) belirtmiştir. İş arkadaşlarıyla çalışmaktan memnuniyetleri değerlendirildiğinde katılımcıların %63,9'u memnun (n=106), %34,3'ü kısmen memnun (n=57) ve %1,8'i memnun olmadığını (n=3) ifade etmiştir. Haftalık çalışma saatlerine göre dağılımda hemşirelerin %25,9'u 40 saat ve altında (n=43), %42,8'i 41–50 saat (n=71), %31,3'ü ise 51 saat ve üzerinde (n=52) çalışmaktadır. Katılımcıların mesleği seçme durumlarına bakıldığında %79,5'i hemşirelik mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini (n=132), %20,5'i ise kendi isteğiyle seçmediğini (n=34) belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin %86,7'si mesleğini sevdiğini (n=144), %13,3'ü ise sevmediğini (n=22) ifade etmiştir.

Hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliği puanları

Tablo 2'de hemşirelerin BHYÖ'ye vermiş oldukları yanıtların ortalamaları verilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin BHYÖ'ye Vermiş Oldukları Yanıtların Ortalamaları

Ölçek ve alt ölçek	Genel Yetenek (GY)	Personel Eğitimi ve Yönetimi (PEY)	Etik Odaklı Uygulama (EOU)	Ekipte Hemşirelik Bakımı (EHB)	Mesleki (profesyonel) Gelişim (PG)	Ölçek Toplam Puan (STS)
Min-Max	12-49	21-63	29-63	24-49	10-28	144-252
Mean±SD	42,17±5,36	53,40±7,51	57,61±6,44	44,22±4,82	24,30±3,37	221,69±23,07

Tablo 2’deki hemşirelerin BHYÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde Genel Yetenek (GY) alt ölçeği puan ortalaması $42,17 \pm 5,36$ olup, puan aralığı 12–49 arasında değişmektedir. Personel Eğitimi ve Yönetimi (PEY) alt ölçeğinin ortalama puanı $53,40 \pm 7,51$ (Min–Max: 21–63), Etik Odaklı Uygulama (EOU) alt ölçeğinin ortalama puanı ise $57,61 \pm 6,44$ (Min–Max: 29–63) olarak bulunmuştur. Ekte Hemşirelik Bakımı (EHB) alt ölçeği puan ortalaması $44,22 \pm 4,82$ olup, değerler 24–49 arasında değişmektedir. Mesleki (Profesyonel) Gelişim (PG) alt ölçeği puan ortalaması $24,30 \pm 3,37$ (Min–Max: 10–28) olarak saptanmıştır. Hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması (STS) ise $221,69 \pm 23,07$ olup, toplam puanların 144–252 aralığında değiştiği görülmüştür.

Hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliği etkileyen faktörler

Tablo 3’te BHYÖ ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 3. BHYÖ Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Değişkenler	BHYÖ					
	GY Mean±SD	PEY Mean±SD	EOU Mean±SD	EHB Mean±SD	PG Mean±SD	STS Mean±SD
Yaş						
33 yaş ve ↓ (n=86, %51,8) ¹						
34 yaş ve ↑ (n=80, %48,2) ²						
Mean±SD =						
35,13±9,66						
Test value	U=2989,50	U=3181,00	U=3187,50	U=3288,50	U=2505,00	U=3057,00
p value	p=0,144	p=0,401	p=0,407	p=0,621	p=0,002 1<2	p=0,216
Cinsiyet						
Kadın (n=153, %92,2)	42,10±5,42	53,12±7,53	57,50±6,53	44,09±4,92	24,30±3,41	221,11±23,43
Erkek (n=13, %7,8)	43,08±4,65	56,69±6,65	58,85±5,30	45,69±3,35	24,23±2,95	228,54±17,67
Test value	U=922,50	U=721,50	U=900,50	U=847,50	U=932,50	U=852,00

p value	p=0,664	p=0,100	p=0,566	p=0,372	p=0,706	p=0,392
Medeni durum						
Evli (n=99, %59,6)¹	42,31±5,72	53,82±7,26	58,20±6,50	44,49±4,99	24,78±3,04	223,61±22,61
Bekar (n=67, %40,4)²	41,97±4,81	52,78±7,89	56,73±6,30	43,81±4,58	23,58±3,71	218,87±23,62
Test value	U=3080,50	U=3072,00	U=2733,00	U=2966,50	U=2683,50	U=2907,50
p value	p=0,436	p=0,420	p=0,051	p=0,245	p=0,035 2<1	p=0,178
Eğitim durumu						
Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans (n=54, %32,5)¹	43,04±4,40	54,98±6,19	59,04±4,91	45,28±4,12	24,30±3,03	226,63±19,85
Lisans (n=81, %48,8)²	41,44±5,91	51,72±8,28	56,33±7,74	43,49±5,30	24,06±3,36	217,05±25,19
Lisansüstü (n=31, %18,7)³	42,58±5,27	55,03±6,70	58,45±4,15	44,26±4,43	24,90±3,94	225,23±20,59
Test value	X ² =2,346	X ² =6,277	X ² =2,975	X ² =3,393	X ² =2,841	X ² =5,192
p value	p=0,309	p=0,043 2<1<3	p=0,226	p=0,183	p=0,242	p=0,075
Çalışılan Departman						
Dahili Birimler (n=40, %24,1)	41,98±4,97	53,17±7,50	56,80±5,62	44,15±3,95	24,57±3,30	220,68±21,35
Cerrahi Birimler (n=43, %25,9)	41,77±5,47	53,23±6,64	56,56±7,25	43,67±5,13	24,23±3,33	219,47±25,20
Diğer Birimler (n=83, %50,0)	42,48±5,52	53,59±8,01	58,54±6,31	44,53±5,07	24,19±3,45	223,34±22,87
Test value	X ² =0,657	X ² =0,325	X ² =4,929	X ² =1,395	X ² =0,358	X ² =0,862
p value	p=0,720	p=0,850	p=0,085	p=0,498	p=0,836	p=0,650
Çalışma süresi						
6 yıl ve ↓ (n=84, %50,6)¹	42,01±5,18	52,25±7,94	56,83±6,20	43,65±4,40	23,90±3,62	218,65±23,18
7 yıl ve ↑ (n=82, %49,4)²	42,34±5,56	54,57±6,89	58,40±6,62	44,79±5,19	24,70±3,06	224,80±22,68
Mean±SD =	7,9±7,3					
Test value	U=3262,50	U=2791,50	U=2790,00	U=2741,50	U=3011,50	U=2805,50
p value	p=0,557	p=0,035 1<2	p=0,032 1<2	p=0,022 1<2	p=0,157	p=0,039 1<2
Hemşirelik süresi						
0-13 yıl ve ↓ (n=84, %50,6)¹	42,06±4,65	52,63±7,66	57,40±6,09	44,01±4,60	23,52±3,59	219,63±22,80
14 yıl ve ↑ (n=82, %49,4)²	42,29±6,02	54,18±7,32	57,82±6,82	44,43±5,07	25,09±2,94	223,80±23,29
Mean±SD =	13,8±9,8					
Test value	U=3168,00	U=2973,00	U=3126,50	U=3127,00	U=2530,00	U=2973,00
p value	p=0,371	p=0,127	p=0,298	p=0,301	p=0,003 1<2	p=0,128
Çalışma pozisyonu						
Sorumlu Hemşire¹ (n=20, %12,0)	41,99±4,91	52,70±7,46	57,25±6,54	43,90±4,94	24,11±3,41	219,95±23,33
Hemşire (n=146, %88,0)²	43,50±7,95	58,50±5,82	60,25±5,05	46,50±3,15	25,65±2,72	234,40±16,57
Test value	U=1009,00	U=677,50	U=944,00	U=1037,00	U=1057,50	U=861,50
p value	p=0,025 1<2	p=0,000 1<2	p=0,009 1<2	p=0,034 1<2	p=0,043 1<2	p=0,003 1<2

Mevcut ünitelerdeki gönüllü çalışma durumu							
Evet (n=118, %71,1)	42,38±5,61	54,14±6,79	58,04±6,37	44,42±4,80	24,42±3,35	223,42±22,34	
Kısmen (n=26, %15,7)	41,23±4,50	52,04±7,71	56,35±6,26	43,04±5,65	23,92±3,45	216,58±24,35	
Hayır (n=22, %13,3)	42,18±4,97	51,00±10,21	56,77±7,06	44,50±3,84	24,05±3,48	218,50±25,20	
Test value	X ² =2,110	X ² =2,770	X ² =3,362	X ² =2,054	X ² =0,803	X ² =2,286	
p value	p=0,348	p=0,250	p=0,186	p=0,358	p=0,669	p=0,319	
Bölümden memnuniyet							
Evet (n=127, %76,5)¹	42,51±5,36	54,01±7,15	58,28±6,18	44,55±4,83	24,46±3,32	223,81±22,25	
Kısmen (n=34, %20,5)²	41,21±5,11	51,00±8,09	55,32±6,22	43,18±4,04	23,62±3,28	214,32±21,93	
Hayır (n=5, %3,0)³	40,20±6,87	54,20±10,85	56,00±11,29	42,80±8,64	24,80±5,22	218,00±42,07	
Test value	X ² =2,70	X ² =4,577	X ² =9,680	X ² =4,698	X ² =3,302	X ² =6,711	
p value	p=0,260	p=0,101	p=0,008 2<1, 3<1	p=0,095	p=0,192	p=0,035 2<1, 3<1	
Çalışma arkadaşlarından memnuniyet							
Evet (n=106, %63,9)¹	42,84±4,66	54,29±6,96	58,41±5,94	44,67±4,59	24,63±2,99	224,84±21,02	
Kısmen (n=57, %34,3)²	41,21±6,19	52,53±6,97	56,79±6,08	43,79±4,78	23,77±3,82	218,09±22,78	
Hayır (n=3, %1,8)³	37,00±8,19	38,33±18,61	45,00±15,59	36,33±8,02	22,33±6,03	179,00±50,59	
Test value	X ² =4,305	X ² =5,528	X ² =5,41	X ² =4,756	X ² =1,842	X ² =6,068	
p value	p=0,116	p=0,063	p=0,067	p=0,093	p=0,398	p=0,048 2<1, 3<1	
Haftalık çalışma saati							
40 saat ve ↓ (n=43, %25,9)	43,23±4,99	53,19±8,02	58,00±7,49	44,88±4,81	24,81±3,13	224,12±24,98	
41-50 saat arası (n=71, %42,8)	41,37±6,33	53,58±7,69	57,13±6,73	43,46±5,42	24,27±3,72	219,80±24,78	
51 saat ve ↑ (n=52, %31,3)	42,40±3,92	53,33±6,95	57,94±5,03	44,69±3,81	23,90±3,04	222,27±18,84	
Test value	X ² =3,006	X ² =0,338	X ² =3,314	X ² =2,301	X ² =2,845	X ² =1,549	
p value	p=0,222	p=0,845	p=0,191	p=0,317	p=0,241	p=0,461	
Mesleği seçme							
Evet (n=132, %79,5)	42,26±5,46	53,48±7,69	57,61±6,63	44,25±5,02	24,17±3,46	221,77±23,76	
Hayır (n=34, %20,5)	41,85±5,02	53,06±6,89	57,62±5,75	44,09±4,06	24,76±2,97	221,38±20,48	
Test value	U=2106,00	U=2103,50	U=2154,50	U=2069,50	U=2057,50	U=2166,50	
p value	p=0,580	p=0,573	p=0,716	p=0,481	p=0,449	p=0,756	
Mesleği sevme							
Evet (n=144, %86,7)¹	42,26±5,33	53,72±7,25	58,12±6,03	44,51±4,42	24,47±3,28	223,09±21,70	
Hayır (n=22, %13,3)²	41,64±5,61	51,27±8,93	54,23±8,06	42,27±6,73	23,14±3,78	212,55±29,55	
Test value	U=1502,00	U=1366,00	U=1053,00	U=1263,50	U=1245,50	U=1292,00	
p value	p=0,695	p=0,298	p=0,010 2<1	p=0,123	p=0,102	p=0,164	

Tablo 3’de yaş değişkenine göre yapılan karşılaştırmada Mesleki Gelişim alt ölçeğinde 34 yaş ve üzerindeki hemşirelerin puanları 33 yaş

20

Bu çalışma Latin American Scientific Research Congress- Latin American International Congress on Natural and Applied Sciences-IV- IKSAD Institute March 13-15, 2023’te bildiri olarak sunulmuştur.

ve altındakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Cinsiyet değişkeni açısından yapılan incelemede kadın ve erkek hemşireler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Medeni durum değişkeni değerlendirildiğinde evli hemşirelerin Mesleki Gelişim puan ortalaması bekâr hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,035$). Eğitim durumuna göre gruplar arasında Personel Eğitimi ve Yönetimi alt ölçeği puanlarında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,043$). Bu bulguya göre lisans mezunlarının puan ortalamaları sağlık meslek lisesi/ön lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur ($2<1<3$). Çalışma süresi açısından değerlendirildiğinde 7 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin Personel Eğitimi ve Yönetimi ($p=0,035$), Etik Odaklı Uygulama ($p=0,032$), Ekipte Hemşirelik Bakımı ($p=0,022$) ve Ölçek Toplam puanları ($p=0,039$), 6 yıl ve altında çalışanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hemşirelikte çalışma süresine göre ise 14 yıl ve üzeri deneyime sahip olan hemşirelerin Mesleki Gelişim puanlarının 13 yıl ve altı deneyimi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). Çalışma pozisyonu değişkeni incelendiğinde tüm alt ölçeklerde ve toplam puanda hemşirelerin puanları sorumlu hemşirelerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (GY: $p=0,025$; PEY: $p<0,001$; EOU: $p=0,009$; EHB: $p=0,034$; PG: $p=0,043$; STS: $p=0,003$). Bölümden memnuniyet durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda Etik Odaklı Uygulama ($p=0,008$) ve Ölçek Toplam puanlarında ($p=0,035$) anlamlı farklılık saptanmıştır. Buna göre bölümünden kısmen veya hiç memnun olmayan hemşirelerin puanları,

memnun olanlara göre daha düşük bulunmuştur. İş arkadaşlarından memnuniyet durumuna bakıldığında ise Ölçek Toplam puanında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,048$). Bu farklılık iş arkadaşlarından memnun olmayan hemşirelerin puanlarının daha düşük olmasından kaynaklanabilmektedir. Mesleği sevme değişkenine göre mesleğini sevdiğini belirten hemşirelerin Etik Odaklı Uygulama puanları sevmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,010$). Bunun dışında cinsiyet, departman, mevcut üniteyi isteyerek seçme, haftalık çalışma saati ve mesleği seçme değişkenleri açısından BHYÖ ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Taşkiran ve Türk (2023) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinde etik tutum ile bütüncül yeterlik ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda meslekte 1 yıldan az deneyimi olanların hemşirelik yeterliği puanlarının anlamlı düşük olduğu ve bazı birimlerde yeterlik puanlarının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Yu, Kim ve Kim (2023) çalışmasında görev performansı yeterliğinin hemşirelerin bütüncül yeterlikleri üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda hemşirelerin bütüncül yeterliklerinin yaş, eğitim ve medeni duruma göre farklılaştığı ortaya konulmuştur. Girma ve ark. (2025) çalışmasında hemşirelerin bütüncül yeterliklerinde etkili olan faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda kadınların daha yüksek olduğu, iş doyumunun artmasıyla yeterlik düzeylerinin arttığı ve profesyonel gelişim ile yaş arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca bekar olan bireylerin genel yeterlik ve ekipte

bakım alt boyutlarında daha yüksek skorlar aldığı da bildirilmiştir. Erdat, Özdemir, Tanyer ve Duygulu (2024) çalışmasında hemşirelerin bakım süreçlerinde bütüncül yeterliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda cinsiyet, vardiya ve birim değişkenleri ile hemşirelerin bütüncül yeterlik algıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Kerkez ve Öztürk (2025) çalışmasında hemşirelerde bütüncül hemşirelik yeterliğinin bakım verici rol tutumu üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda cinsiyetin, çalışma yılının, çalışma biçiminin hemşirelerin tutum puanlarıyla anlamlı bir ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur. Bu kapsamda yapılan çalışma ile literatürdeki çeşitli çalışmaların benzer sonuçlara ulaştığı söylenebilmektedir^{12,13,16}. Buna karşın literatürdeki çeşitli çalışmalarla farklı sonuçlara ulaşıldığı da söylenebilmektedir (Girma ve ark., 2025). Bu farklılığın kültürel ve bağlamsal etmenlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Tablo 4’de değişkenlere ilişkin çoklu regresyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 4. Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	Tolerance	VIF
GY							
Sabit	40,49	1,49	–	27,20	<0,001	–	–
Çalışma pozisyonu	1,51	1,28	0,09	1,18	0,239	1,00	1,00
Model: R ² =0,008, Adj.R ² =0,002, F(1,164)=1,39, p=0,239							
PE							
Sabit	45,64	3,01	–	15,15	<0,001	–	–
Eğitim durumu	-0,10	0,82	0,01	-0,12	0,902	0,97	1,03
Çalışma süresi	1,40	1,19	0,09	1,17	0,242	0,90	1,11
Çalışma pozisyonu	4,48	1,82	0,20	2,46	0,014	0,87	1,15
Model: R ² =0,072, Adj.R ² =0,055, F(3,162)=4,20, p=0,007							
EOU							
Sabit	55,97	1,83	–	30,63	<0,001	–	–
Çalışma süresi	1,57	0,73	0,14	2,17	0,032	0,92	1,09
Çalışma pozisyonu	3,00	1,14	0,19	2,64	0,009	0,91	1,10

Bölümden memnuniyet	-2,96	1,11	-	-2,66	0,008	0,90	1,11
Mesleği sevmeye	-3,89	1,47	-	-2,64	0,010	0,87	1,15
Model: R ² =0,073, Adj.R ² =0,050, F(4,161)=3,16, p=0,016							
EHB							
Sabit	42,22	1,20	-	35,16	<0,001	-	-
Çalışma süresi	2,07	0,89	0,16	2,30	0,022	0,91	1,10
Çalışma pozisyonu	2,60	1,21	0,14	2,14	0,034	0,92	1,09
Model: R ² =0,046, Adj.R ² =0,034, F(2,163)=3,95, p=0,021							
MG							
Sabit	22,36	1,41	-	15,89	<0,001	-	-
Yaş	0,05	0,02	0,24	3,08	0,002	0,85	1,18
Medeni durum	-1,20	0,56	-	-2,13	0,035	0,93	1,08
Hemşirelik süresi	0,07	0,02	0,21	2,98	0,003	0,84	1,19
Çalışma pozisyonu	1,55	0,75	0,15	2,02	0,043	0,88	1,14
Model: R ² =0,112, Adj.R ² =0,092, F(4,161)=5,10, p=0,001							
ÖLÇEK							
Sabit	210,4	4,87	-	43,20	<0,001	-	-
Çalışma süresi	6,15	2,96	0,16	2,08	0,039	0,91	1,10
Çalışma pozisyonu	12,95	4,26	0,19	3,04	0,003	0,90	1,11
Bölümden memnuniyet	-9,49	4,46	-	-2,13	0,035	0,88	1,13
İş arkadaşları memnuniyeti	-6,75	3,39	-	-1,99	0,048	0,89	1,12
Model: R ² =0,098, Adj.R ² =0,076, F(4,161)=4,38, p=0,002							

Tablo 4’de görüldüğü gibi Genel Yetenek (GY) için yapılan regresyon analizinde model anlamlı bulunmamıştır (F(1,164)=1,39, p=0,239). Çalışma pozisyonunun Genel Yetenek üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Personel Eğitimi ve Yönetimi (PEY) alt ölçeğinde model anlamlıdır (F(3,162)=4,20, p=0,007, R²=0,072). Çalışma pozisyonu değişkeni anlamlı yordayıcıdır (B=4,48, β =0,20, p=0,014). Eğitim durumu ve çalışma süresi ise anlamlı katkı göstermemiştir. Etik Odaklı Uygulama (EOU) alt ölçeğinde model anlamlıdır (F(4,161)=3,16, p=0,016, R²=0,073). Çalışma süresi (B=1,57, β =0,14, p=0,032), çalışma pozisyonu (B=3,00, β =0,19, p=0,009), bölümden memnuniyet (B=-2,96, β =-0,18, p=0,008) ve mesleği sevmeye (B=-3,89, β =-0,21, p=0,010) değişkenleri anlamlı yordayıcılar olarak bulunmuştur. Ekipte Hemşirelik Bakımı (EHB) alt

ölçeği için model anlamlıdır ($F(2,163)=3,95$, $p=0,021$, $R^2=0,046$). Çalışma süresi ($B=2,07$, $\beta=0,16$, $p=0,022$) ve çalışma pozisyonu ($B=2,60$, $\beta=0,14$, $p=0,034$) değişkenleri anlamlı yordayıcıdır. Mesleki (Profesyonel) Gelişim (MG) alt ölçeğinde model anlamlı bulunmuştur ($F(4,161)=5,10$, $p=0,001$, $R^2=0,112$). Yaş ($B=0,05$, $\beta=0,24$, $p=0,002$), medeni durum ($B=-1,20$, $\beta=-0,16$, $p=0,035$), hemşirelik süresi ($B=0,07$, $\beta=0,21$, $p=0,003$) ve çalışma pozisyonu ($B=1,55$, $\beta=0,15$, $p=0,043$) anlamlı yordayıcılar olarak belirlenmiştir. Ölçek Toplam Puanı (STS) için kurulan model de anlamlıdır ($F(4,161)=4,38$, $p=0,002$, $R^2=0,098$). Çalışma süresi ($B=6,15$, $\beta=0,16$, $p=0,039$), çalışma pozisyonu ($B=12,95$, $\beta=0,19$, $p=0,003$), bölümden memnuniyet ($B=-9,49$, $\beta=-0,15$, $p=0,035$) ve iş arkadaşlarından memnuniyet ($B=-6,75$, $\beta=-0,14$, $p=0,048$) ölçek toplam puanının anlamlı yordayıcılarıdır. Saiga, Yamamoto, Okuda ve Fukada (2024) çalışmasında farklı deneyim gruplarındaki (1–10 yıl) hemşirelerin çalışma ortamının klinik yeterlilikleri üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda deneyim arttıkça hemşirelik bakımı planlama, bakım değerlendirmesi, klinik yargılama ve bakım koordinasyonu yeterliklerinde artış olduğu ortaya konulmuştur. Wen ve ark. (2024) çalışmasında hemşirelerin demografik özelliklerine göre liderlik tarzı ve klinik yeterliliğin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda çalışma süresinin hemşirelik yeterliliği üzerinde anlamlı ve güçlü pozitif etkiye sahip olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca çalışmada medeni durumun etkisinin düşük olduğu da bildirilmiştir. Kardaş ve Dinçer (2025) çalışmasında hemşirelerin kariyer sürecinde algıladıkları

yeterlilik düzeyleri ile bu yeterlikleri uygulama sıklıkları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda öz algılanan yeterliğin deneyimle arttığı ortaya konulmuştur. Farokhzadian, Sabzi ve Farmitani (2025) çalışmasında hemşirelerin dini/ruhsal ihtiyaçlarının klinik uygulamalarına entegre etme yeterliklerini ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda uzun çalışma geçmişi, yüksek manevi bakım yeterliğinin güçlü bir belirleyici olduğu ve hastane türünün de önemli etkenlerden biri olduğu ortaya konulmuştur. Bu kapsamda yapılan çalışma ile literatürdeki çeşitli çalışmaların benzer sonuçlara ulaştığı söylenebilmektedir¹⁷⁻²⁰. Buna karşın Wen ve ark. (2024) çalışmasında medeni durumun etkisinin düşük olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda ortaya çıkan farklılığın; kültürel bağlam, örneklem büyüklüğü, hemşirelerin aile-iş dengesi koşulları ve toplumsal rollerdeki çeşitlilikten kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bütüncül hemşirelik yeterliği hemşirelerin yalnızca teknik bilgi ve becerilerinden değil etik değerlerden, ekip içi iş birliğinden, profesyonel gelişim motivasyonundan ve bakımın insani yönünü gözetebilme becerisinden beslenen kapsamlı bir yapıdır. Bu yeterlik hemşirelik bakımının kalitesini, hasta güvenliğini ve çalışanların mesleki doyumunu doğrudan etkileyen kritik bir göstergedir. Bu çalışmada hemşirelerin bütüncül hemşirelik yetkinliğini belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada 34 yaş ve

üzerindeki hemşirelerin ve uzun yıllar meslekte görev yapanların mesleki gelişim puanlarının daha yüksek olduğu; evli hemşirelerin bekârlara göre mesleki gelişim açısından daha avantajlı olduğu; sorumlu hemşire pozisyonunda çalışanların genel yetenek, personel eğitimi ve yönetimi, etik odaklı uygulama, ekipte hemşirelik bakımı, mesleki/profesyonel gelişim ve toplam ölçek de daha düşük puan aldığı; bölümünden ve iş arkadaşlarından memnun olmayan hemşirelerin ölçek toplam puanlarının anlamlı biçimde daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca mesleğini seven hemşirelerin etik odaklı uygulama puanlarının daha yüksek olması, mesleki motivasyonun yeterli boyutlarına olumlu yansıdığını göstermektedir.

Elde edilen sonuçlar ışığında kurumların hemşirelerin bütüncül yeterliklerini geliştirmeye yönelik stratejiler planlaması önem taşımaktadır. Çalışma süresi ve deneyimin olumlu etkisi, meslekte kalıcılığın desteklenmesi ve çalışanların meslekten erken ayrılmalarının önlenmesi için uygun politikaların geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Pozisyon farklılıklarının yeterli üzerinde yarattığı etkiler, yönetici konumundaki hemşirelerin de sürekli eğitim ve gelişim programlarıyla desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca memnuniyet değişkenlerinin olumsuz yordayıcı olması çalışma ortamının niteliği, ekip içi ilişkiler ve kurumsal iklimin yeterli gelişiminde belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kurumların iş doyumunu artıracak, ekip içi iletişimi güçlendirecek ve mesleki motivasyonu destekleyecek politikalar geliştirmesi önerilmektedir.

Gelecekte yapılacak araştırmaların farklı b6lgeler ve sağlık kurumlarında daha geniş 6rneklemelerle y6r6t6lmesi, nicel bulguların yanı sıra nitel verilerle de desteklenmesi, b6ylece hemşirelerin b6t6nc6l yeterliklerini etkileyen bağlamsal fakt6rlerin daha derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. 6zellikle iş doyumu, 6rg6tsel bağlılık ve t6kenmişlik gibi değişkenlerin BHY6 ile ilişkilerinin incelenmesi, bu yeterliklerin geliştirilmesine y6nelik kapsamlı politikaların belirlenmesinde yol g6sterici olacaktır.

KAYNAKÇA

- American Holistic Nursing Association (2015). *What is holistic nursing?*. 24 Mart 2025 tarihinde <https://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing> adresinden erişildi.
- Aydın, A. (2017). *Hemşirelerin bütüncül hemşirelik yeterliklerinin ve bütüncül hemşireliğe ilişkin bakış açılarının incelenmesi*. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aydın, A. ve Hiçdurmaz, D. (2019). Holistic nursing competence scale: Turkish translation and psychometric testing. *International Nursing Review*, 66, 425-433.
- Bakır, N. ve Demir, C. (2020). Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve bütüncül hemşirelik yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5, 109-117.
- Erdar, Y., Özdemir, E., Tanyer, D. ve Duygulu, S. (2024). The holistic nursing competence and transition shock of newly graduated nurses as the determinants of missed nursing care: The mediation analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(9), 3576-3585.
- Farokhzadian, J., Sabzi, A. ve Farmitani, Z. (2025). A comparative study of nurses' competencies in integrating religion/spirituality into patient care. *BMC Health Services Research*, 25(1), 4-47.
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: Definition, structure and development". *Yonago Acta Medica*, 61, 1-7.

- Girma, M., Wuhib, M., Mekonnen, L., Tadesse, B., Seid, F., Ayenew, B. ve Anbesaw, T. (2025). Holistic nursing care competence and associated factors among nurses working in government hospitals of south wollo zone, Northeast Ethiopia, 2022. *BMC Nursing*, 24(1), 176-208.
- Karahan, A. ve Kav, S. (2018). Hemşirelikte mesleki yetkinlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5, 160-168.
- Kardaş, Ç. ve Dinçer, N. (2025). A latent variable of holistic nursing competence and turnover intention: Job satisfaction. *Journal of Holistic Nursing*, 43(3), 220-231.
- Kerkez, M. ve Öztürk, M. H. (2025). The effect of nurses' holistic competence in chronic disease management on their attitudes toward caregiver roles. *Journal of Holistic Nursing*, 43(2), 112-120.
- Pai, C. (2016). An integrated model for the effects of self-reflection and clinical experiential learning on clinical nursing performance in nursing students: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, 45, 156-162.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). *Sağlık istatistiği yılı 2021*. 24 Mart 2025 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR-95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html> adresinden erişildi.
- Saiga, M., Yamamoto, Y., Okuda, R. ve Fukada, M. (2024). Relationship between clinical nursing competence and work environment by career stage for nurses with 1–10 years of clinical experience. *Yonago Acta Medica*, 67(1), 9-21.

- Saldıroğlu, E. (2019). *Hemşirelik yeterliliğini holistik değerlendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği*. Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Seo, K., Jang, T. ve Kim, T. (2022). Validity and reliability of the Korean version of the holistic nursing competence scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-12.
- Takase, M. ve Teraoka, S. (2011). Development of the holistic nursing competence. *Nursing and Health Sciences*, 13, 396-403.
- Taşkıran, N. ve Turk, G. (2023). The relationship between the ethical attitudes and holistic competence levels of intensive care nurses: A cross-sectional study. *Plos one*, 18(7), 1-14.
- Wen, L. N., Fan, N. I., Fen, H. S., Luan, T. S. ve Hsin, T. (2024). Effects of length of employment and head nurse leadership style on the clinical competency of staff nurses in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 32(3), 3-31.
- Yu, J., Kim, T. ve Kim, H. (2023). Mediating effect of humanism on the relationship between task performance competence and holistic nursing competence for clinical nurses. *Healthcare*, 11(13), 19-53.

BÖLÜM 2

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE SEMPTOM KONTROLÜ

Doç. Dr. Çiğdem ÖKTEN

GİRİŞ

Kanser tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu haline gelmiş ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada önde gelen ölüm nedeni olmuştur. Kanser, dokudaki hücrelerin kontrolsüz bölünüp çoğalması ile karakterize bir hastalık grubudur. (Afifi, 2020; Kıssal ve Kartal, 2019; NCCN, 2024; Sarker vd., 2022).

Kanser, yalnızca bir hücre çoğalması bozukluğu değil, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel bütünlüğünü etkileyen karmaşık bir sağlık sorunudur. Kanser tanısı, bireyde bedensel değişikliklerin yanı sıra yaşam biçimi, rol ve ilişkilerinde de önemli dönüşümlere neden olur. Hastalığın kendisi ve uygulanan tedavi yöntemleri (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, hedefe yönelik tedaviler) sonucunda çok çeşitli semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar, hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve psikososyal uyumunu doğrudan etkileyen faktörlerdir (Ferrell ve Coyle, 2018; NCCN, 2024).

Onkoloji hemşireliği, bu süreçte semptomların erken tanılanması, nedenlerinin belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin planlanması ve etkilerinin izlenmesinde kritik bir role sahiptir. Semptom kontrolü yalnızca belirtilerin azaltılması değil, aynı zamanda

bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin bir bütün olarak ele alınması anlamına gelir (Paice, 2022; Tarakçı ve Çelik, 2016). Hemşireler, kanserli bireyin semptom yükünü azaltarak yaşam kalitesini yükseltmeyi, işlevselliğini sürdürmeyi ve hastanın kendi bakımına katılımını artırmayı amaçlamalıdır (Miaskowski vd., 2017; Tarakçı ve Çelik, 2016).

Kanserli hastalarda semptomlar genellikle çoklu (multisemptomatik) biçimde ortaya çıkar. Bir semptom diğerini tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir; örneğin ağrı uyku bozukluğuna, uyku bozukluğu da yorgunluğa neden olabilir. En sık görülen fiziksel semptomlar arasında ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, kabızlık, ishal, ağız yaraları, mukozit, ağız kuruluğu, dispne, cilt problemleri, nöropati, uyku bozuklukları, ateş, enfeksiyon, anemi ve ödem sayılabilir (Kwekkeboom vd., 2020; McCaffery ve Pasero, 2019). Bu bölümde en sık karşılaşılan semptomlardan bahsedilecektir.

Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetiminin Kavramsal Temelleri

Semptom, birey tarafından algılanan ve normal sağlıktan sapmayı gösteren subjektif bir deneyimdir (Dodd vd., 2001). Kanserli bireylerde semptomlar genellikle birden fazla birlikte ortaya çıkar ve birbirini etkiler. Bu duruma “semptom kümesi (symptom cluster)” denir (Miaskowski vd., 2017). Örneğin ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluğu sıklıkla bir arada görülür ve birbirini şiddetlendirir.

Etkin semptom yönetimi için hemşirelik bakım sürecinin tüm basamakları kullanılır:

Tanımlama: Semptomun tipi, şiddeti, süresi ve tetikleyici faktörleri belirlenir.

Planlama: Bireye özgü hedefler belirlenir; farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimler planlanır.

Uygulama: İlaç uygulamaları, eğitim, danışmanlık ve destekleyici bakım sağlanır.

Değerlendirme: Semptomun kontrol düzeyi ve hastanın yanıtı düzenli aralıklarla izlenir.

Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi

Ağrı

Ağrı, kanserli bireylerde en sık görülen ve yaşam kalitesini en fazla etkileyen semptomlardan biridir. Ağrı hem tümörün doğrudan etkisine hem de cerrahi, radyoterapi veya kemoterapi gibi tedavi yöntemlerine bağlı gelişebilir. Hemşire, ağrıyı sistematik biçimde değerlendirmeli; yeri, tipi, şiddeti, süresi ve etkileyen faktörleri belirlemelidir. Görsel analog skala (VAS) veya sayısal derecelendirme ölçeği gibi araçlar kullanılabilir (WHO, 2019). Ağrı yönetiminde farmakolojik yaklaşımlar (opioide, non-opioide analjezikler, adjuvanlar) yanında nonfarmakolojik yöntemler (gevşeme teknikleri, masaj, dikkat dağıtma, sıcak-soğuk uygulama) da önemlidir (Paice, 2022; Van den Beuken-van Everdingen vd., 2016).

Ağrı yönetiminde DSÖ ağrı basamak modeli temel alınır:

1. Basamak: Non-opioide analjezikler (parasetamol, NSAİİ),
2. Basamak: Zayıf opioide (kodein, tramadol),
3. Basamak: Güçlü opioide (morfin, fentanil, oksikodon).

Farmakolojik tedaviye ek olarak gevşeme egzersizleri, m z k terapisi, dikkat dağıtma, sıcak-soğuk uygulama gibi nonfarmakolojik yöntemler de etkili olabilir (Paice, 2022).

Yorgunluk-Halsizlik

Yorgunluk, kanser hastalarında en sık bildirilen semptomlardan biridir ve hastaların %70–100’ünde tedavi sürecinin bir aŗamasında ortaya çıkar (Berger vd., 2015). Kansere bağlı geliŗen yorgunluk semptomu, sağlıklı bireylerde olduğu gibi dinlenme ve uyku ile ortadan kalkmaz. Tedaviye ya da hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk fizyolojik bir yanıttır ve pek çok faktörden etkilenmektedir ( elik, 2016). Etiyolojisinde anemi, beslenme bozukluğu, ağrı, uyku bozukluğu, depresyon, kemoterapötik ilaçların ( rneğin cisplatin, paclitaxel) mitokondriyal hasar oluŗturması, radyoterapiye bağlı doku yıkımı ve inflamasyon, hormon tedavilerinin metabolik etkileri, uzun süreli immünsupresyon ve inflamatuvar süreçler rol oynar (Berger vd., 2015). Hemŗirelik giriŗimlerinde enerji koruma tekniklerinin öğretilmesi, aktivite ve dinlenme dengesinin sağlanması, yeterli beslenme ve sıvı alımı, fiziksel aktivitenin (y r y ŗ, hafif egzersizler) teŗviki ve psikososyal destek ön plandadır (Mustian vd., 2017).

Bulantı-Kusma

Bulantı ve kusma, kanser tedavisi gören bireylerde en sık karŗılaŗılan ve yaŗam kalitesini ciddi biçimde bozan semptomlardan biridir. Bu durum yalnızca fiziksel rahatsızlık yaratmakla kalmaz, aynı zamanda hastanın beslenme durumunu, ilaç uyumunu ve psikolojik iyilik halini de olumsuz etkiler. Uygun yönetilmediğinde tedaviyi erteleme, dozu azaltma veya tamamen bırakma gibi sonuçlara yol

açabilir. Bu nedenle onkoloji hemşireleri için bulantı ve kusmanın etkili kontrolü, semptom yönetiminin en önemli alanlarından biridir. Bulantı ve kusma, özellikle kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda sık görülür. Antiemetik tedavi (5-HT3 antagonistleri, NK1 antagonistleri) yanında beslenmede küçük ve sık öğünler, kokusuz ve hafif yiyecekler, ortam havalandırması ve anksiyetenin azaltılması hemşirelik bakımında önemlidir (Harris vd., 2020).

Kanser tedavisine bağlı bulantı ve kusma, ortaya çıkış zamanına ve nedenine göre sınıflandırılır:

Akut bulantı ve kusma: Kemoterapiden sonraki ilk 24 saat içinde ortaya çıkar. Serotonin aracılıdır.

Gecikmiş bulantı ve kusma: Kemoterapiden 24 saat sonra başlar ve 3–5 gün sürebilir. Genellikle cisplatin gibi yüksek emetojenik ajanlarla ilişkilidir.

Beklentisel (anticipe) bulantı ve kusma: Önceki tedavi deneyimleri sonucu öğrenilmiş bir yanıt olarak, tedavi öncesinde gelişir. Psikolojik kökenlidir.

Kırılma (breakthrough) bulantı ve kusma: Profilaktik tedaviye rağmen ortaya çıkar. Ek antiemetik tedavi gerektirir.

Refrakter bulantı ve kusma: Tüm antiemetik tedavilere rağmen kontrol altına alınamayan tablodur (Hesketh vd., 2020).

İştahsızlık ve Kaşeksi

Kanser hastalarında iştahsızlık ve kaşeksi, sık görülen ve yaşam kalitesini ciddi biçimde etkileyen semptomlardır. Bu durumlar yalnızca beslenme yetersizliğine yol açmakla kalmaz, aynı zamanda tedaviye uyumu, fonksiyonel kapasiteyi ve hastalığın prognozunu da etkiler.

İştahsızlık, yeme isteğinin azalması veya kaybolması olarak tanımlanırken, kaşeksi kronik ve ilerleyici kas kaybı ile karakterizedir. Kaşeksi yalnızca yetersiz beslenmeye bağlı değildir; inflamatuvar sitokinler, metabolik değişiklikler ve hormonal dengesizlikler sürece katkıda bulunur. Özellikle TNF- α , IL-1 ve IL-6 gibi proinflamatuvar sitokinler iştahı azaltır ve protein yıkımını artırır. Kanser hücrelerinin yüksek enerji gereksinimi metabolizmayı bozarken, leptin ve ghrelin gibi hormonlardaki değişiklikler de iştah kaybına yol açar (Arends vd., 2017; Fearon vd., 2011; Argiles vd., 2014; Muscaritoli vd., 2017).

İştahsızlık ve kaşeksi, özellikle ileri evre kanserlerde yaygındır. İleri evre gastrointestinal, pankreas ve akciğer kanserlerinde %50–80 oranında görülür ve mortaliteyi artırır. Hastalarda küçük porsiyonlar, belirli yiyeceklerden kaçınma, tat ve koku değişiklikleri, sık bulantı veya erken doyma hissi gibi bulgular gözlenir. Kaşeksi ise kilo kaybı, kas kitlesinde azalma, güçsüzlük ve aktivite intoleransı ile kendini gösterir. Bu semptomlar, hastanın fiziksel fonksiyonunu ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkiler (Arends vd., 2017; Fearon vd., 2011; Argiles vd., 2014; Muscaritoli vd., 2017).

Hemşireler, iştahsızlık ve kaşeksiyi değerlendirmek için düzenli olarak hastanın kilo, vücut kitle indeksi, kas kitlesi ve oral alımını izlemelidir. Laboratuvar değerleri, albümin, prealbümin ve CRP gibi parametreler de beslenme durumunu izlemek için yardımcıdır (Arends vd., 2017; Fearon vd., 2011; Argiles vd., 2014; Muscaritoli vd., 2017).

Tedavi ve yönetim açısından hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yaklaşımlar bir arada uygulanır. Farmakolojik olarak megestrol asetat ve kortikosteroidler kısa süreli iştah artırıcı ajanlar

olarak kullanılabilir. Cannabinoidler bazı hastalarda iştahı artırırken, anabolik ajanlar kas kütlesini korumaya yardımcı olabilir. Nonfarmakolojik yaklaşımlarda beslenme desteği, küçük ve sık öğünler, enerji ve protein açısından zengin gıdalar, tat ve dokuyu dikkate alan bireyselleştirilmiş diyet planlaması önemlidir. Enteral veya parenteral beslenme gerekiyorsa diyetisyenle iş birliği yapılmalıdır. Psikososyal destek, yemek sırasında pozitif ortam sağlamak, anksiyete ve depresyon yönetimi, aile eğitimi ve sosyal destek de semptom yönetiminde kritik öneme sahiptir. Hafif egzersizler, kas kaybını yavaşlatmak ve fonksiyonel kapasiteyi korumak için önerilir (Arends vd., 2017; Fearon vd., 2011; Argiles vd., 2014; Muscaritoli vd., 2017).

Hemşirelik bakımında iştahsızlık ve kaşeksi ile ilgili önemli hemşirelik tanıları arasında yetersiz beslenme, aktivite intoleransı, güçsüzlük, sosyal izolasyon riski ve yaşam kalitesinde azalma sayılabilir. Hemşireler, kilo, vücut kitle indeksi ve kas kitlesi izlemeli, gastrointestinal semptomları kaydetmeli, beslenme desteği sağlamalı, farmakolojik ajanların uygulanmasını ve yan etkilerini izlemeli, psikososyal destek sunmalı ve hasta ile aileye eğitim vermelidir (Arends vd., 2017; Fearon vd., 2011; Argiles vd., 2014; Muscaritoli vd., 2017).

Konstipasyon

Konstipasyon, özellikle opioid kullanımı, az sıvı alımı ve hareketsizlik nedeniyle gelişebilir. Lifli besinlerin artırılması, sıvı tüketiminin teşviki, mobilizasyon ve düzenli bağırsak alışkanlığının kazandırılması hemşirelik girişimleri arasındadır (Yates vd., 2016). İshal ise kemoterapi (özellikle 5-FU, irinotekan), radyoterapi veya

antibiyotik tedavisi sonrası görülebilir. Bu durumda sıvı-elektrolit dengesinin korunması, düşük lifli diyet ve perianal bakım gereklidir (Cohen vd., 2021).

Diyare

Kanser hastalarında diyare, tedaviye bağlı sık görülen bir komplikasyondur ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Kemoterapi (özellikle 5-fluorourasil, irinotekan) ve pelvik radyoterapi bağırsak mukozasında hasar oluşturarak su ve elektrolit emilimini azaltır, motiliteyi artırır. İmmünoterapi ve bazı hedefe yönelik tedaviler de diyareye yol açabilir (Benson vd., 2004; Andreyev vd., 2014).

Diyare, sık ve sulu dışkılama, karın krampları, bulantı ve iştah kaybı ile kendini gösterir. Uzun süren veya şiddetli diyare dehidratasyon ve elektrolit dengesizliklerine yol açabilir. Hemşirelik takibinde dışkı sıklığı, hacmi ve karakterini izlemeli; sıvı-elektrolit dengesini sağlamalı, diyet ve beslenme desteği sunmalı, farmakolojik tedavileri takip etmelidir (Pironi vd., 2016).

Tedavi, sıvı-elektrolit desteği, loperamid gibi antidiyaretik ajanlar ve uygun diyet önlemlerini içerir. Hastaların semptomları düzenli olarak izlenmeli ve eğitim verilmelidir. Hemşirelerin bütüncül yaklaşımı, diyarenin komplikasyonlarını azaltır ve tedaviye uyumu destekler (Pironi vd., 2016).

Mukozit

Mukozit, özellikle baş-boyun radyoterapisi veya yüksek doz kemoterapi alan hastalarda sık görülür. Ağızda ağrı, ülserasyon, enfeksiyon ve beslenme güçlüğüne neden olur. Ağız hijyeninin sağlanması, yumuşak diş fırçası kullanımı, alkolsüz solüsyonlarla ağız

bakımı, kriyoterapi uygulaması ve asidik gıdalardan kaçınılması önerilir (Lalla vd., 2014).

Dispne

Dispne, akciğer metastazı, plevral efüzyon, pulmoner emboli veya anemi gibi nedenlerle oluşabilir. Kanser hastalarında dispnenin prevalansı hastalığın evresine göre değişmekle birlikte ileri evre kanserde %60–90’a kadar yükselebilmektedir (Bruera ve Schuster, 2015; Hui vd., 2013). Hava akımının sağlanması, yarı oturur pozisyon, oksijen desteği, solunum egzersizleri ve gevşeme teknikleri dispne yönetiminde etkilidir (Bausewein vd., 2018).

Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları da onkoloji hastalarında yaygın olup ağrı, anksiyete ve çevresel faktörlerle ilişkilidir. Hemşire, uyku hijyenini desteklemeli, sessiz ortam sağlamalı, rahatlatıcı uygulamalara (müzik, gevşeme egzersizleri) yer vermelidir (Davidson vd., 2017).

Cilt Problemleri

Cilt problemleri, özellikle radyoterapi ve kemoterapiye bağlı olarak gelişir. Radyasyon dermatiti, eritem, kaşıntı ve cilt kuruluğu görülebilir. Cilt bütünlüğünün korunması, tahriş edici maddelerden kaçınma, nemlendirici kullanımı ve yara bakımının dikkatle yapılması gereklidir (NCCN, 2024).

Nöropati

Nöropati, platin türevleri ve vinkristin gibi kemoterapötik ajanlara bağlı gelişen periferik sinir hasarıdır. El-ayak uyuşması, karıncalanma ve yanma hissi gibi belirtilerle seyreder. Hemşire hastayı düşmelere karşı korumalı, sıcak-soğuk duyusundaki değişiklikleri

değerlendirmeli ve ekstremitelerin korunmasına yönelik eğitim vermelidir (Seretny vd., 2014).

Psikolojik Semptomlar

Psikolojik semptomlar kanser sürecinde oldukça yaygındır. Tanı, tedavi ve belirsizlik süreci, hastada anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk ve ölüm korkusu gibi duygulara yol açabilir. Empatik iletişim, duygusal destek, bilgi paylaşımı ve gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu hemşirelik bakımında yer almalıdır (Massie, 2004; Linden vd., 2020).

Spiritüel düzeyde ise hastalar anlam arayışı, inanç sorgulaması ve varoluşsal kaygı yaşayabilir. Spiritüel bakım, bireyin değerleri ve inançları doğrultusunda anlam bulmasına yardımcı olur. Hemşire bu süreçte yargısız dinleme, destekleyici iletişim ve gerekirse din görevlisi veya spiritüel danışman yönlendirmesi yapmalıdır (Puchalski vd., 2009; Timmins ve Caldeira, 2019).

Sonuç

Sonuç olarak, onkoloji hemşireliğinde semptom kontrolü, hastanın yalnızca fiziksel yakınmalarının hafifletilmesini değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarının da desteklenmesini kapsar. Etkin semptom yönetimi, yaşam kalitesini artırır, tedaviye uyumu güçlendirir ve palyatif bakım sürecini destekler. Hemşire, multidisipliner ekip içinde bütüncül bakımın merkezinde yer alarak hastaya yaşamın her evresinde konfor, umut ve anlam kazandırır.

KAYNAKÇA

- Afifi, A. M., Saad, A. M., Al-Husseini, M. J., Elmehrath, A. O., Northfelt, D. W., & Sonbol, M. B. (2020). Causes of death after breast cancer diagnosis: A US population-based analysis. *Cancer*, 126(7), 1559-1567.
- Andreyev, J., Ross, P., Donnellan, C., Lennan, E., Leonard, P., Waters, C., Wedlake, L.,... (2014). Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. *The Lancet Oncology*, 15(10), e447–e460.
[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70006-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70006-3)
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., ... & Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11–48.
- Argiles, J. M., Busquets, S., Stemmler, B., & López-Soriano, F. J. (2014). Cancer cachexia: Understanding the molecular basis. *Nature Reviews Cancer*, 14(11), 754–762.
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2018). Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10), CD005623.
- Berger, A. M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W. S., Carpenter, K. M., Cella, D., ... & Smith, C. (2015). Cancer-related fatigue, version 2.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 13(8), 1012–1039.

- Benson, A. B., Ajani, J. A., Catalano, R. B., Engelking, C., Kornblau, S. M., Martenson, J. A., McCallum, R., Mitchell, K. A., Murphy, G., O'Dorisio, T. M., Vokes, E. E., & Wadler, S. (2004). Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *Journal of Clinical Oncology*, 22(14), 2918–2926. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.04.132>
- Bruera, E., & Schuster, J. L. (2015). Management of dyspnea in advanced cancer patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 9(3), 211–216. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000140>
- Cohen, J. G., Sadeghi, B., Peters, W. A., & Sun, C. (2021). Chemotherapy-induced diarrhea: Assessment and management strategies. *Oncology Nursing Forum*, 48(5), 563–574.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D., & Schulze, K. (2017). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(1), 1179–1190.
- Dodd, M. J., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2018). *Oxford textbook of palliative nursing* (5th ed.). Oxford University Press.

- Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., et al. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. *The Lancet Oncology*, 12(5), 489–495.
- Harris, C. S., Cohen, L., & Cella, D. (2020). Managing chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Cancer Nursing*, 43(4), 287–295.
- Hesketh, P. J., Kris, M. G., Basch, E., Bohlke, K., Barbour, S. Y., Clark-Snow, R. A., DeMichele, A., Dupuis, L. L., Dusetzina, S. B., & Jordan, K. (2020). Antiemetics: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 38(24), 2782–2797. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.01296>
- Hui, D., Morgado, M., Vidal, M., Withers, L., Nguyen, Q., Parsons, H., ... Bruera, E. (2013). Dyspnea in hospitalized advanced cancer patients: Prevalence, severity, and associated symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 241–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.013>
- Kıssal, A., Kartal, B., & Çetin, Ö. (2017). The determination of knowledge, applications and health beliefs of third-and fourth-grade nursing students regarding breast self-exam. *The journal of breast health*, 13(1), 10.
- Kwekkeboom, K. L., Zhang, Y., & Merkle, C. J. (2020). Symptom clusters in cancer patients and their implications for symptom management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 114–123.
- Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M., ... & Sonis, S. T. (2014). MASCC/ISOO clinical practice

- guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 120(10), 1453–1461.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2020). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 286, 113–121.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2004(32), 57–71.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (2019). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. Mosby Elsevier.
- Miaskowski, C., Barsevick, A., Berger, A., Casagrande, R., Grady, P. A., & Kutner, J. S. (2017). Advancing symptom science through symptom cluster research: Expert panel proceedings and recommendations. *Journal of the National Cancer Institute*, 109(4), djw253.
- Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., ... Preiser, J.-C. (2017). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*, 36(3), 947–964. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.02.005>
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2024). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative care*. NCCN.
- Paice, J. A. (2022). Cancer pain management and the role of the oncology nurse. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(3), 151287.

- Pironi, L., et al. (2016). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Gastroenterology. *Clinical Nutrition*, 35(1), 120–136.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2009). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.
- Sarker, R., Islam, M. S., Moonajilin, M. S., Rahman, M., Gesesew, H. A., & Ward, P. R. (2022). Knowledge of breast cancer and breast self-examination practices and its barriers among university female students in Bangladesh: Findings from a cross-sectional study. *Plos one*, 17(6), e0270417.
- Seretny, M., Currie, G. L., Sena, E. S., Ramnarine, S., Grant, R., MacLeod, M. R., & Fallon, M. (2014). Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 155(12), 2461–2470.
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2019). Understanding spiritual care in nursing practice. *Nursing Standard*, 34(7), 77–82.
- Tarakçıoğlu Çelik, G. H. (2016). Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 93-100.
- Van den Beuken-van Everdingen, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(6), 1070–1090.

World Health Organization (WHO). (2019). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. WHO Press.

Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Walsh, A., Fentiman, B., Skerman, H., & Najman, J. (2016). Barriers to effective cancer pain management: A survey of hospitalized cancer patients in Australia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 393–405.

BÖLÜM 3

ONKOLOJİK ACİLLERDE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Doç. Dr. Çiğdem ÖKTEN

GİRİŞ

Dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelen kanser, organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz bölünüp çoğalması ile karakterize bir hastalık grubudur (Sağlık Bakanlığı, 2018; Gözüyeşil vd., 2019). Kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüm nedenleri arasında ikinci sırada kanser yer almaktadır. Globacan'ın 2020 yılındaki verilerine göre 19,3 milyon yeni vaka ve 10 milyon ölüme neden olduğu bildirilmektedir (IARC, 2020). Türkiye'de de ölüm nedenleri arasında kanser, kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Tepetaş vd., 2021).

Onkolojik aciller, kanser hastasının tedavisiyle ilişkili olarak ortaya çıkan ya da kanserin doğrudan veya dolaylı etkilerine bağlı olarak gelişen, potansiyel olarak acil müdahale gerektiren ve yaşamı tehdit eden klinik durumlardır (Jafari, vd., 2020). Kanser sistemik bir hastalık olduğu için yalnızca primer (asıl) tümörün bulunduğu organı değil, vücudun pek çok sistemini etkileyebilir. Bu nedenle onkolojik aciller (kansere ilişkili acil durumlar) de farklı organ ve sistemlerde ortaya çıkabilir (Jafari vd., 2020; Klemencic ve Perkins, 2019).

Onkolojik acillerde öncelikli amaç, hastanın hayati bulgularını stabilize etmek ve semptomlara yönelik (palyatif veya destekleyici) girişimleri uygulamaktır. Çünkü bu acil durumlar genellikle hızla

ilerleyen, yaşamı tehdit eden tablolardır; bu nedenle kesin tanı veya nedene yönelik tedavi çoğu zaman semptom kontrolünden sonra planlanır (Klemencic ve Perkins, 2019; Menekli ve Doğan, 2022). Onkolojik acillerde temel amaç; hastanın yaşamını korumak (hava yolu, solunum, dolaşım desteği), ağrı, dispne, nörolojik defisit, kanama gibi semptomları hafifletmek ve altta yatan nedenin (örneğin hiperkalsemi, spinal kord basısı, SVK sendromu) daha ileri tedavisine zemin hazırlamaktır.

Onkolojik aciller etkilenen sistem veya mekanizmaya göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Sistemlere göre sınıflandırılması;

- **Nörolojik:** Spinal kord basısı, beyin metastazına bağlı intrakraniyal basınç artışı
 - **Metabolik:** Hiperkalsemi, tümör lizis sendromu, hiponatremi
 - **Hematolojik:** Febril nötropeni, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC), anemi
 - **Kardiyopulmoner:** Superior vena kava sendromu, pulmoner emboli, kardiyak tamponadı
 - **Gastrointestinal/Genitoüriner:** İntestinal obstrüksiyon, mesane tıkanıklığı
- Mekanizmaya göre sınıflandırılması;
- **Yapısal ve tıkaçıcı aciller:** Superior vena kava (SVK) sendromu, spinal kord basısı, perikardal tamponad, kafa içi basıncın artması,
 - **Metabolik aciller:** Tümör erime sendromu, hiperkalsemi, hiponatremi, hipoglisemi, adrenal yetmezlik

- **Tedaviye bağı aciller:** Anafilaktik reaksiyonlar (ilaç veya biyolojik ajanlara karşı), kemoterapiye bağı kardiyotoksiste
- **Hematolojik aciller:** Febril nötropeni, Dissemine intravasküler koagülasyon (DIC), Trombositopeniye bağı kanama, Tümöre bağı tromboz veya emboli

(Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011; Menekli ve Doğan. 2022).

Bu bölümde en sık karşılaşılan onkolojik acillerden bahsedilecektir.

Onkolojik Aciller ve Hemşirelik Yönetimi

Superior Vena Kava (SVK) Sendromu

Superior vena kava (SVK), baş, boyun, üst ekstremiteler ve toraksın üst kısmından sağ atriuma venöz dönüş sağlayan büyük bir damar olup, merkezi venöz dolaşımın kritik bir bileşenidir. SVK'nın parsiyel veya total tıkanıklığı, üst vücutta venöz basınç artışına ve klinik olarak Superior Vena Kava Sendromu (SVCS) adı verilen tabloya yol açar. Bu durum özellikle malign hastalıklarda önemli bir onkolojik acil olarak kabul edilir. SVK sendromu, tüm onkolojik aciller arasında mekanik obstrüksiyonlara bağı olarak en sık rastlananlardan biridir ve erken tanı ile semptom yönetimi, hastanın yaşam kalitesi ve prognozu açısından kritik öneme sahiptir. SVK sendromu vakalarının yaklaşık %90'ı malign nedenlere bağıdır. En sık rastlanan malign etiyolojiler küçük hücreli akciğer kanseri ve mediastinal lenfomalardır. SVK'nın parsiyel veya total obstrüksiyonu, üst vücut venöz dönüşünü engeller. Bu durum sonucunda venöz basınç artar, kapiller hidrostatik basınç yükselir ve ödem oluşur. Vücudun adaptasyonu olarak kollateral venöz dolaşım gelişir, ancak obstrüksiyon hızlı ilerlerse semptomlar şiddetli

olabilir. Mekanik basıya bağılı olarak gelişen ödem ve venöz konjesyon başlıca klinik belirtilerin temelini oluşturur. Ayrıca SVK tıkanıklığı beyin venöz dönüşünü de etkileyebilir ve baş ağrısı, baş dönmesi, konfüzyon gibi nörolojik belirtiler ortaya çıkabilir (Tablo 1) (Higdon vd., 2018; Narang vd., 2020; Özkara vd., 2019; Spring ve Munshi, 2021; Menekli ve Doğan. 2022; Wacker ve McCurdy, 2020).

Etiyolojisi

Malign etiyoloji, SVK sendromu olgularının büyük çoğunluğunu oluşturur. En sık görülen nedenler şunlardır:

- **Küçük hücreli akciğer kanseri:** SVK sendromunun en sık nedeni olup özellikle mediastinal tutulumlu olgularda görülür.
- **Diğer akciğer kanserleri:** Özellikle sağ üst lob yerleşimli non-small cell akciğer kanserleri.
- **Non-Hodgkin lenfomalar:** Mediastinal lenfoma, genç erişkinlerde sık rastlanır.
- **Metastatik tümörler:** Meme, testis, timus veya tiroid kökenli maligniteler nadiren SVK basısına yol açabilir.

Benign nedenler nadiren görülür ve genellikle mekanik veya trombotik nedenlere bağılıdır:

- Santral venöz kateter veya pacemaker elektroduna bağılı tromboz
- Mediastinal fibrozis, granulomatöz hastalıklar (tüberküloz, sarkoidoz) (Higdon vd., 2018; Narang vd., 2020; Özkara vd., 2019; Spring ve Munshi, 2021; Menekli ve Doğan. 2022; Wacker ve McCurdy, 2020).

Semptomlar ve Tanı

Klinik bulgular obstrüksiyonun üzerindeki venöz basınç artışına bağlı olarak, obstrüksiyonun gelişme derecesine, süresine ve kolleteral dolaşımın durumuna göre değişir. VKS sendromunun en yaygın semptomu dispnedir (Khan vd., 2017). Diğer klinik bulgular; yüz, boyun ve üst ekstremitelerde ödem ve dolgunluk, öksürük, ses kısıklığı (laringeal ödem veya basıya bağlı, disfaji, baş ağrısı, baş dönmesi ve görme bulanıklığıdır (beyin venöz konjesyonuna bağlı) (Khan vd., 2017; Wacker ve McCurdy, 2020).

Fizik muayene, radyolojik görüntüleme, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme en çok kullanılan tanı yöntemleridir (Khan vd, 2017; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

SVK sendromu tedavisi, hastalığın yaygınlığı, altta yatan kanser türü, hastanın genel durumu ve semptomların şiddetine bağlı olarak planlanır. Öncelikli amaç, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve semptomları hafifletmektir. Semptomatik tedavi kapsamında başın 30–45 derece yükseltilmesi, oksijen desteği, diüretik kullanımı ve ödemi azaltmak için kortikosteroid uygulaması yapılır. Anksiyolitik ve analjezikler ile hastanın konforu sağlanır (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Menekli ve Doğan. 2022).

Etiyolojik tedavi ise altta yatan hastalığın tanısına dayanır. Maligniteye bağlı SVKS durumunda, tümöre özgü tedavi uygulanır; radyosensitif veya kemoresponsif tümörlerde radyoterapi veya kemoterapi ile hızlı semptom iyileşmesi hedeflenir. Mekanik tıkanıklık mevcut ve hızlı semptom giderilmesi gerekiyorsa endovasküler stent uygulaması tercih

edilir. Tromboza bağlı obstrüksiyonlarda antikoagölan tedavi uygulanabilir (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Menekli ve Doğan. 2022).

Spinal Kord Basısı

Spinal kord basısı, malign hastalıkların sebep olduğu kemik metastazları veya primer spinal tümörler nedeniyle spinal kord üzerinde gelişen sıkışma durumudur. Onkolojik aciller arasında kritik bir yer tutar, tanı ve tedavi gecikmesi geri dönüşsüz nörolojik kayıplara yol açabilir. En sık meme kanseriyle ilişkilendirilmekle birlikte, multipl miyelom, lenfoma, akciğer kanseri ve prostat kanseriyle de ilişkilidir. Kanser hastalarının yaklaşık %5'inde gelişir ve tedavi birkaç saat bile gecikirse felce yol açabilir (Higdon vd., 2018; Khan vd., 2017).

Spinal kord basısı genellikle vertebral metastazın epidural alana doğru büyümesi veya vertebra kemik yapısında çökme sonucu spinal kanalın daralması ile ortaya çıkar. Bu bası, miyelin kılıfı ve aksonlarda iskemi oluşturarak motor, sensör ve otonom disfonksiyonlara yol açar. Basının şiddeti ve süresi, klinik tablonun geri dönüşülebilirliğini belirleyen en önemli faktörlerdir (Tablo 1) (Khan vd., 2017; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Semptomlar ve Tanı

En sık görölen semptom, özellikle yatar pozisyonda kötüleşen yeni başlayan sırt ağrısıdır. Bunun yanında motor defisit, duyu kaybı ve otonom disfonksiyon (idrar ve gaita kontrolünde bozulma gibi) görülebilmektedir (Khan vd., 2017; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Hızlı nörolojik muayene, motor güç, derin tendon refleksleri, duyu fonksiyonlar ve sfinkter kontrolü açısından sistematik olarak

yapılmalıdır. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme de kullanılan tanı yöntemleri arasındadır (Khan vd., 2017; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Kortikosteroid tedavisi, spinal kord basısında ilk basamak farmakolojik tedavi olarak önerilmektedir. Kortikosteroidler, epidural ödemi azaltarak basının etkilerini hafifletir ve nörolojik fonksiyon kaybını önlemeye yardımcı olur. Ancak yüksek doz uygulamaları gastrointestinal ülser, hiperglisemi ve enfeksiyon gibi yan etkilere yol açabileceğinden yakın izlem gerektirir. Radyoterapi, özellikle radiosensitif tümörler (lenfoma, multiple myelom, küçük hücreli akciğer kanseri) söz konusu olduğunda primer tedavi seçeneğidir. Amaç, tümör hacmini küçülterek spinal kord üzerindeki basıyı azaltmaktır. Cerrahi tedavi ise, mekanik instabilite, hızlı ilerleyen motor defisit veya konservatif tedaviye yanıt vermeyen ağrı durumlarında tercih edilir. Cerrahi yöntemler arasında laminektomi, vertebroplasti ve spinal stabilizasyon yer alır. Amaç, spinal kord basısını mekanik olarak ortadan kaldırmak ve nörolojik fonksiyonun korunmasını sağlamaktır. Hemşirelik bakımında nörolojik değerlendirme, ağrı kontrolü, hareket kısıtlılığının neden olacağı komplikasyonları önlemeye yönelik girişimler, hastanın bağımsız rollerinin korunması, mesane ve bağırsak fonksiyonlarının takibi yer alır (Tablo 1) (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Perikardal Tamponad

Perikardiyal tamponad, perikardiyal boşlukta sıvı birikiminin kalp odacıklarının dolumunu kısıtlayarak hemodinamik instabiliteye

yol açtığı yaşamı tehdit eden bir durumdur. Onkolojik hastalarda tamponad, hem malign perikardiyal hastalığın bir sonucu hem de tedaviye bağlı komplikasyon olarak gelişebilir (Gümüş ve Özyurt, 2018; Levis vd., 2011; Refaat ve Katz, 2011).

Kalbin lenfatik ve venöz drenajının tıkanması sonucunda intraperikardiyal basıncın artması, mediasten lenf nodlarının tutulması, perikarda doğrudan tümör invazyonu ve nadir olarak da perikardın primer maligniteleri (mezotelyoma, fibrosarkom, lenfanjiom, hemanjiom, teratom, nörofibrom, lipom) perikardiyal efüzyonun başlıca nedenleridir. Kalp ve perikardın malign tutulumu en sık akciğer kanseri (%35), meme kanseri (%25) ve lösemi, lenfoma, melanomada görülmektedir (Gümüş ve Özyurt, 2018; Refaat ve Katz, 2011).

Patofizyolojik olarak perikardiyal tamponad, perikardiyal boşlukta sıvı birikimi nedeniyle intraperikardiyal basıncın artması ve sağ atriyum ile sağ ventrikül dolumunun kısıtlanması ile karakterizedir. Bu durum kardiyak output'un düşmesine, venöz dönüşte artışa ve hipotansiyon ile taşikardiye yol açar. Onkolojik hastalarda tamponad mekanizmaları arasında malign invazyon, paraneoplastik ve inflamatuvar süreçler ile tedaviye bağlı perikardiyal reaksiyonlar bulunur (Tablo 1) (Khan vd., 2017; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Semptomlar ve Tanı

Başlıca semptomlar dispne, öksürük, göğüs ağrısı, ortopne, çarpıntı, güçsüzlük, baş dönmesi, anksiyete ve yüzde plato redir. Hızlı gelişen efüzyonlar akut hemodinamik bozulma ve şoka yol açabilir. Taşikardi, hipotansiyon, juguler venöz dolgunluk, kalp seslerinin derinden gelmesi, perikard sürtünme sesi, aritmi bulgularıyla

karşılaşılabılır. Pulsus paradoxus da önemli bir klinik bulgudur (Gümüş ve Özyurt, 2018; Refaat ve Katz, 2011). Ekokardiyografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme en çok kullanılan tanı yöntemleridir (Gümüş ve Özyurt, 2018; Refaat ve Katz, 2011).

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Hemodinamik instabilite varlığında acil perikardiyosentez hayat kurtarıcıdır. Sıvı boşaltımı subksifoid yaklaşım veya ekokardiyografi eşliğinde kontrollü olarak gerçekleştirilir. Definitif tedavi, malign nedenli effüzyonlarda kateter perikardiyal drenajı, sklerozan ajan uygulamasını veya rekürren vakalarda perikardiyal pencere ya da cerrahi perikardiektomiye içerebilir. Destekleyici tedavi olarak volüm replasmanı ve geçici hemodinamik destek gerekebilir.

Hemşirelik bakımında hızlı değerlendirme, yakın izlem ve hemodinamik desteğin sağlanması hayati öneme sahiptir;

- **Vital bulguların sık izlenmesi:** Taşikardi, hipotansiyon ve taşipne erken uyarıcı işaretlerdir.
- **Hemodinamik durumun izlenmesi:** Arteriyel basınç, periferik nabız ve venöz dolgunluk takibi.
- **Solunum ve oksijenizasyonun değerlendirilmesi:** Dispne ve taşipne varlığında oksijen saturasyonu takip edilir.
- **Kardiyak semptomların izlenmesi:** Göğüs ağrısı, yorgunluk ve çarpıntı bildiren hastalar dikkatle değerlendirilir.
- **Sıvı birikiminin gözlemi:** Ödem, karaciğer büyümesi veya asit gibi perikardiyal sıvıya bağlı ikincil bulguların fark edilmesi önemlidir (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Kafa İçi Basıncın Artması

Kafa içi basıncının artması, onkolojik hastalarda acil müdahale gerektiren klinik durumlar arasında yer almaktadır. Beyin tümörleri, metastatik lezyonlar, meningeal tutulum veya tümör kaynaklı ödem gibi nedenlerle gelişen kafa içi basınç artışı hızlı bir şekilde tanınıp tedavi edilmezse nörolojik fonksiyon kaybına ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir (Argaw vd., 2009; Ay vd., 2008; Levis vd., 2011; Schouten vd., 2002; Tosoni vd., 2004).

Kranial kavitenin sınırlı hacmi nedeniyle beyin dokusu, kan ve serebrospinal sıvının basınç dengesinin bozulması ile ortaya çıkar. Onkolojik süreçlerde, tümör kitlesi direkt bası yapabilir veya peritümöral ödemi tetikleyerek intrakranial basıncı artırabilir. Bu durum, serebral perfüzyonun bozulmasına ve hızlı nörolojik dekompanseasyona yol açabilir (Tablo 1) (Argaw vd., 2009; Ay vd., 2008; Levis vd., 2011; Schouten vd., 2002; Tosoni vd., 2004).

Semptomlar ve Tanı

Klinik olarak şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, görme bozuklukları, bilinç değişiklikleri ve nöbetler ile kendini gösterir. Hızlı tanı, mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir ve bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile lezyonun yerleşimi, boyutu ve ödem derecesi belirlenir (Argaw vd., 2009; Ay vd., 2008; Levis vd., 2011; Schouten vd., 2002; Tosoni vd., 2004)

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Tedavi yaklaşımı, kortikosteroidler ile peritümöral ödemin azaltılması, mannitol veya hipertonic solüsyonlarla basınç kontrolü, gerekirse cerrahi müdahale (tümörlerin rezeksiyonu veya serebral

dekompresyon) ve destekleyici önlemleri (Başın elevasyonu, hiperventilasyon (geçici), sıvı yönetimi ve vital bulguların yakından izlenmesi) kapsayan multidisipliner bir stratejiyi içerir (Argaw vd., 2009; Ay vd., 2008; Levis vd., 2011; Schouten vd., 2002; Tosoni vd., 2004)

Tümör Erime Sendromu

Tümör erime sendromu, hızlı çoğalan malign hücrelerin tedavi öncesi veya tedavi sırasında aniden yıkılması sonucu ortaya çıkan metabolik bozukluklar dizisidir. Bu yıkım sonucu hücre içi iyonlar ve metabolitler plazmaya geçer, sistemik düzeyde ciddi komplikasyonlara yol açabilir. TES, özellikle hematolojik malignitelerde (akut lösemiler, yüksek proliferatif hızlı lenfomalar) sık görülür, ancak solid tümörlerde nadiren de olsa görülebilir (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Hücrelerin kitlesel olarak parçalanması ile potasyum, fosfat ve nükleik asitler plazmaya geçer; nükleik asitlerin ürik aside dönüşümü böbreklerde kristal birikimine ve akut böbrek yetmezliğine yol açabilir. Bu metabolik değişiklikler hiperkalemi, hiperürisemi, hipofosfatemi ve hipokalsemi gibi klinik bulgulara neden olur. Tümör erime sendromu özellikle hematolojik malignitelerde, özellikle yüksek proliferatif hızlı lösemiler ve lenfomalarda görülür (Tablo 1) (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Semptomlar ve Tanı

Tümör erime sendromu, hücrelerin kitlesel yıkımı sonucu ortaya çıkan metabolik bozukluklarla seyrederek ve semptomları çoğunlukla elektrolit dengesizliklerine bağlıdır. Hiperkalemi nedeniyle hastalarda

kas güçsüzlüğü, halsizlik, parestezi ve ciddi durumlarda yaşamı tehdit eden kardiyak aritmiler görülebilir. Hipokalsemi, tetani, kas krampları, konvülsiyon ve parestezi gibi nöromüsküler bulgulara yol açar. Hiperürisemi ve hiperfosfatemi böbreklerde kristal birikimine sebep olarak akut böbrek yetmezliği, oligüri veya anüri ile kendini gösterebilir. Hastalarda ayrıca bulantı, kusma, ishal, halsizlik ve genel durum bozukluğu da görülebilir (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Tanısı genellikle biyokimyasal kriterler ve klinik bulgularla konur. Potasyum ≥ 6 mmol/L veya $\geq 25\%$ artış, Fosfat ≥ 1.45 mmol/L veya $\geq 25\%$ artış, Kalsiyum ≤ 1.75 mmol/L veya $\geq 25\%$ azalma, Ürik asit ≥ 476 μ mol/L veya $\geq 25\%$ artış ve böbrek yetmezliği, kardiyak aritmiler, konvülsiyon gibi organ hasarını temel alır (Cairo ve Bishop, 2004; Hande ve Garrow, 1993; Koduri, 2005).

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Tedavi yaklaşımı, önleyici ve destekleyici önlemleri içerir. Hastaların agresif şekilde hidrasyonu sağlanmalı, ürik asit düzeyleri allopurinol veya rasburikaz ile kontrol altına alınmalıdır. Elektrolit bozuklukları düzeltilmeli, ciddi böbrek yetmezliğinde diyaliz uygulanmalıdır. Yüksek riskli hastalarda önleyici tedbirler, erken tanı ve yakın takip morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltır (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Hemşirelik bakımı şunları içerir;

- **Hastayı yakından izleme:** Vital bulgular, idrar çıkışı ve mental durum düzenli olarak değerlendirilmelidir. Hipotansiyon, taşikardi veya aritmiler açısından sürekli gözlem önemlidir.

- **Sıvı ve elektrolit dengesi:** Agresif intravenöz sıvı tedavisi ile hidrasyon sağlanmalı, idrar çıkışı sık takip edilmelidir. Elektrolitler (potasyum, kalsiyum, fosfat) düzenli olarak kontrol edilerek gerektiğinde müdahale edilmelidir.
- **Laboratuvar takibi:** Serum potasyum, kalsiyum, fosfat ve ürik asit düzeyleri düzenli olarak izlenmeli, böbrek fonksiyon testleri ve idrar tahlilleri kontrol edilmelidir.
- **İlaç yönetimi:** Ürik asit düşürücü ajanlar (allopurinol, rasburikaz) ve elektrolit düzenleyici tedaviler hemşire gözetiminde uygulanmalıdır.
- **Hastayı bilgilendirme ve destekleme:** Tedavi sürecinde hasta ve ailesine olası semptomlar, hidrasyon önemi ve komplikasyon riskleri hakkında eğitim verilmelidir.
- **Acil durum planlaması:** Hiperkalemi veya akut böbrek yetmezliği gibi hayatı tehdit eden durumlarda acil müdahale için hazırlıklı olunmalıdır (Akdemir, 2021; Can, 2015; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Hiperkalsemi

Hiperkalsemi, malign hastalıklarda en sık görülen metabolik acillerden biridir. Kanda kalsiyum düzeyinin normal sınırların (genellikle >10.5 mg/dL veya >2.6 mmol/L) üzerine çıkmasıyla karakterizedir. Özellikle metastatik kemik tutulumu olan veya paraneoplastik sendrom gelişen malignitelerde ortaya çıkar. Hiperkalsemi, ileri evre kanserli hastalarda kötü prognoz göstergesi olarak kabul edilir. Maligniteye bağlı hiperkalsemi, kanserli hastaların yaklaşık %10–30’unda görülür. En sık ilişkili olduğu maligniteler;

meme kanseri, akciğer kanseri (özellikle skuamöz hücreli karsinom), böbrek hücreli karsinom, multipl miyelom ve lenfomalardır. Tümör hücrelerinin paratiroid hormon ilişkili protein (PTHrP) salgılaması sonucu oluşur. Bu mekanizma, maligniteye bağlı hiperkalseminin yaklaşık %80'inden sorumludur. Kemik metastazına bağlı hiperkalsemide ise özellikle meme, prostat ve akciğer kanserlerinde görülür. Tümör hücrelerinin kemik yıkımını artıran sitokinler (örneğin IL-1, TNF, PTHrP) salgılaması sonucu osteoklastik aktivite artar. Diğer etiyoloji ise 1,25-dihidroksivitamin D (kalsitriol) artışıdır. Özellikle lenfomalarda tümör hücreleri kalsitriol üretimini artırarak intestinal kalsiyum emilimini yükseltir (Tablo 1) (Grill ve Martin, 2000; Levis vd., 2011; Sargent ve Smith, 2010; Stewart, 2005).

Semptomlar ve Tanı

Hiperkalseminin belirtileri kalsiyum düzeyinin artış hızına ve miktarına göre değişir. Hafif hiperkalsemi genellikle belirti vermezken, orta düzeyde hiperkalsemide halsizlik, kas güçsüzlüğü, iştahsızlık, bulantı, kusma, kabızlık, poliüri ve polidipsi görülür. Kalsiyum düzeyi çok yükseldiğinde bilinç bulanıklığı, konfüzyon, stupor, koma, ciddi aritmiler, dehidratasyon ve akut böbrek yetmezliği ortaya çıkabilir. Tanı, serum kalsiyum düzeyinin ölçülmesiyle konur. Total kalsiyum değerinin değerlendirilmesinde serum albümin düzeyi de dikkate alınmalıdır. Ayrıca PTH, PTHrP, fosfat, kreatinin ve D vitamini düzeyleri ölçülerek hiperkalseminin nedenine yönelik ayırıcı tanı yapılır (Tablo 1) (Grill ve Martin, 2000; Levis vd., 2011; Sargent ve Smith, 2010; Stewart, 2005).

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Tedavide ilk amaç, kalsiyum düzeyini hızla düşürmek ve komplikasyonları önlemektir. Bunun için hastaya bol intravenöz sıvı verilerek hidrasyon sağlanır, gerekirse furosemid gibi diüretikler kullanılır. Bifosfonatlar (zoledronik asit, pamidronat) kemik yıkımını azaltarak uzun süreli kontrol sağlar. Kalsitonin kısa sürede kalsiyum düzeyini düşürmede etkilidir. Lenfoma ve miyelom gibi hastalıklarda glukokortikoidler de tedaviye eklenebilir. Dirençli vakalarda denosumab veya hemodiyaliz gerekebilir (Minisola vd., 2015; Higdon vd., 2018; Hu vd., 2014; Levis vd., 2011).

Hiperkalsemi de hemşirelik bakımı, hastanın sıvı-elektrolit dengesini korumak, semptomları erken fark etmek, tedaviye destek olmak ve komplikasyonları önlemeye yönelik girişimleri kapsar. Hemşirelik bakımının temel amacı, kalsiyum düzeyinin kontrol altına alınmasını sağlamak ve hastanın genel durumunu stabilize etmektir. Hiperkalsemi olan hastalarda öncelikle vital bulguların düzenli izlenmesi önemlidir. Sıvı dengesi, hemşirelik bakımının en önemli unsurlarından biridir. Ayrıca laboratuvar değerlerinin takibi hemşire tarafından yakından yapılmalıdır. Bifosfonat, kalsitonin, glukokortikoid veya diüretik gibi ilaçların etki ve olası yan etkileri açısından hasta gözlemlenmelidir (Minisola vd., 2015; Higdon vd., 2018; Hu vd., 2014; Levis vd., 2011).

Hiponatremi

Hiponatremi, onkolojik hastalarda sık karşılaşılan ve yaşamı tehdit edebilen bir metabolik acildir. Serum sodyum düzeyinin 135 mmol/L'nin altına düşmesiyle tanımlanır. Kanseri hastalarda

hiponatreminin gelişmesi genellikle paraneoplastik sendrom, kemoterapiye bağlı yan etkiler veya intravasküler hacim değişiklikleri sonucunda olur. Hiponatremi, onkolojik hastalarda en sık olarak inappropriate antidiüretik hormon sekresyonu sendromu (SIADH) nedeniyle gelişir. SIADH, özellikle küçük hücreli akciğer karsinomu gibi nöroendokrin özellik gösteren tümörlerde sık görülür. Tümör hücrelerinin uygunsuz şekilde antidiüretik hormon (ADH) salgılaması sonucunda böbreklerde su tutulumu artar ve serum sodyum düzeyi düşer. Bunun dışında kemoterapötik ajanlar (örneğin siklofosamid, vinkristin, platin türevleri), bulantı-kusma, yetersiz sıvı alımı veya aşırı hidrasyon da hiponatremiye neden olabilir (Berardi vd., 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Raftopoulos, 2007).

Semptomlar ve Tanı

Hiponatreminin belirtileri genellikle sodyum düzeyinin düşme hızına ve derecesine bağlı olarak değişir. Hafif hiponatremi genellikle asemptomatik olabilir. Orta dereceli hiponatremide halsizlik, baş ağrısı, bulantı, kusma, kas krampları ve konfüzyon görülür. Şiddetli hiponatremide ise bilinç bulanıklığı, nöbet, koma ve solunum depresyonu gibi ciddi nörolojik belirtiler ortaya çıkar. Bu durum, beyin hücrelerinde su birikimi sonucu gelişen serebral ödem nedeniyle meydana gelir ve acil müdahale gerektirir (Berardi vd., 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Raftopoulos, 2007).

Tanı, serum sodyum düzeyi ve plazma osmolaritesi ölçülerek konur. Ayrıca idrar sodyumu ve osmolaritesi değerlendirilerek hiponatreminin nedenine göre sınıflandırma yapılır (hipovolemik, normovolemik veya hipervolemik hiponatremi). SIADH’de serum

osmolaritesi düşük, idrar osmolaritesi ve sodyum düzeyi ise yüksektir (Berardi vd., 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Raftopoulos, 2007).

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Tedavi, hiponatreminin şiddetine, semptomların varlığına ve altta yatan nedene göre planlanır. Hafif ve asemptomatik olgularda sıvı kısıtlaması yeterli olabilir. Orta ve ağır olgularda dikkatli şekilde hipertonic salin (3% NaCl) uygulanır. Bu uygulama yavaş yapılmalıdır çünkü sodyum düzeyinin hızlı yükselmesi osmotik demiyelinizasyon sendromu gibi geri dönüşümsüz nörolojik hasara yol açabilir. SIADH'ye bağlı hiponatremilerde sıvı kısıtlamasının yanı sıra vaptan grubu ilaçlar (örneğin tolvaptan) da kullanılabilir.

Hiponatremide hemşirelik bakımı, hastanın sıvı-elektrolit dengesini korumak, komplikasyonları önlemek ve tedavi sürecine destek olmak üzerine odaklanır. Onkolojik hastalarda hiponatremi genellikle SIADH (inappropriate antidiüretik hormon sekresyonu sendromu), kemoterapiye bağlı yan etkiler veya aşırı hidrasyon sonucu geliştiği için hemşirenin dikkatli gözlemi ve düzenli takibi hayati önem taşır.

Hemşire, öncelikle vital bulguları ve nörolojik durumu düzenli olarak değerlendirmelidir. Serum sodyum düzeyi düştükçe hastada baş ağrısı, konfüzyon, letarji, kas güçsüzlüğü, nöbet ve bilinç değişikliği gibi bulgular görülebilir. Bu nedenle bilinç düzeyinde meydana gelen en küçük değişiklikler bile izlenmeli ve hekime bildirilmelidir (Akdemir, 2021; Berardi vd., 2015; Can, 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Raftopoulos, 2007).

Febril Nötropeni

Febril nötropeni, onkolojik hastalarda özellikle kemoterapi sonrası ortaya çıkan ve yaşamı tehdit edebilen önemli bir hematolojik acildir. Kemoterapi veya radyoterapi gibi sitotoksik tedaviler, kemik iliği baskılanmasına yol açarak nötrofil sayısında belirgin azalmaya neden olur. Bu durum vücudun enfeksiyonlara karşı savunmasını zayıflatır ve hastalarda yüksek ateşle seyreden enfeksiyon tablosu gelişebilir (Metin ve Uğur, 2022; Akdemir, 2021; Can, 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Normalde nötrofiller, bakterilere ve mantarlara karşı birincil savunma hattını oluşturur. Nötropeni geliştiğinde bu savunma mekanizması kaybolur ve normalde zararsız olan flora mikroorganizmaları bile enfeksiyon oluşturabilir. Ağız mukozası, gastrointestinal sistem ve ciltteki bariyerlerin bozulması da enfeksiyon riskini artırır. Kemoterapiye bağlı mukozit, bakterilerin kana geçişine zemin hazırlayarak bakteriyemi gelişimine neden olabilir (Metin ve Uğur, 2022; Akdemir, 2021; Can, 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Semptomlar ve Tanı

Klinik belirtiler arasında yüksek ateş, titreme, halsizlik, hipotansiyon, taşikardi, ağızda aft veya mukozit, boğaz ağrısı, öksürük, idrar yaparken yanma ve karın ağrısı sayılabilir. Ancak bazı hastalarda yalnızca ateş vardır.

Febril nötropeni, genel olarak mutlak nötrofil sayısının (MNS) 500 hücre/mm³'ün altında olması veya 500–1000 hücre/mm³ arasında olup birkaç gün içinde bu seviyenin altına düşmesinin beklenmesi

durumunda; buna vücut ısısının 38°C'nin üzerinde olması eşlik ederse tanı konur. Tanı için tam kan sayımı, kan kültürleri (en az iki farklı yerden alınmalı), idrar kültürü, akciğer grafisi ve enfeksiyon odağına yönelik incelemeler yapılır. Nötrofil sayısının düşük olması tanıyı destekler (Metin ve Uğur, 2022; Akdemir, 2021; Can, 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Tedavi, vakit kaybedilmeden başlatılmalıdır. Geniş spektrumlu antibiyotikler (örneğin sefepim, piperasilin-tazobaktam, karbapenemler) ampirik olarak verilir. Enfeksiyon odağı saptanırsa tedavi buna göre düzenlenir. Viral veya fungal enfeksiyon şüphesi varsa antiviral veya antifungal tedavi eklenir. Hastanın durumu stabil değilse veya hipotansiyon, taşikardi, bilinç bulanıklığı gibi sepsis bulguları varsa yoğun bakım desteği gerekebilir. Hastanın tedavi sürecinde yakın izlem çok önemlidir. Ateşin seyri, vital bulgular, laboratuvar değerleri, idrar çıkışı ve genel durum düzenli olarak değerlendirilmelidir. Gerekirse beyaz küre üretimini uyaran büyüme faktörleri (G-CSF) tedaviye eklenebilir (Metin ve Uğur, 2022; Akdemir, 2021; Can, 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

Febril nötropenili hastalarda hemşire öncelikle hastayı yakından gözlemlemelidir. Vital bulgular düzenli olarak ölçülmeli, özellikle ateş dikkatle takip edilmelidir. Vücut ısısında meydana gelen her artış enfeksiyon belirtisi olarak kabul edilmelidir. Hastanın genel durumu, bilinç düzeyi, solunum hızı, nabız ve kan basıncı sık aralıklarla izlenmeli, herhangi bir değişiklikte derhal hekime bilgi verilmelidir.

Enfeksiyon kontrolü hemşirelik bakımının en önemli basamağıdır. Hastaya izolasyon uygulanmalı, el hijyeni konusunda hem sağlık personeli hem de hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir. Ziyaretçi sayısı kısıtlanmalı, enfekte kişilerle temastan kaçınılmalıdır. Tüm girişimlerde aseptik teknikler kullanılmalı, damar yolu, kateter ve yara bölgeleri düzenli olarak kontrol edilmelidir. Ağız ve diş bakımı düzenli yapılmalı, ağızda oluşabilecek yaralar enfeksiyon giriş kapısı olabileceği için dikkatle izlenmelidir. Cilt bütünlüğü korunmalı, terleme ve nemlenme önlenmelidir.

Beslenme febril nötropenide önemli bir konudur. Hastanın yeterli kalori ve protein alması sağlanmalı, ancak çiğ gıdalardan kaçınılmalıdır. Gıdaların iyi pişmiş olması, suyun kaynatılarak içilmesi, meyve ve sebzelerin iyice yıkanması önerilir. Bağırsak mukozasında bütünlüğü bozan durumlar enfeksiyon riskini artıracabileceği için ishal veya mukozit durumları yakından takip edilmelidir.

Hastanın sıvı ve elektrolit dengesi korunmalıdır. Günlük sıvı alımı ve idrar çıkışı takip edilmelidir. Ateş nedeniyle sıvı kaybı artabileceğinden yeterli hidrasyon sağlanmalı, ancak sıvı yüklenmesi açısından hasta gözlenmelidir. Elektrolit düzeyleri düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Tam kan sayımı, kültür sonuçları ve enflamasyon göstergeleri (CRP, prokalsitonin) düzenli olarak takip edilmelidir (Metin ve Uğur, 2022; Akdemir, 2021; Can, 2015; Gümüş ve Özyurt, 2018; Higdon vd., 2018; Levis vd., 2011).

SONUÇ

Onkolojik aciller, hızlı tanı ve müdahale gerektiren, hastanın yaşamını tehdit edebilen klinik durumlardır. Bu acillerin yönetiminde

erken farkındalık, multidisipliner yaklaşım ve uygun tedavi protokollerinin uygulanması mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde azaltmaktadır. Sağlık profesyonellerinin onkolojik aciller konusunda bilgi ve deneyimlerinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Sonuç olarak, onkolojik acillerin etkin yönetimi; erken tanı, uygun tedavi, ekip çalışması ve sürekli eğitim süreçlerinin bütüncül bir şekilde yürütülmesiyle mümkündür. Bu yaklaşım, hem hasta yaşam süresini hem de yaşam kalitesini anlamlı ölçüde iyileştirmektedir.

Tablo 1. En sık karşılaşılan onkolojik aciller

Onkolojik Acil	Hızlı Tanı/Belirtiler	Tedavi/Müdahale	Hemşirelik Bakımı
Superior Vena Kava Sendromu (SVKS)	Yüz, boyun ve üst ekstremitte ödem, dispne, venöz dolgunluk; görüntüleme	Radyoterapi, kortikosteroid, venöz destek	Solunum izlem, ödem yönetimi, pozisyonlama, hasta/aile eğitimi
Spinal Kord Basısı (SKB)	Sırt/ boyun ağrısı, alt ekstremitte güçsüzlüğü, duyu kaybı, mesane/bağırsak disfonksiyonu; MRI ile doğrulama	Kortikosteroid, cerrahi veya radyoterapi	Nörolojik izlem, motor ve duyu değerlendirmesi, ağrı yönetimi, mobilizasyon desteği, mesane ve bağırsak takibi
Perikardiyal Tamponad	Taşikardi, hipotansiyon, taşipne, juguler	Perikardiyosentez, sıvı yönetimi	Hemodinamik izlem, drenaj takibi, oksijen desteği,

	venöz dolgunluk; ekokardiyografi		psikososyal destek
Kafa İçi Basıncın Artması	Baş ağrısı, bulantı, nörolojik değişiklikler, MRI veya BT bulguları	Mannitol veya hipertonic solüsyon, cerrahi	Nörolojik izlem, ağrı yönetimi, psikososyal destek, başın elevasyonu, sıvı yönetimi ve vital bulguların takibi
Tümör Erime Sendromu	Hiperürisemi, hiperkalemi, böbrek fonksiyon bozukluğu; laboratuvar takipleri	Hidrasyon, medikal tedavi (allopurinol), elektrolit düzenlemesi	Sıvı-elektrolit dengesi izlem, semptom takibi, eğitim, vital bulguların izlenmesi
Hiperkalsemi	Yorgunluk, bulantı, kabızlık, hiperkalsemi laboratuvar bulguları	Hidrasyon, bisfosfonat veya diüretik tedavi	Vital bulguların izlenmesi, sıvı dengesi izlem, semptom yönetimi
Hiponatremi	Hiponatremi, halsizlik, baş ağrısı, bulantı, kusma, kas krampları ve konfüzyon	Sıvı kısıtlaması, hipertonic salin (3% NaCl)	Vital bulgular ve nörolojik izlem, sıvı dengesi izlemi
Febril Nötropeni	Ateş, halsizlik, enfeksiyon bulguları; laboratuvar: nötropeni	IV antibiyotik, sıvı replasmanı, enfeksiyon odaklı tedavi	Vital bulguların sık izlenmesi, enfeksiyon kontrolü, hasta ve aile eğitimi

KAYNAKÇA

- Argaw, A. T., Gurfein, B. T., Zhang, Y., Zameer, A., & John, G. R. (2009). VEGF-mediated disruption of endothelial CLN-5 promotes blood-brain barrier breakdown. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(6), 1977-1982.
- Akdemir, N. (Ed.). (2021). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Akademisyen Kitabevi.
- Ay, I., Francis, J. W., & Brown Jr, R. H. (2008). VEGF increases blood-brain barrier permeability to Evans blue dye and tetanus toxin fragment C but not adeno-associated virus in ALS mice. *Brain research*, 1234, 198-205.
- Berardi, R., Caramanti, M., Castagnani, M., Guglielmi, S., Marcucci, F., Savini, A., ... & Cascinu, S. (2015). Hyponatremia is a predictor of hospital length and cost of stay and outcome in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 23(10), 3095-3101.
- Cairo, M. S., & Bishop, M. (2004). Tumour lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. *British journal of haematology*, 127(1), 3-11.
- Can, G. (Ed.). (2015). Onkoloji hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Grill, V., & Martin, T. J. (2000). Hypercalcemia of malignancy. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 1(4), 253-263.
- Gözüyeşil, E., Taş, F., & Düzgün, A. A. (2019). 15-49 yaş arası kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1215-1225.

- Gümüş, A., & Özyurt, S. (2018). Akciğer Kanserli Hastalarda Acil Durumlar. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 6 (2), 121-145.
- Hande, K. R., & Garrow, G. C. (1993). Acute tumor lysis syndrome in patients with high-grade non-Hodgkin's lymphoma. The American journal of medicine, 94(2), 133-139.
- Hu, M. I., Glezerman, I. G., Leboulleux, S., Insogna, K., Gucalp, R., Misiorowski, W., ... & Jain, R. K. (2014). Denosumab for treatment of hypercalcemia of malignancy. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 99(9), 3144-3152.
- Higdon, M. L., Atkinson, C. J., & Lawrence, K. V. (2018). Oncologic emergencies: recognition and initial management. American family physician, 97(11), 741-748.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today>
- Jafari, A., Rezaei-Tavirani, M., Salimi, M., Tavakkol, R., Jafari, Z. (2020). Oncological emergencies from pathophysiology and diagnosis to treatment: A narrative review. Social Work in Public Health, 35(8), 689-709. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1824844>
- Khan, U.A., Shanholtz, C.B., McCurdy, M.T. (2017) Oncologic mechanical emergencies. Hematology Oncology Clinics of North America, 31(6), 927-940. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hoc.2017.08.001>

- Klemencic, S., Perkins, J. (2019). Diagnosis and management of oncologic emergencies. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 316. <https://dx.doi.org/10.5811%2Fwestjem.2018.12.37335>
- Koduri, P. R. (2005). Hyperphosphatemia and tumor lysis syndrome. *Annals of hematology*, 84(10), 696-696.
- Lewis, M. A., Hendrickson, A. W., & Moynihan, T. J. (2011). Oncologic emergencies: pathophysiology, presentation, diagnosis, and treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(5), 287-314.
- Menekli, T., & Doğan, F. (2022). Onkolojik Aciller ve Hemşirelik Yönetimi: Vena Kava Süperior Sendromu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(3), 249-256.
- Metin, T. U. B. A., & Uğur, Ö. (2022). Multipl Miyelom Hastalarında Onkolojik Acillere Yönelik Kanıt Temelli Tıbbi Öneriler ve Hemşirelik Yönetimi: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(3).
- Minisola, S., Pepe, J., Piemonte, S., & Cipriani, C. (2015). The diagnosis and management of hypercalcaemia. *Bmj*, 350.
- Narang, M., Mohindra, P., Mishra, M., Regine, W., Kwok, Y. (2020). Radiation oncology emergencies. *Hematology Oncology Clinics of North America*, 34(1), 279-292. doi: 10.1016/j.hoc.2019.09.004
- Özkara San, E., Maneval, R., Gross, R. E., Myers, P. (2019). Transgender standardized patient simulation: Management of an oncological emergency. *Journal* <https://doi.org/10.1177%2F1043659619849479>

- Refaat, M. M., & Katz, W. E. (2011). Neoplastic pericardial effusion. *Clinical cardiology*, 34(10), 593-598.
- Raftopoulos, H. (2007). Diagnosis and management of hyponatremia in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 15(12), 1341-1347.
- Sargent, J. T., & Smith, O. P. (2010). Haematological emergencies managing hypercalcaemia in adults and children with haematological disorders. *British journal of haematology*, 149(4), 465-477.
- Spring, j., Munshi, L. (2021). Oncologic emergencies: Traditional and contemporary. *Critical Care Clinics*, 37(1), 85-103. doi: 10.1016/j.ccc.2020.08.0042017
- Stewart, A. F. (2005). Hypercalcemia associated with cancer. *New England Journal of Medicine*, 352(4), 373-379.
- Schouten, L. J., Rutten, J., Huveneers, H. A., & Twijnstra, A. (2002). Incidence of brain metastases in a cohort of patients with carcinoma of the breast, colon, kidney, and lung and melanoma. *Cancer*, 94(10), 2698-2705.
- Tepetaş, M., Arslantaş, D., Ünsal, A. (2021). Türkiye’de 2009-2019 yılı ölüm nedenlerinin TÜİK verilerine göre incelenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 0(0) 1-10. <https://doi.org/10.20515/otd.975000>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf Erişim Tarihi; 20.08.2025.

- Tosoni, A., Ermani, M., & Brandes, A. A. (2004). The pathogenesis and treatment of brain metastases: a comprehensive review. *Critical reviews in oncology/hematology*, 52(3), 199-215.
- Wacker, D.A., McCurdy, M.T. (2020). Oncologic emergencies. *Critical Care Medicine*, 40(7), 2212-2222.
<https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e31824e1865>

BÖLÜM 4

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ HASTA EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK

Doç. Dr. Çiğdem ÖKTEN

GİRİŞ

Onkoloji hemşireliği, kanser hastalarının tedavi sürecinde fiziksel, psikososyal, emosyonel ve sosyal gereksinimlerinin bütüncül bir yaklaşımla karşılanmasını amaçlayan ileri düzey bir hemşirelik uzmanlık alanıdır. Onkoloji hemşiresi, kanserlerden korunma, erken tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakım aşamalarında birey ve ailenin işlevlerini optimum düzeyde sürdürme ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik fiziksel, psikolojik, sosyal, spirüel vb. boyutları içine alan bütüncül yaklaşımla bakımı planlama, uygulama ve değerlendirmeden sorumludur (Velioğlu ve Yıldız, 2023). Hasta ve hasta ailesinin eğitimi hemşirenin önemli fonksiyonlarından biridir. Hasta ve ailesi ile kurulan yakın, teröpatik ilişki kanserin oluşturduğu krizin aşılmasında oldukça önemlidir. (Ünlü vd., 2010). Bu çerçevede hasta eğitimi ve danışmanlık, onkoloji hemşireliğinin temel uygulama alanlarından biri olup, hastaların tedavi sürecine uyumunu artırmakta, yaşam kalitesini iyileştirmekte ve hastanın bakım sürecine aktif katılımını güçlendirmektedir (Ferrell vd., 2019). Kanser tanısı alan bireyler, hastalık ve tedaviye dair belirsizlik, korku, bilgi eksikliği ve psikososyal stres yaşamaktadır. American Cancer Society (ACS, 2022)

ve European Oncology Nursing Society (EONS, 2021) rehberlerine göre, yapılandırılmış hasta eğitimi ve profesyonel danışmanlık desteği; hastaların hastalık sürecini anlama, semptom yönetimi, yan etkilerle baş etme ve yaşam kalitesi gibi birçok alanda olumlu sonuçlar doğurmaktadır.

Onkoloji Hemşireliğinde Hasta Eğitiminin Önemi

Onkoloji hemşireliğinde hasta eğitimi, kanser tanısı alan bireylerin hastalık sürecini anlamalarını, tedaviye uyum göstermelerini ve öz bakım davranışlarını geliştirmelerini sağlayan sistematik ve planlı bir girişimdir. Kanser, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yaşam alanlarını etkileyen karmaşık bir hastalıktır. Bu nedenle verilen eğitim, yalnızca bilgilendirmeyi değil, aynı zamanda hastanın duruma uyumunu, baş etme becerilerini güçlendirmeyi ve yaşam kalitesini artırmayı da hedefler (Ferrell vd., 2019; ONS, 2021).

Kanser tedavisinin çoğu uzun süreli olup kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, cerrahi ve hedefe yönelik tedaviler gibi çok yönlü uygulamaları içerir. Tedavinin etkili olabilmesi için hastanın verilen tedavi planına uyum göstermesi önemlidir. Uluslararası rehberler, iyi yapılandırılmış hasta eğitiminin tedavi uyumunu %30–40 oranında artırdığını göstermektedir (NCI, 2023). Eğitim, hastaya tedavi süreci ve beklenen etkiler konusunda bilgi sağlayarak:

- Yan etkilerin erken fark edilmesini
- Evde ilaç kullanım hatalarının azaltılmasını
- Tedavinin zamanında ve doğru uygulanmasını desteklemektedir.

Özellikle öz bakım yönetimi eğitimi alan kanser hastalarının komplikasyon oranlarının azaldığı ve tedavi toleransının arttığı bildirilmektedir (Chan vd., 2022).

Kanser ve tedaviye bağlı gelişen semptomlar (ağrı, bulantı-kusma, iştahsızlık, yorgunluk, nöropati, mukozit vb.), hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir. American Cancer Society (2022), hastaların büyük çoğunluğunun semptomlarını yönetme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını ve bunun hastaneye başvuruları artırdığını bildirmektedir.

Etkin ve sürekli hasta eğitimi, aşağıdaki çıktıları sağlar:

- Semptomların erken tanınması ve bildirilmesi
- Doğru baş etme yöntemlerinin uygulanması
- Acil durum belirtilerinin ayırt edilmesi
- Gereksiz acil başvuru ve yatışların azaltılması

Bu yönüyle eğitim, hem hasta güvenliğini hem de sağlık sisteminde maliyet etkinliği sağlayan önemli bir girişimdir.

Kanser tanısı alan hastalarda şok, inkâr, öfke, kaygı, depresyon ve belirsizlik sık görülen duygusal tepkilerdir. Çalışmalar, yeterli bilgilendirme ve danışmanlık alan hastaların psikolojik uyumlarının daha yüksek olduğunu ve anksiyete-depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Given ve Sherwood, 2020; Northouse vd., 2018).

Eğitim süreci hastanın:

- Kontrol duygusunu artırır
- Belirsizliği azaltır

- Umut ve baş etme becerilerini güçlendirir
- Karar verme sürecine aktif katılım sağlar

Bu yönüyle hasta eğitimi, aynı zamanda bir terapötik iletişim ve psikososyal destek müdahalesi olarak değerlendirilmektedir.

Yan etkiler, enfeksiyon riskleri, ilaç toksisiteleri ve beslenme sorunları nedeniyle kanser hastalarında komplikasyon gelişme olasılığı yüksektir. Onkoloji hemşireleri tarafından verilen eğitim, erken uyarı belirtilerinin tanınmasını ve uygun müdahalenin zamanında yapılmasını sağlayarak hasta güvenliğini artırmaktadır (WHO, 2020).

- Febril nötropeni belirtilerinin öğretilmesi
- Kateter bakımı eğitimi
- Hijyen ve beslenme önerileri
- Evde güvenli ilaç yönetimi gibi uygulamalar komplikasyon riskini önemli düzeyde düşürmektedir.

Hasta eğitiminin temel amaçlarından biri de, hastayı ve bakım verenlerini bakım sürecinin aktif katılımcısı haline getirmektir. Bu yaklaşım, “hasta merkezli bakım” modelinin temel prensipleriyle uyumludur. Ailelerin eğitime dahil edilmesi, bakım yükünü azaltmakta ve destekleyici bakımın kalitesini artırmaktadır (Şen ve Geçkil, 2020).

Eğitim, hastaya ve ailesine:

- Bilinçli karar verme hakkını kullanabilme
- Sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurma
- Tedavi kararlarında söz sahibi olma imkânı tanımaktadır. Bu durum, etik ve yasal boyutta da önemli bir gerekliliktir.

Danışmanlık ve Hemşirenin Rolü

Kanser tanısı alan bireyler ve aileleri, hastalık sürecinde önemli bilgi ihtiyacı, belirsizlik, duygusal zorlanmalar ve bakım konusunda yoğun stres yaşayabilmektedir. Bu nedenle onkoloji hemşireleri tarafından sunulan danışmanlık hizmetleri, hastaya ve ailesine tedavi sürecini anlamada, karşılaşılan sorunlarla başa çıkmada ve yaşam kalitesini artırmada önemli katkılar sağlamaktadır. Danışmanlık hizmetleri, kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda, hasta merkezli ve bütüncül bir anlayışla yürütülmektedir (Oncology Nursing Society [ONS], 2021; European Oncology Nursing Society [EONS], 2021).

Danışmanlık hizmetlerinin temel amacı, hastanın hastalık ve tedavi süreci hakkında doğru, açık ve güncel bilgiye ulaşmasını sağlamaktır. Bu doğrultuda onkoloji hemşiresi; hastaya uygulanan tedavinin türü, amacı, süresi, olası yan etkileri ve yan etkilerle baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirici danışmanlık sunar. Hastanın tedavi sürecine ilişkin bilgi sahibi olması, tedaviye uyumu artırmakta, yanlış uygulamaların önüne geçmekte ve bilinçli karar verme sürecini güçlendirmektedir (National Cancer Institute [NCI], 2023). Yapılan çalışmalar, planlı danışmanlık hizmeti alan hastalarda tedaviye uyumun ve tedavi motivasyonunun belirgin şekilde arttığını göstermektedir (Chan vd., 2022; Akgün, 2019).

Onkoloji hemşireleri, semptom yönetimi konusunda da önemli danışmanlık rolleri üstlenmektedir. Kanser ve tedaviye bağlı ağrı, bulantı-kusma, iştahsızlık, yorgunluk, uyku sorunları, mukozit ve nöropati gibi semptomlar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşire, bu semptomların erken fark edilmesi,

kontrol altına alınması ve evde uygulanabilecek rahatlatıcı yöntemler hakkında rehberlik eder. Etkin semptom yönetimi danışmanlığı, tedaviye bağlı yan etkilerin şiddetini ve hastaneye başvuru oranlarını azaltmaktadır (American Cancer Society [ACS], 2022; Çınar ve Kılıç, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2020), kanser bakımında semptom yönetimine yönelik danışmanlık hizmetlerinin hasta güvenliği açısından kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır.

Kanser süreci, bireyde psikolojik ve duygusal açıdan önemli etkiler yaratabilir. Hastaların tanı sonrası yaşadığı kaygı, korku, belirsizlik, depresyon ve stres gibi duygular, tedavi sürecini zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle onkoloji hemşireleri sadece bilgilendirme yapmakla kalmayıp aynı zamanda psikososyal danışmanlık sunarak hastanın duygusal yükünü hafifletmeye çalışır. Empatik iletişim, aktif dinleme ve duyguların ifade edilmesine olanak sağlama, hemşirenin bu süreçteki temel yaklaşımlarıdır. Araştırmalar, psikososyal danışmanlık alan hastaların stres düzeylerinin azaldığını, baş etme becerilerinin güçlendiğini ve uyumlarının arttığını ortaya koymuştur (Given ve Sherwood, 2020; Northouse vd., 2018). Gerekğinde hemşire, psikolog, psikiyatrist veya sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellere yönlendirme yapar.

Danışmanlık hizmetleri yalnızca hastaya yönelik değildir; bakım veren aile bireylerini de kapsar. Kanser hastasına bakım verme süreci, aile üyeleri için fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan zorlayıcı olabilmektedir. Bu nedenle hemşire; aileye hastalık sürecini, evde bakım ilkelerini, semptomları takip etme ve gerektiğinde sağlık kuruluşuna başvurma durumlarını anlatır. Aileye verilen danışmanlık

hizmeti, bakım yükünü azaltırken bakım kalitesini de artırmaktadır (Şen ve Geçkil, 2020; Northouse vd., 2018). Ayrıca hemşire, aile bireylerinin kendi psikolojik sağlıklarını korumalarına destek olacak önerilerde bulunur.

Onkoloji hemşireleri danışmanlık hizmeti sunarken kültürel değerleri, sosyal faktörleri ve etik ilkeleri de dikkate alır. Hastaların değerleri, inançları, eğitim düzeyi ve yaşam koşulları farklı olduğundan, danışmanlık bireyselleştirilmiş olarak planlanır. Hemşire, hastayı gerekli sosyal destek kaynakları, sağlık hakları ve yasal süreçler konusunda bilgilendirir. EONS (2021), kültürel duyarlılık ve etik yaklaşımların danışmanlık hizmetlerinin niteliğini artırdığını belirtmektedir.

Bu süreçte hemşire birden fazla profesyonel rolü aynı anda üstlenir. Bilgi aktaran bir eğitici, yol gösteren bir rehber, duygusal destek sağlayan bir destekçi, hasta haklarını koruyan bir savunucu ve gerektiğinde farklı uzmanlık alanlarına yönlendirme yapan bir danışman olarak görev yapar. Etkili danışmanlık için hemşirenin güçlü iletişim becerilerine, güncel kanıta dayalı bilgiye ve etik değerlere sahip olması gerekmektedir (ONS, 2021; Karadoğan & Üstün, 2022).

SONUÇ

Onkoloji hemşireliğinde hasta eğitimi ve danışmanlık, kaliteli ve bütüncül kanser bakımının temel unsurlarındandır. Etkili eğitim ve danışmanlık hizmetleri, hastaların hastalık ve tedavi sürecine yönelik bilgi düzeyini artırmakta, tedaviye uyumu güçlendirmekte, semptom yönetiminde öz bakım becerilerini geliştirmekte ve psikososyal açıdan

uyumlarını desteklemektedir. Hemşireler bu süreçte eğitici, danışman, savunucu ve destekçi rollerini üstlenerek hem hastaya hem de aile bireylerine rehberlik etmektedir. Bu nedenle onkoloji hemşirelerinin eğitim ve danışmanlık alanındaki yetkinliklerini geliştirmeleri, kanıta dayalı uygulamaları benimsemeleri ve hizmetlerin sürekliliğini sağlamaları, nitelikli kanser bakımının sürdürülmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- American Cancer Society. (2022). Cancer treatment and side effects. <https://www.cancer.org/>
- Akgün, Ş. (2019). Onkoloji hemşireliğinde hasta eğitimi ve danışmanlığın önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 312–318.
- Chan, R. J., Howell, D., Herrstedt, J., & et al. (2022). Cancer treatment–related toxicities and supportive care: International recommendations. *The Lancet Oncology*, 23(3), 301–316.
- Çınar, S., & Kılıç, S. (2021). Kanser hastalarında semptom yönetiminde hemşirelik danışmanlığının önemi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(2), 457–465.
- European Oncology Nursing Society. (2021). Cancer nursing education framework. <https://eons.nu/>
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... Smith, T. J. (2017). Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 35(1), 96–112. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474>
- Given, B., & Sherwood, P. (2020). Family caregiving for cancer patients: The role of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 47(2), 147–155.
- Karadoğan, D., & Üstün, B. (2022). Onkoloji hemşirelerinin rollerine ilişkin güncel yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 112–125.

- National Cancer Institute. (2023). Supportive and palliative care.
<https://www.cancer.gov/>
- Northouse, L. L., Williams, A. L., Given, B., & McCorkle, R. (2018).
Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer.
CA: A Cancer Journal for Clinicians, 62(4), 336–361.
- Oncology Nursing Society. (2021). ONS Guidelines™ for cancer
treatment–related education. ONS Publishing.
- Ünlü, H., Karadağ, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2010). Onkoloji
Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve
İşlevler. Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi, 12(1), 13-28.
- Şen, H., & Geçkil, E. (2020). Kanser hastalarına bakım verenlerin
yaşadığı güçlükler ve hemşirelik yaklaşımı. Anadolu Hemşirelik
ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(1), 85–94.
- Velioğlu, E., & Yıldız, H. (2023). Jineko-Onkoloji Hemşireliği ve
Rolleri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 23(1), 35-40.
- World Health Organization. (2020). Guide to cancer early diagnosis.
WHO Press.

BÖLÜM 5

PEDİATRİK ONKOLOJİDE HEMŞİRELERİN BÜTÜNCÜL (HOLİSTİK) BAKIMI ve ROLLERİ

Doç. Dr. Çiğdem Müge HAYLI*

Prof. Dr. Mehmet Zeki AVCI

Doç. Dr. Dilek DEMİR KÖSEM

GİRİŞ

Kanser hastalarının klinik alanında, hastaların destekleyici bakımı söz konusu olduğunda hemşirelerin rolü önemlidir. Bu aşamada da bütüncül (holistik) bakım girmektedir. Kanser hastalarını desteklemek için hemşirelerin bütüncül (holistik) bir yaklaşım kullanarak hastaların farklı fizyo-psiko-sosyal ihtiyaçlarını belirlemeleri gerekir (Rebollo ve ark., 2004; Tallis, 2005). Hemşirelik felsefesi, hemşireleri bütüncül sağlığa ulaşmak için insanları yetiştirmeye ve bakım karar alma süreçlerine yaşamlarının tüm yönlerini dahil eden ve bütünleştiren bir yaklaşım benimsemeye davet eder. Yaşam Kalitesine odaklanmak, hemşirelikte bütüncül bir yaklaşım felsefesiyle uyumludur (King, 2002). Bu uyumunda gerçekleşmesi de iyi bir bakımdan geçmektedir. Hastalar ve hemşirelerin kanser hastalarının yaşam kalitesi algıları arasında bir uyum olması gerekmektedir. Bu hemşirelerin kanser hastalarına

bütüncül bir bakım sağlayıp sağlamadığını gösterebilir (Stritter ve ark., 2018).

Pediyatrik onkolojide hastaların iyileşmesinde katkıda bulunmak, bakımın kalitesinin arttırmada hemşirelerin rolleri önemlilik oluşturmaktadır. Hemşire rolleri gerçekleştirirken; bakım verici, danışmanlık, savunucu vb. rollerini de gözönüne alarak hareket etmelidir bütüncül (holistik) bakımın kalitesini de arttıracaktır.

Bu kitap bölümünde pediyatrik onkolojide hemşirelerin bütüncül (holistik) bakımın; tanımı, önemi, etkileyen faktörler ve rolleri ele alınmıştır.

Bütüncül (Holistik) Bakım Nedir?

Bütünsel bakım, kesin bir tanımı olmayan karmaşık bir kavramdır (Strandberg ve ark., 2007). Bütünsel bakım, hastalar ve bakıma yönelik çeşitli ihtiyaçları hakkında derinlemesine bir anlayış sağlar ve sağlık bakım sistemlerinde önemli sonuçlara sahiptir ve hemşirelik biliminin kalbi olarak anılır (Filej and Kaucic, 2013).

Bütünsel bakım, hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerine katkıda bulunabilir ve kendi sorumluluklarını kabul etmelerine ve üstlenmelerine yardımcı olabilir (Selimen and Andsoy, 2011). Ayrıca, hastalıkların hastaların tepkileri ve gerçek ihtiyaçları üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır (Olive, 2003).

Hastaların fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını ele alarak dengelerini yeniden sağlar ve hastalıklarıyla başa çıkma yöntemlerini sağlayarak yaşamlarını iyileştirir (Tjale ve Bruce, 2007).

Bütünsel bakım (holistik) ise kişinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve ruhsal ihtiyaçlarını, hastalığa verdiği yanıtı ve hastalığın öz bakım ihtiyaçlarını karşılama becerisi üzerindeki etkisini dikkate alan tam veya bütünsel hasta bakımındır (Ventegodt ve ark., 2016).

Bütüncül (holistik) bakım bireyler için multidisipliner, koordineli ve bütüncül (holistik) bir bakım vaadinde bulunur ve temel hasta çıktısı olarak optimum yaşam kalitesini hedefler (Ventegodt ve ark., 2016).

Pediatric Onkoloji Nedir?

Pediatric onkolojide bütünsel bakım, kanser hastalığının çok yönlü doğasını ele alan ve hastanın refahının fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal boyutlarının birbiriyle bağlantılı olduğunu vurgulayan bütünleştirici bir yaklaşımdır (Al Tarfaoui ve ark., 2024).

Pediatric onkolojide bütüncül (holistik) bakım, hastanın refahının fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal boyutları arasındaki karmaşık etkileşimi vurgulayarak geleneksel biyomedikal modeli aşan kapsamlı bir yaklaşımı temsil eder. Kanser, yalnızca vücudun biyolojik sistemlerini etkilemekle kalmayıp aynı zamanda önemli psikolojik ve sosyal etkilere de yol açan çok yönlü bir hastalıktır. Bu, yalnızca tümöre odaklanmak yerine tüm bireyi önceliklendiren bütüncül (holistik) bir bakım modelini gerektirir. Bütüncül bakım (holistik), hastaların kanseri bir hastalık olarak değil, aynı zamanda prognozları ve kimlikleri konusunda bir dizi endişe, korku ve belirsizlik yaratan, yaşamı değiştiren bir olay olarak da deneyimlediklerini kabul eder (Thompson ve ark., 2008).

Pedriatrik Onkolojide Hemşirelerin Uyguladıkları Bütüncül (Holistik) Bakımın Önemi

Pedriatrik onkolojide hemşirelerin uyguladıkları bütüncül bakımın temeli, hasta merkezli felsefesinde yatar. Bu yaklaşım, sağık hizmeti sağılayıcılarının, özellikle de hemşirelerin, güven ve açık iletişimi teşvik eden terapötik ilişkiler kurmada aktif katılımını gerektirir. Hemşireler, hastaların değerlerini, tercihlerini ve benzersiz koşullarını anlayarak, hastanın hedefleri ve ihtiyaçlarıyla uyumlu müdahaleler geliştirebilirler. Bu, bir kişinin sağığının biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilendiğini varsayan Biyo-Psiko-Sosyal Model gibi çerçevelerle uyumludur. Bütüncül bakımın uygulanması, hastanın yaşam kalitesini artırabilir, sıkıntıyı hafifletebilir ve tedavi rejimlerine daha iyi uyumu teşvik edebilir (Rebollo ve ark., 2004).

Pedriatrik onkolojide hemşirelerin uyguladıkları bütünsel bakım, hastaları desteklemek için çeşitli yöntemleri bir araya getirir. Geleneksel tıbbi tedavinin ötesinde, farkındalık odaklı fiziksel egzersiz, beslenme danışmanlığı ve ruh sağığı desteğı gibi tamamlayıcı terapiler, refahı artırmadaki rolleri nedeniyle giderek daha fazla kabul görmektedir (Kaye ve ark., 2016). Örneğın, farkındalık uygulamaları, kanser tedavisi gören hastalarda kaygıyı önemli ölçüde azaltabilir ve başa çıkma mekanizmalarını iyileştirebilir. (Kemper and Wornham, 2001). Dahası, kanıtlar, bütüncül yaklaşımların kemoterapi gibi tedavilerin yan etkilerini

azaltılabileceğini ve böylece genel tedavi toleransını artırılabileceğini holistik bakımında önemliliğini göstermektedir (Cadet ve ark., 2016).

Pediatric Onkolojide Hemşirelerin Bütüncül (Holistik) Bakımı Etkiyen Faktörler

Pediatric onkolojide hemşirelerin bütüncül (holistik) bakım, tıbbi tedavi ve duygusal ve psikososyal destek de dahil olmak üzere sağlığın çeşitli boyutlarının entegre edilmesini içerir. Çalışmalar, kanserli çocuklar ve aileleri arasında psikolojik stres ve kaygının yaygın olduğunu ve duygusal refahı ve dayanıklılığı destekleyen müdahaleler gerektirdiğini göstermektedir. Bireysel veya grup danışmanlığı ve sanat terapisi ve müzik terapisi gibi terapötik faaliyetler yoluyla sağlanan psikolojik desteğin, stresi azalttığı ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir (Prates ve ark., 2024; Dias ve ark., 2020; Friestino ve ark., 2017).

Ancak, hemşireler kapsamlı bakım sağlarken çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır. Onkoloji vakalarının karmaşıklığıyla başa çıkmak ve kanıta dayalı müdahaleleri uygulamak için sürekli ve uzmanlaşmış eğitim şarttır. Bununla birlikte, kaynak kıtlığı, iş yükü ve bakım seviyeleri arasında entegrasyon eksikliği, bakım kalitesini tehlikeye atabilir. Mesleki eğitimi ve yeterli kaynak tahsisini teşvik eden yönetim stratejileri ve kamu politikaları, bu engellerin üstesinden gelmek için temel öneme sahiptir (Prates ve ark., 2024; Dias ve ark., 2020; Friestino ve ark., 2017).

Hemşirelerin bütüncül bakıma yönelik sağlık eğitimi ve aile güçlendirme çalışmalarına aktif katılımı hayati önem taşımaktadır. Hastalık, tedavi ve destek seçenekleri hakkında net bir şekilde bilgi vermek, ailelerin anlayışını geliştirir ve bakım sürecine daha aktif katılımı teşvik ederek özerkliği ve karar alma kapasitesini her yönden bakımını kalitesini güçlendirir (Sousa ve ark., 2019; Monteiro ve ark., 2015).

Evde destek programları, düzenli hemşire ziyaretleri ve tele-tıp ve uzaktan izleme platformları gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, özellikle ulaşılması zor bölgelerde klinik sonuçları iyileştirmede ve bakımı koordine etmede ve sağlıklı bir şekilde sürüdürülmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır [8-14]. Doktorlar, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarını içeren disiplinler arası iş birliği ve destek ağlarının oluşturulması, koordineli ve entegre bir bakım sağlarken, akupunktur ve bitkisel ilaç gibi tamamlayıcı uygulamalar geleneksel tedaviyi tamamlayabilir ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirebilir (Prates ve ark., 2024; Dias ve ark., 2020; Friestino ve ark., 2017).

Pediyatrik Onkolojide Hemşirelerin Bütüncül (Holistik) Bakımda ve Roller

Hemşireler, bütüncül bakımın uygulanmasında önemli kolaylaştırıcılar olarak görev yaparlar. Genellikle hasta etkileşiminin ön saflarında yer alırlar, duygusal destek, eğitim ve semptom yönetimi sağlarlar. Benzersiz konumları, bir hastanın ihtiyaçlarını bütüncül

olarak değerlendirmelerine, ek destek gerektiren alanları belirlemelerine ve multidisipliner ekipler arasında bakımı koordine etmelerine olanak tanır. Bu rol, tedavi sürecinin genellikle uzun ve çok faktörlü olduğu ve hastanın psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarının bakım süreci boyunca karşılanmasını sağlamak için sürekli gözetim gerektiren onkoloji alanında özellikle hayati önem taşır. Doğrudan hasta bakımına ek olarak, bütüncül (holistik) bakımın onkolojideki hemşirelerin rolü, bütüncül (holistik) yaklaşımlara öncelik veren politika değişiklikleri ve sağlık uygulamaları için savunuculuk yapmaya kadar uzanır (Tallis, 2005). Bu, psikososyal destek hizmetleri ve palyatif bakım ekipleri gibi kapsamlı bakım girişimlerini destekleyen kurumsal kaynakların savunulmasını içerebilir. Sürekli mesleki gelişime katılarak hemşireler, bütüncül (holistik) bakım ilkelerine ilişkin anlayışlarını geliştirebilir ve bunları klinik uygulamaya etkili bir şekilde entegre edebilirler. Dahası, bütüncül (holistik) bakımın kanser hastalarının sonuçlarını iyileştirmedeki etkinliğini destekleyen giderek artan bir araştırma grubu bulunmaktadır. Çalışmalar, bütüncül (holistik) bakım alan hastaların daha yüksek memnuniyet seviyeleri, gelişmiş duygusal refah ve hatta daha iyi klinik sonuçlar bildirdiğini göstermektedir. Bu durum, palyatif yaklaşımlar ile tedavi edici amaç arasında bir ikilem olduğu yönündeki geleneksel düşünceye meydan okumaktadır. Hemşireler, kanser tedavisinin yalnızca fiziksel yönlerini değil, aynı zamanda duygusal ve ruhsal boyutlarını da ele alarak, hastalar için daha onurlu ve destekleyici bir bakım deneyimi sağlamaya yardımcı olabilirler (Zhao ve ark., 2003).

Özellikle hem çocuk hem yetişkin kanser hastaları için bütüncül (holistik) bakımda hemşirelik sorumlulukları, hastalığın fiziksel tedavisinin ötesine uzanan geniş bir görev yelpazesini kapsar. Bütüncül (holistik) bakım, fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi ihtiyaçları bütünleştirerek bütüncül olarak bireye odaklanır. Hemşireler, bu modelde hastaların ve ailelerinin savunucusu ve birincil bakım sağlayıcısı olarak önemli bir rol oynarlar. Bu bağlamda hemşirelerin temel sorumluluklarından biri, hastaların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesidir (Newshan, 2004). Bu, yalnızca fizyolojik semptomların ve tedavilerin değerlendirilmesini değil, aynı zamanda hastaların psikolojik ve duygusal durumlarının anlaşılmasını da içerir (Thompson ve ark., 2008). Bütüncül (holistik) değerlendirmeler yapmak, hemşirelerin karşılanmamış ihtiyaçları, tedaviye yönelik olası engelleri ve ek desteğin gerekli olabileceği alanları belirlemelerine yardımcı olur. Değerlendirmeye ek olarak, hemşireler her hastanın benzersiz deneyimlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını yansıtan kişiselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesinden ve uygulanmasından sorumludur. Bu bireyselleştirilmiş yaklaşım, onkologlar, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler ve ruh sağlığı uzmanları dahil olmak üzere disiplinlerarası ekiplerle yakın iş birliği gerektirir. Hemşireler, hastaların günlük yaşamlarına dair benzersiz içgörülerinden yararlanarak daha iyi sonuçları teşvik eden müdahalelerin geliştirilmesine yardımcı olabilirler. Örneğin, sanat veya müzik terapisi gibi alternatif terapileri dahil edebilir ve iyileştirici bir ortam yaratmak için beslenme danışmanlığı gibi yaşam tarzı değişikliklerini ele alabilirler (Bahrami, 2010; Willison, 2006).

Eğitim, bütünsel kanser bakımında hemşirelik sorumluluklarının bir diğer kritik ayağıdır. Hemşireler, yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda aileleri için de eğitimci görevi görürler. Kanser tedavi seçenekleri, semptom yönetimi ve tedavinin yan etkileri hakkında temel bilgiler sağlayarak, ailelerin genellikle karmaşık olan sağlık hizmetleri ortamında yol almalarına yardımcı olurlar. Ayrıca hemşireler, hastalara kendi iyileşme süreçlerinde aktif rol almalarını sağlayacak öz bakım stratejileri öğretilmede etkilidirler (Fisch ve ark., 2003).

Hemşireler, çocukların duygusal katmanları ele alan şefkatli bakım sağlama konusunda benzersiz bir konuma sahiptir. Sadece orada bulunmak, çocuk onkolojik hastaların endişelerini aktif olarak dinlemek ve açık iletişimi kolaylaştırmak, ruhsal sağlığı önemli ölçüde etkileyebilir. Ayrıca hemşireler, gerektiğinde ruh sağlığı kaynaklarını savunarak hastalar ve psikoterapi hizmetleri arasında sıklıkla irtibat görevlisi olarak görev yaparlar (King, 2006).

Kanser hastalarında ağrı yönetimi ve semptom kontrolü, özellikle hemşirelerin rolünü içeren bütünsel bakımın temel bileşenleridir. Kanserle ilişkili ağrı, hastalığın kendisinden, tedavi müdahalelerinden veya her ikisinin bir kombinasyonundan kaynaklanabilir, bu nedenle kapsamlı bir yönetim yaklaşımı gerektirir. Hemşireler, etkili ağrı kesiciyi değerlendirmede ve sağlamada kritik bir rol oynar ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde artırır (Ağrı değerlendirmesi, kanser bakımında etkili ağrı yönetiminin temel taşıdır. Hemşireler genellikle hastalarla ilk karşılaştıran sağlık profesyonelleridir ve gözlemleri, ilk bakım kararlarını büyük ölçüde

etkileyebilir. Sayısal derecelendirme ölçeği, Wong-Baker Faces Ağrı Değerlendirme Ölçeği veya daha kapsamlı değerlendirme protokolleri gibi araçları kullanarak hemşireler, hastanın ağrısının yoğunluğunu, yerini ve karakterini değerlendirebilirler. Sadece ölçümün ötesinde, ağrının psikolojik, sosyal ve ruhsal faktörlerden etkilenen öznel bir deneyim olduğunun bilincinde olmak önemlidir.

Pediyatrik onkolojik hastalarında semptom kontrolü, ağrı yönetiminin ötesine geçerek yorgunluk, mide bulantısı, nefes darlığı ve anksiyete gibi bir dizi rahatsız edici semptomu da kapsar. Hemşireler, bu semptomları erken tespit etmek ve proaktif müdahalelerde bulunmak için kapsamlı değerlendirmeler yapar (Rheingans, 2008). Örneğin, yorgunluğun yönetimi sadece farmakolojik yaklaşımları değil, aynı zamanda enerji tasarrufu stratejilerini ve aktivite değişikliklerini bakım planına dahil etmeyi de içerebilir (Mahfudh, 2011).

Hemşireler, mide bulantısının başlangıcını fark etmede ve antiemetik ilaçları zamanında uygulama konusunda önemli bir rol oynarlar. Aynı zamanda beslenme danışmanlığı ve diyet değişiklikleri ve yemek zamanlaması ayarlamaları gibi etkisini azaltmaya yönelik stratejiler sunarlar. Benzer şekilde, dispne vakalarında hemşireler, hastaların sıkıntılarını hafifletmek için nefes alma teknikleri, ek oksijen veya ilaçlar kullanmalarına yardımcı olabilir ve solunum semptomlarıyla sıklıkla ilişkili olan kaygıyı yönetmek için duygusal destek sağlayabilirler (Williams ve ark., 2006).

SONUÇ

Pediyatrik onkolojide bütüncül (holistik) bakımın uygulanması, çok yönlü ihtiyaçlarını karşılamak için elzemdir. Hemşireler, fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal boyutların karmaşık etkileşimini fark ederek, pediyatrik hastaların refahını ve yaşam kalitesini artıran kapsamlı bir bakım ortamı yaratabilirler. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım planlarını değerlendirme, planlama ve uygulama süreçlerine aktif katılımı, etkili iyileşme için hayati önem taşıyan terapötik ilişkileri teşvik eder. Bütüncül (holistik) bakım uygulamaların hemşirelik eğitimi ve mesleki gelişime entegre edilmesi hayati önem taşımaktadır. Hemşireleri gerekli beceri ve bilgiyle donatarak, sağlık sistemleri yalnızca semptomları hafifletmekle kalmayıp aynı zamanda pediyatrik onkolojik bakımının daha geniş psikososyal yönlerini de ele alan daha hasta merkezli bir yaklaşımı teşvik edebilir. Pediyatrik onkolojide bütüncül (holistik) bakımı benimsemek, hemşirelerin deneyimini dönüştürmeye ve bakımın hizmet verdiği bireyler kadar kapsamlı ve şefkatli olmasını sağlamaya doğru önemli bir adımdır.

KAYNAKÇA

- Al Tarfaoui, A. A. F., Al Anzi, M. K., Albishi, H. S. M., Alruwaili, M. F. W., Mahboob, S. M. N., Al Hazmi, H. H., Al Mutairi, F. S. F. (2024). The Role of Nurses in Holistic Care in Cancer Patients. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 7(S8), 123.
- Bahrami, M. (2010). Do nurses provide holistic care to cancer patients? *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 15, 245–51.
- Cadet, T., Davis, C., Elks, J., Wilson, P. (2016). A holistic model of care to support those living with and beyond cancer. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 4, p. 88). MDPI.
- Dias, T., França, J., Silva, M., Oliveira, E., Marinho, H., de Goes, A. (2020). Early detection of childhood and adolescent cancer in Primary Health Care: possibilities and limitations. *RER*, 5, 1-8.
- Filej, B., Kaucic, B. M. (2013). Holistic nursing practice. *South East Eur Health Sci J*, 3, 1–7.
- Fisch, M.J., Titzer, M.L., Kristeller, J.L., Shen, J., Loehrer, P.J., Jung, S.H. (2003). Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being--a Hoosier Oncology Group Study. *J Clin Oncol.*, 21(14), 2754–9.
- Friestino, J., Corrêa, C., Filho, D. (2017). Professionals Perceptions about the Early Diagnosis of Childhood Cancer in Primary Health Care. *Rev. Bras. Cancerol*, 63(4).

- Kemper, K. J., Wornham, W. L. (2001). Consultations for holistic pediatric services for inpatients and outpatient oncology patients at a children's hospital. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(4), 449-454.
- Kaye, E. C., Friebert, S., Baker, J. N. (2016). Early integration of palliative care for children with high-risk cancer and their families. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(4), 593-597.
- King, M.O., Gates, M.F. (2006). Perceived barriers to holistic nursing in undergraduate nursing programs. *Explore (NY)*, 2, 334–8.
- King, C.R., Hinds, P., Dow, K.H., Schum, L., Lee, C. (2002). The nurse's relationship-based perceptions of patient quality of life. *Oncol Nurs Forum.*, 29(10), 118–26.
- Mahfudh, S. S. (2011). Nurse's role in controlling cancer pain. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, 146-S148.
- Monteiro, A. C. M., Rodrigues, B. M. R. D., & Pacheco, S. T., Pimenta, L. S. (2015). Nurses' work with children with cancer: palliative care. *Rev. enferm. UERJ*, 22(6), 778-783.
- Newshan, G. (2004). Development and evaluation of an inpatient [correction of inpatient] holistic nursing care services department. *Complement Ther Nurs Midwifery.*, 10,168–74
- Prates, P. E. G., Correa-Júnior, A. J. S., Vieira, N. C. B., Ferreira, P. J., da Silva Russo, T. M., Paraizo-Horvath, C. M. S.,

- Sonobe, H. M. (2024). Comprehensive Care for Pediatric Oncology Patients and Their Families from the Perspective of Primary Health Care Nurses: A Scoping Review. *Health and Prevention Journal*, 1(1).
- Rebollo, P., Alvarez-Ude, F., Valdes, C., Estebanez, C. (2004). Different evaluations of the health related quality of life in dialysis patients. *J Nephrol.*, 17(6), 833–40.
- Rheingans, J. I. (2008). Pediatric oncology nurses' management of patients' symptoms. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25(6), 303-311.
- Selimen D, Andsoy II. (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J*, 93, 482–7.
- Sousa, A., Silva, L., Paiva, E. (2019). Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. *Rev.bras. Enferm*, 72(2).
- Stritter, W., Rutert, B., Längler, A., Eggert, A., Holmberg, C., Seifert, G. (2018). Integrative care for children with cancer. Project design for the development of an integrative care programme for use in paediatric oncology. *Complementary Therapies in Medicine*, 41, 247-251.
- Olive, P. (2003). The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A and E department. *Accid Emerg Nurs*, 11, 27–32.
- Rebollo, P., Alvarez-Ude, F., Valdes, C., Estebanez, C. (2004). Different evaluations of the health related quality of life in dialysis patients. *J Nephrol.*, 17(6), 833–40.

- Strandberg, E.L., Ovhed, I., Borgquist, L., Wilhelmsson, S. (2007). The perceived meaning of a (w) holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: A qualitative study. *BMC Fam Pract*, 8, 8.
- Tallis, K. (2005). How to Improve The Quality of Life in Patients Living with End Stage Renal Failure. *Renal Society of Australia Journal*, 1(1), 18–24.
- Tjale, A.A., Bruce, J. A. (2007). concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. *Curationis*, 30, 45–52.
- Thompson, E. A., Quinn, T., Paterson, C., Cooke, H., McQuigan, D., Butters, G. (2008). Outcome measures for holistic, complex interventions within the palliative care setting. *Complement Ther Clin Pract.*, 14, 25–32.
- Willison, K.D. (2006). Integrating Swedish massage therapy with primary health care initiatives as part of a holistic nursing approach. *Complement Ther Med*, 2006;14, 254–60.
- Williams, P. D., Schmideskamp, J., Ridder, E. L., Williams, A. R. (2006). Symptom monitoring and dependent care during cancer treatment in children: pilot study. *Cancer Nursing*, 29(3), 188-197.
- Ventegodt, S., Kandel, I., Ervin, D. A., Merrick, J. (2016). Concepts of holistic care. In *health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan* (pp. 1935- 1941). Cham: Springer International Publishing.
- Zhao, H., Kanda, K., Liu, S.J., Mao, X.Y. (2003). Evaluation of quality of life in Chinese patients

withgynaecological cancer: assessments by patients and nurses. *Int J Nurs Pract*, 9(1), 40–8.

BÖLÜM 6

HİPERTANSİYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI

İzzet Çoşkun ÖZTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi Filiz DİLEK

GİRİŞ

Hipertansiyon (HT), dünya genelinde erişkinlerde ölüme neden olan en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Günümüzde ciddi bir halk sağlığı sorunu olan olmaya devam eden hipertansiyonun başlangıçtaki sessiz seyri hastalığın teşhis ve tedavi süreçlerinde gecikmelere yol açarak bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yıldırım, 2021).

Multidisipliner ekip yaklaşımını gerektiren ve hipertansiyon yönetiminde; ilaçların takibi, hasta eğitimi, danışmanlık ve bakım koordinasyonu gibi birçok alanda hemşireler etkin rol üstlenmektedir. Etkin bir hemşirelik bakımı hastaların tedaviye uyumunu artırarak komplikasyon risklerini azaltmakta ve toplum sağlığını iyileştirmeye katkı sağlamaktadır (Demirci,2010; Yıldırım, 2021). Bu doğrultuda yazında; hipertansiyon, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri ve hemşirelik bakımı ele alınmaktadır.

HİPERTANSİYONUN TANIMI

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 2022 yılında yayımladığı Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre hipertansiyon; arteriyel kan basıncının belirli eşik değerlerin üzerinde seyretmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda, ofis ortamında yapılan tekrarlayan ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması hipertansiyon tanısı için yeterlidir. Alternatif olarak, 24 saatlik ambulator kan basıncı izlemi sonucunda ortalama sistolik/diyastolik değerlerin 130/80 mmHg veya üzerinde bulunması da tanı koydurucudur. Aynı şekilde, evde yapılan kan basıncı ölçümlerinde ortalama değerlerin 135/85 mmHg veya üzerinde olması da hipertansiyonun bir diğer tanı ölçütü olarak kabul edilmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise iki ayrı günde alınan kan basıncı ölçümlerinde her iki günde sistolik kan basıncı değerleri ≥ 140 mmHg ve / veya her iki gündeki diyastolik kan basıncı değerleri ≥ 90 mmHg ise hipertansiyon tanısı konulması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2025).

HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon dünya genelinde en sık karşılaşılan kardiyovasküler hastalık olarak kabul edilmektedir. Sağlık alanındaki teknolojik ve tıbbi gelişmeler sonucunda yaşam süresinin uzaması, fiziksel aktivitenin azalması ve obezite sıklığının artması gibi faktörler, hipertansiyonun küresel çapta giderek daha yaygın hale gelmesine

neden olmaktadır (Williams ve ark., 2018). DSÖ verilerine göre, küresel ölçekte yaklaşık 1 milyar bireyde hipertansiyon tanısı bulunmakta ve bu bireylerin yaklaşık üçte ikisi düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2029 yılında 30-79 yaş arası bireylerde hipertansiyonun yaşa göre standardize edilen ortalama prevalansının erkeklerde %34, kadınlarda ise %32 düzeyinde olduğunu belirtilmektedir (Güven Çetin ve Çiçekçioğlu 2024). Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) tarafından 2018 yılında yayımlanan kılavuza göre, hipertansiyonun Avrupa'daki genel prevalansı %30 ile %45 arasında değişmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte hipertansiyon sıklığı da artmakta; 60 yaş ve üzeri bireylerde bu oran %60'ın üzerine çıkmaktadır (Williams ve ark., 2018). Ülkemizde 2003-2012 yılları arasında değişimlerin değerlendirildiği hipertansiyon prevalans çalışması verilerine göre, Türkiye'de erişkin bireylerde hipertansiyon prevalansı %30 seviyesinde bildirilmektedir. Aynı çalışmada hipertansiyon farkındalığı 2003 yılında %40.7 olarak iken bu oran 2012 yılında %54,7 olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyeti, ileri yaş, kentte yaşama, ailede hipertansiyon öyküsü, diyabet tanısı ve obezite gibi faktörlerin hipertansiyon farkındalığını artırdığı belirlenmiştir (Sengül ve ark., 2016). 2022 yılında Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından yayınlan hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzunda Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı %33,7, Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması

(TURDEP-II) sonuçlarına göre ise %31,4 olarak belirtilmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI

Hipertansiyon kan basıncının düzeyine, hedef organ tutulumunun varlığına ve bazı klinik varyantlara dayalı olarak sınıflandırılmaktadır. Klinik olarak en sık kullanılan sınıflamalar arasında kan basıncına göre yapılan sınıflama, hedef organ hasarının değerlendirilmesine göre yapılan sınıflama ile beyaz önlük hipertansiyonu, malign hipertansiyon ve izole sistolik hipertansiyon gibi özel durumlar yer almaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Yıldırım ve Durna, 2021).

Kan Basıncına Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonun tanı ve tedavi sürecinde evrelendirme büyük önem taşımaktadır. Sınıflandırma sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine göre yapılmaktadır. Amerikan Kardiyoloji Derneği tarafından 2017 yılında yayımlanan kılavuzda hipertansiyon tedavisinde yaşam şekli değişikliği ve tıbbi tedaviye başlama sınırı 140/90 mmHg sınırından 130/90 mmHg sınırına indirgenmiştir (Doğaner ve Aydoğan, 2019). 2017 yılında Amerikan Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) tarafından kan basıncı düzeyine göre yapılan sınıflandırma Tablo 1’ de sunulmaktadır. 2018 yılında Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESC/ESH) tarafından yayımlanan kılavuzda yer alan sınıflandırma Tablo 2’ de verilmektedir (Williams ve ark., 2018).

Tablo 1. 2017 ACC/AHA hipertansiyon kılavuzu sınıflandırması

	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)
Normal	<120 ve	<80
Yüksek	120-129 ve	<80
Evre 1 HT	130-139 veya	80-89
Evre 2 HT	≥ 140 veya	≥ 90

HT: Hipertansiyon, DKB: Diyastolik Kan Basıncı, SKB: Sistolik Kan Basıncı

Tablo 2. ESC/ESH kan basıncı sınıflandırması

	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)
Optimal	<120 ve	<80
Normal	120-129 ve/veya	80-84
Yüksek-Normal	130-139 ve/ veya	85-89
Evre 1 HT	140-159 ve/ veya	90-99
Evre 2 HT	160-179 ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥ 180 ve/ veya	≥ 100
İzole Sistolik HT	≥ 140 ve	<90

HT: Hipertansiyon, DKB: Diyastolik Kan Basıncı, SKB: Sistolik Kan Basıncı

Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonun tanı ve tedavisindeki temel amaç, kardiyovasküler hastalıkların gelişimini önlemek ve bu hastalıklarla ilişkili komplikasyonların, özellikle de mortalite riski taşıyan durumların ortaya çıkmasını engellemektir. Bu nedenle hipertansiyonun sınıflandırılması yalnızca ortalama kan basıncı (KB) düzeylerine göre

değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve bireye özgü risk faktörleri göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Bu çok boyutlu değerlendirme ile tedavi stratejilerinin bireyselleştirilmesi de mümkün hale gelmektedir (Coşkun, 2022). Tablo 3’ de risk gruplarına göre sınıflandırma sunulmaktadır (Durna ve Akın, 2012; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Tablo 3. Risk grubuna göre sınıflandırma

A Düzeyi Risk Grubu (Düşük Riskli Hastalar)	• Kardiyovasküler hastalık riski açısından en düşük risk profiline sahip bireyleri kapsamaktadır. • Bireylerde kan basıncına bağlı olarak gelişebilecek klinik tablolarla ilişkili semptomatik herhangi bir kardiyovasküler hastalık saptanmamaktadır. • Hedef organ tutulumuna ilişkin herhangi bir bulguya ya da hipertansiyonla ilişkili ek risk faktörlerine rastlanmaz. • Bireyler, genellikle hipertansiyonun erken evresinde olan ve yaşam tarzı değişiklikleri ile etkin bir şekilde yönetilebilecek hasta grubunu oluşturmaktadır.
B Düzeyi Risk Grubu (Orta Riskli Hastalar)	• Kardiyovasküler açıdan orta düzeyde risk taşıyan bireylerden oluşmaktadır. • Hastalarda semptomatik kardiyovasküler hastalık ya da hedef organ tutulumuna dair herhangi bir bulgu bulunmamaktadır. • Diyabetes mellitus (DM) dışındaki bir veya birden fazla yaşamı tehdit edebilecek risk faktörü mevcuttur. Bu faktörler arasında dislipidemi, sigara kullanımı, ailede erken

	yaşıta kardiyovasküler hastalık öyküsü, obezite ve fiziksel inaktivite gibi etmenler yer alabilir. • B düzeyi risk grubundaki hastaların takibi ve yönetimi, yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra farmakolojik tedavi ihtimalini de göz önünde bulunduran çok yönlü bir yaklaşımla yürütülmektedir.
C Düzeyi Risk Grubu (Yüksek Riskli Hastalar)	• Hipertansiyonun en yüksek risk profiline sahip bireylerini kapsamaktadır. • Hastalarda, hedef organ tutulumuna dair belirgin bulgular mevcuttur ve aynı zamanda DM ile kardiyovasküler hastalıklar gibi ciddi eşlik eden sağlık sorunları bulunur. • Hem kardiyovasküler hastalıklar hem de metabolik bozukluklar, bu bireylerin klinik yönetimini daha karmaşık hale getirir ve tedavi sürecinin agresif şekilde düzenlenmesini gerektirir. Bu hastalar, hem hipertansiyonun yol açtığı organ hasarı hem de mevcut komorbiditelerin etkisiyle yüksek komplikasyon riski taşır ve bu nedenle multidisipliner bir yaklaşım ile izlenmeleri gerekmektedir.

Etiyolojisine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon, etiyolojik açıdan iki ana grupta incelenebilir: primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon.

Primer (Esansiyel) Hipertansiyon

Kesin bir etiyolojik faktörün tanımlanamadığı bir durumdur ve hipertansiyon vakalarının yaklaşık %95'ini oluşturmaktadır. Bu tür

hipertansiyonun gelişiminde genetik, çevresel faktörler, yaşam tarzı alışkanlıkları (örneğin, aşırı tuz tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, aşırı alkol tüketimi) ve vücutta bulunan diğer metabolik bozuklukların etkileşimi rol oynayabilir. Ancak, bu faktörlerin bir araya gelerek nasıl bir hipertansiyon gelişimine yol açtığı tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu nedenle, primer hipertansiyon genellikle "esansiyel" ya da "idiyopatik" olarak adlandırılır, çünkü spesifik bir neden ya da hastalıkla ilişkilendirilemez (Çelik ve ark., 2023)

Primer hipertansiyon, genellikle orta yaş grubundaki bireylerde daha sık görülmektedir. Bu durumun gelişiminde hem genetik hem de çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır. Genetik yatkınlığın etkisi, primer hipertansiyonun büyük ölçüde genetik faktörlere dayalı olduğuna dair mevcut teorileri desteklemektedir. Aile öyküsü bulunan bireylerde hipertansiyonun daha yüksek oranda görüldüğü, genetik faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasındaki etkisini gösteren önemli bir bulgudur. Bunun yanı sıra, çevresel etmenler, özellikle yaşam tarzı alışkanlıkları (örneğin, düzensiz diyet, stres, aşırı tuz tüketimi ve fiziksel hareketsizlik) genetik eğilimle birleşerek hipertansiyonun gelişimine zemin hazırlamaktadır (Bell ve ark. 2015; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2022; Whelton ve ark., 2016).

Sekonder Hipertansiyon

Hipertansiyon hastalarının yalnızca %5-10'unu oluşturan bir gruptur. Bu tür hipertansiyonun temel özelliği, hipertansiyonun belirli ve tanımlanabilir bir altta yatan nedenin sonucu olarak ortaya

çıkmasıdır (Bayar, 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Sekonder hipertansiyon, altta yatan nedenlere yönelik yapılan tedavi müdahaleleri ile gerileyebilir. Erken tanı ile başlanan uygun tedavi, kardiyovasküler hastalık risklerini azaltabilir ve kan basıncının normal seviyelere düşmesini sağlayabilir. Bu nedenle, sekonder hipertansiyonun yönetimi, sadece kan basıncını kontrol altına almakla kalmayıp, aynı zamanda hastanın genel sağlık durumunu iyileştirmeyi ve komplikasyonları engellemeyi hedeflemektedir (Whelton ve ark., 2018).

Sekonder hipertansiyonun ortaya çıkmasında; aşırı tuz tüketimi, yüksek beden kitle indeksi (BMI), diyabetes mellitus (DM) gibi metabolik hastalıklar yer almaktadır. Ayrıca, hareketsiz yaşam tarzı, sigara ve tütün ürünlerine maruziyet, aşırı kafein ve alkol tüketimi gibi çevresel etmenler de sekonder hipertansiyonun gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu faktörlerin bir araya gelmesi, sekonder hipertansiyon riskini artıran önemli etmenler arasındadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Whelton ve ark. 2018).

Beyaz Önlük Hipertansiyon

Son yıllarda, pek çok araştırmacının dikkatini çeken beyaz önlük hipertansiyonu, ilk kez 18. yüzyılda, hekimlerin hastalar üzerinde fiziki muayene yaparken kalp atış hızlarının arttığını gözlemlmeleriyle ortaya çıkmıştır. Beyaz önlük hipertansiyonu, hastaların klinik ortamda, yani hastanede veya sağlık kuruluşlarında yapılan kan basıncı ölçümlerinde, evdeki ölçümlere göre daha yüksek değerler

göstermesiyle karakterizedir. Yapılan çalışmalar, hastaların evde aldıkları kan basıncı ölçümlerinin, hastane ortamındaki ölçüm sonuçlarından genellikle düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, beyaz önlük hipertansiyonunun, stres ve anksiyetenin kan basıncı üzerindeki geçici etkileriyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir (Çavuşoğlu, 2020).

Beyaz önlük hipertansiyonunun tanısı için, bireyin kan basıncı değerlerinin hem evde yapılan ölçümlerle hem de ayaktan kan basıncı monitörizasyonu ile birden fazla kez ölçülmesi gerekmektedir. Bu yöntemlerin bir arada kullanılması, beyaz önlük hipertansiyonunun doğru bir şekilde teşhis edilmesi için önemli bir gerekliliktir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Kolcu ve Ergün, 2016).

Malign Hipertansiyon

Hipertansif kriz, sistolik kan basıncının ani bir şekilde 200 mmHg'nin üzerine çıkması, diyastolik kan basıncının ise 140 mmHg'yi aşması ve ortalama arteriyel kan basıncının 150 mmHg ve üzerinde seyretmesi durumudur.

Hipertansif kriz, organ hasarına yol açma riski taşıdığı için acil müdahale gerektirir ve hastanın hayati fonksiyonları üzerinde ciddi tehditler oluşturabilir. Bu durum, hızla tedavi edilmesi gereken acil bir klinik durumu ifade etmektedir (Eraydın ve Süllü, 2022).

HİPERTANSİYONUN FİZYOPATOLOJİSİ

Hipertansiyonun gelişiminde; çevresel etkenler, genetik yatkınlık, bireyin anatomik özellikleri ile santral ve periferik sinir sistemlerinin işleyişi, endokrin ve renal sistemlerin rolü, vasküler endotel fonksiyonu, nitrik oksit düzeyleri, aldosteron salınımı, sodyumun vücutta tutulması, obezite, insülin direnci gibi metabolik bozukluklar ile hemodinamik mekanizmalar arasındaki karmaşık etkileşimler etkili olmaktadır. (Babalık, 2005; Siyad, 2011; Eddouks ve ark., 2015; Rodriguez-Iturbe ve ark., 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022) Bu faktörlerde meydana gelen değişiklikler ya da bozulmalar, kardiyak debi ile periferik vasküler direncin artışına yol açarak yalnızca hipertansiyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlamakla kalmaz, aynı zamanda hastalığın fizyopatolojik sürecini de doğrudan etkilemektedir (Babalık, 2005; Badır, 2011; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

HİPERTANSİYONUN RİSK FAKTÖRLERİ

Hipertansiyonun gelişiminde risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilir olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında genetik yatkınlık (aile öyküsü) ve ileri yaş yer almaktadır. Buna karşılık, bireylerin yaşam tarzı seçimleriyle ilişkili olan değiştirilebilir risk faktörleri arasında sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yetersizliği (sedanter yaşam tarzı), fazla vücut ağırlığı, sigara ve alkol kullanımı, diyabet ve dislipidemi bulunmaktadır (Şahin ve ark., 2018).

Hipertansiyonun önlenmesi ve buna bağlı gelişebilecek kardiyovasküler komplikasyonların azaltılması açısından en etkili yaklaşımlardan biri, sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesidir. Bu doğrultuda bireylerin, özellikle modifiye edilebilir risk faktörlerine yönelik bilinçlendirilmesi ve yaşam tarzı değişikliklerine teşvik edilmesi büyük önem taşımaktadır (Piepoli ve ark., 2016).

Değiştirilemez Risk Faktörleri

Yaş: Yaş ilerledikçe hipertansiyonun görülme sıklığı artış göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, hipertansiyon tanısı konulan bireylerin yaklaşık %40'ının 65 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmektedir. Yaşlanmaya bağlı olarak arter duvarlarının elastikiyetini kaybetmesi, endotelial fonksiyonlarda bozulma meydana gelmesi ve vazodilatasyonu sağlayan nitrik oksit düzeylerinde azalma gibi fizyolojik değişiklikler, hipertansiyon gelişimini kolaylaştıran başlıca mekanizmalar arasında yer almaktadır (Lee ve ark.; 2019).

Cinsiyet: Cinsiyete bağlı olarak hipertansiyon prevalansı yaşa göre değişiklik göstermektedir. Genç erişkin yaş grubunda erkeklerde hipertansiyon daha sık görülürken, 50 yaş ve sonrasında kadınlarda prevalans artmaktadır. Kadınlarda hipertansiyonun yaşla birlikte artmasının; gebelik sırasında ortaya çıkan hipertansif bozuklukların kalıcı vasküler etkileri, seks hormonları ile renin-anjiyotensin sistemi arasındaki etkileşim ve sosyoekonomik etmenler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, çeşitli çalışmalarda hipertansiyona bağlı kardiyovasküler olay riskinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Connelly 2022).

Etnik Köken: Hipertansiyonun yaygınlığı etnik kökenlere göre farklılık göstermektedir. Örneğin, Avrupa’da yaşayan Afrika kökenli bireylerde hipertansiyonun, yerli Avrupalı bireylere kıyasla daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (Modesti ve ark., 2016). Ayrıca, Afrika kökenli bireylerde hipertansiyona bağlı komplikasyonların daha sık ve daha şiddetli seyrettiği bildirilmektedir (Whelton ve ark., 2016).

Aile Öyküsü: Ailede hipertansiyon öyküsünün bulunması, bireyde hipertansiyon gelişme riskini önemli ölçüde artıran bir faktördür. Framingham Kalp Çalışması’na göre, ebeveynlerinde hipertansiyon bulunan bireylerin, bu hastalığa yakalanma riski üç kat daha fazladır. Başka çalışmalarda da ailesinde hipertansiyon öyküsü olan bireylerin olmayanlara göre dört kat daha fazla risk taşıdığı belirtilmiştir. Ayrıca, ailesinde hipertansiyon olan sağlıklı bireylerde yapılan bir çalışmada, ev ortamında ölçülen sistolik kan basıncı ile beden kitle indeksinin anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kawabe ve ark., 2019; Cuffee ve ark., 2022).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Beslenme Tarzı: Yüksek sodyum tüketiminin hipertansiyon gelişimiyle bağlantılı olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Erdem ve ark., 2010; Erdem ve ark, 2017). Dünya genelinde günlük sodyum alımı yaklaşık 3,5–5,5 gram (9–12 gram tuz) aralığında olup bu miktar ülkeden ülkeye değişkenlik göstermektedir (Williams ve ark., 2018). Türkiye’de ise tuz tüketimi bu sınırların oldukça üzerindedir ve ortalama günlük tüketim 15 gram civarındadır (Erdem ve ark., 2010; Erdem ve ark, 2017). Dünya Sağlık Örgütü ve güncel hipertansiyon

kılavuzları, sodyum alımının günlük 2 gramın (yaklaşık 5 gram tuz) altında tutulmasını önermektedir (Williams vd., 2018; Schutte et al., 2021).

Türkiye’de 2017 yılında gerçekleştirilen SALTURK II çalışmasında, günlük sodyumun temel kaynakları belirlenmiş; tüketilen tuzun %34’ünün ekmekten, %30’unun yemek hazırlama aşamasında, %21’inin işlenmiş gıdalardan ve %11’inin ise sofrada yemeğe ilave edilen tuzdan geldiği tespit edilmiştir (Erdem ve ark., 2017). Günlük bir çay kaşığına aşan tuz tüketimi, vücutta basınç etkisi oluşturarak sistolik kan basıncında yükselmeye neden olmaktadır (Elliott ve ark., 1996). Sodyum alımının azaltılmasının kan basıncını düşürücü etkisi birçok çalışmada gösterilmiştir (Suckling ve ark., 2016). Özellikle hipertansiyon tanısı almış bireylerde aşırı tuz tüketimi, kardiyovasküler hastalık riski ve mortalite artışı ile ilişkilendirilmektedir (Mente ve ark., 2016). Günlük yaklaşık 4,5 gramlık bir tuz azaltımının sistolik kan basıncında 4,9 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 2,7 mmHg düşüş sağladığı belirtilmektedir (Schutte ve ark., 2021).

Potasyum alımının yetersizliği ile hipertansiyon gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Potasyumun, kan basıncını düşürücü etkisi bilinen bir mekanizmadır. Günlük potasyum alımında 700 ila 1200 mg arasında artış sağlanmasının, sistolik kan basıncında yaklaşık 2–3 mmHg düşüşe yol açtığı bildirilmektedir. Hipertansiyonun önlenmesine yönelik olarak günlük potasyum tüketiminin 3,5 gramın üzerinde olması önerilmektedir. Yeterli potasyum alımı, damar düz kasları üzerinde

endotel kaynaklı vazodilatasyonu teşvik ederek kan basıncının düşmesine katkı sağlamaktadır (Stone ve ark., 2016; Houston ve Harper, 2008).

Düşük Fiziksel Aktivite Düzeyi: Fiziksel hareketsizlik, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümler için önemli bir risk faktörüdür. DSÖ verilerine göre yetişkinlerin yaklaşık %31'i yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmamaktadır (World Health Organization, 2024). Güncel kılavuzlar, düzenli fiziksel aktivitenin kardiyometabolik sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğunu ve hipertansiyon riskini azalttığını belirtmektedir (Charchar ve ark., 2024). Aerobik ve direnç egzersizleri, özellikle hipertansif bireylerde kan basıncını düşürücü etkiler göstermektedir. Haftada en az 150-300 dakika orta şiddette ya da 75-150 dakika yoğun egzersiz yapılması önerilmektedir (Neter et al., 2003). Düzenli egzersiz ile sistolik kan basıncında 4-9 mmHg düzeyinde azalma sağlandığı gösterilmiştir (Charchar et al., 2024).

Obezite: Obezite, dünya genelinde artan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve hipertansiyon gelişiminde anahtar rol oynamaktadır. Vücut ağırlığında meydana gelen artış, kan basıncında yükselmeye neden olur. Kilo kaybı ise sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivitesinde azalma sağlayarak kan basıncını düşürür. Yapılan çalışmalarda yaklaşık 5 kg'lık kilo kaybının sistolik kan basıncını 4,4 mmHg, diyastolik kan basıncını ise 3,6 mmHg düşürdüğü belirlenmiştir. Bu nedenle obez bireylerde multidisipliner bir yaklaşımla kilo yönetimi sağlanmalıdır (Neter ve ark., 2003; Cohen 2017; Charchar ve ark., 2024).

Tütün Kullanımı: Hipertansiyonun önlenmesi ve kontrol altına alınmasında tütün kullanımının bırakılması, en etkili yaşam tarzı değişikliklerinden biridir (Malta ve ark., 2022). Sigara içmek, kan basıncında akut bir artışa neden olur. Nikotin, adrenal bezlerden norepinefrin salınımını uyararak sempatik sinir sistemini aktive eder ve bu da vasküler tonusun artmasına, dolayısıyla kan basıncı ve kalp hızında yükselmeye neden olmaktadır (Nagao ve ark., 2021). Sigara, kardiyovasküler hastalıkların önemli risk faktörlerinden biri olup, bırakılması miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve inme gibi hastalıkların önlenmesinde önerilen ilk adımlardan biridir (Malta ve ark., 2022). Sigara içen bireylerde, sigara içmeyenlere göre hipertansiyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (Zhang ve ark., 2020). Araştırmalar, pasif içiciliğin de hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskini artırabileceğini göstermektedir (Bernabe-Ortiz ve Carrillo-Larco, 2021).

Alkol: Alkol kullanımı, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gelişimi ile ilişkilidir. Alkol kullanımının hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki etkisi, yaşam tarzı yönetimi açısından önemlidir (Charchar vd 2024). Hafif-orta içiciler için bile alkol tüketiminin azaltılmasının kardiyovasküler hastalık profili üzerinde olumlu etkiler yaratabileceği gösterilmiştir (Williams ve ark., 2018).

HİPERTANSİYONUN BELİRTİ VE BULGULARI

Hipertansiyon, genellikle ” görünmez katil ” olarak ifade edilebilir çünkü hastalığın büyük bir kısmı, vakaların yaklaşık %90-

95'inde, belirgin bir semptom göstermeksizin gelişmektedir. Bu sessiz ilerleyiş, hastalığın erken evrelerinde tanı konulmasını zorlaştırmaktadır (Temiz ve ark, 2016). Hipertansiyonlu hastaların yalnızca %5-10'unda, uzun süreli hipertansiyon sonrası belirgin semptomlar gelişmektedir. Ancak, çoğu hastada hipertansiyon, önemli bir semptomatik belirti göstermeden devam eder. Bu durum, hastalığın sinsi bir şekilde ilerlemesine ve organ hasarının zaman içinde gelişmesine yol açmaktadır (Aker ve ark., 2020).

Hipertansiyonun ilk belirtisi genellikle kan basıncındaki yükselmedir. Ancak, hipertansiyonun yalnızca kan basıncındaki artışla sınırlı kalmadığı, aynı zamanda beyinde, kalpte, damarlar üzerinde, gözlerde ve böbreklerde hassasiyet ve organ hasarına yol açabilen önemli bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, hipertansiyonlu bir hasta gözlemlenirken yalnızca kan basıncı ölçümü değil, aynı zamanda organ tutulumunun da değerlendirilmesi gerekmektedir. Organ tutulumunun varlığı, hastalığın seyrini ve tedavi stratejilerini belirlemede kritik bir rol oynamaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Kan basıncındaki artış ile ilişkili olarak ortaya çıkabilecek semptomlar arasında baş ağrısı, taşikardi, dispne, yorgunluk, burun kanamaları, eforla oluşan dispne, normalin üzerinde idrar çıkışı ve alt ekstremitelerde ödem gibi bulgular yer almaktadır. Bu semptomlar, hipertansiyonun ilerlemesiyle birlikte belirginleşerek hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle, kan basıncı yüksek olan bireylerde bu tür semptomların izlenmesi, erken müdahale için

önemlidir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Coşkun, 2022)

HİPERTANSİYONUN TANISI

Yetişkin bireylerde hipertansiyonun erken tanısı ve etkin yönetimi açısından, her klinik değerlendirme sırasında kan basıncının ölçülmesi zorunlu bir uygulama olmalıdır. Kan basıncı ölçümünün yanı sıra, kalp atım sayısı da en az yarım dakikalık bir süre içerisinde dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu ölçümler, yalnızca anlık fizyolojik durumu değil, aynı zamanda altta yatan kardiyovasküler sorunlara ilişkin ipuçlarını da sağlayabilir. Ek olarak, birey mutlaka hipertansiyonla ilişkili risk faktörleri açısından kapsamlı bir biçimde incelenmeli; sekonder hipertansiyona neden olabilecek olası patolojileri ortaya koymak amacıyla ayrıntılı bir anamnez alınmalı, fizik muayene yapılmalı ve gerekli laboratuvar tetkikleri istenmelidir. Bu bütüncül yaklaşım, yalnızca tanı sürecini değil, aynı zamanda hasta özelinde bireyselleştirilmiş tedavi planının oluşturulmasını da desteklemektedir (Aker ve ark., 2020; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

Tıbbi Öykü: Hipertansiyon tanı ve tedavi sürecinde, hastanın kliniğe başvurma nedenlerinin ayrıntılı bir şekilde sorgulanması büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda, mevcut şikayetlerin ne zamandır devam ettiği, hipertansiyona eşlik eden başka sistemik hastalıkların bulunup bulunmadığı, hastanın halihazırda kullandığı ilaçlar ile daha önce kullanmış olduğu medikal tedaviler, bilinen herhangi bir alerji ya da çevresel alerji durumu ve yaşam tarzı alışkanlıkları gibi faktörler

ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Elde edilen bu bilgiler doğrultusunda hasta bütüncül bir bakış açısıyla ele alınarak, tanı süreci yönlendirilir ve bireye özgü bir tedavi planı oluşturulur. Bu nedenle anemnez, yalnızca mevcut durumun anlaşılması değil, aynı zamanda doğru ve etkin bir müdahale planlaması açısından da vazgeçilmez bir klinik araçtır (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karaca ve Öztürk, 2016).

Fiziki Muayene: Hipertansiyonun değerlendirilmesinde fizik muayene, klinik tanı ve risk analizinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu kapsamda öncelikle hastanın beden kitle indeksinin (BKİ) hesaplanması, obezite gibi hipertansiyona katkı sağlayabilecek faktörlerin saptanması açısından önemlidir. Kardiyovasküler sistem muayenesinde, hastada olası bir kalp yetersizliği varlığı, üçüncü veya dördüncü kalp seslerinin duyulup duyulmadığı gibi bulgular dikkatle değerlendirilmelidir. Karotis arterlerinde duyulabilecek üfürüm, olası aterosklerotik değişimlerin bir göstergesi olabilirken; boyun venlerinde gözlenen dolgunluk, sağ kalp yetmezliğini düşündürebilir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Yıldırım ve Durna, 2021). Ayrıca, kalp atımlarının çift taraflı olarak değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sırasında atımların dolgunluğu, düzeni ve ritminin dikkatle gözlemlenmesi gerekmektedir. Renal sistem muayenesinde ise, böbreklerde büyüme ya da nodüler yapıların varlığı, sekonder hipertansiyon nedenlerinin araştırılması açısından son derece değerlidir. Öte yandan, hipertansiyonun yol açabileceği göz komplikasyonlarının erken dönemde tanınması için

detaylı bir fundus muayenesi de ihmal edilmemelidir. Bu bütüncül fizik muayene yaklaşımı, yalnızca tanı koymada değil, aynı zamanda hastalığın ciddiyetini ve potansiyel komplikasyonlarını belirlemede de önemli katkı sunmaktadır (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Yıldırım ve Durna, 2021).

Kan Basıncı Ölçümü: Hipertansiyonun etkili bir şekilde tedavi edilerek kan basıncının normal referans aralıklarında tutulabilmesi için, öncelikle hastalığın doğru bir şekilde tanınması gerekmektedir. Bu doğrultuda, arteriyel kan basıncındaki yükselmenin güvenilir bir şekilde gözlemlenmesi tanı sürecinin temelini oluşturmaktadır. Arter kan basıncını ölçmede en güvenilir yöntem, arter içerisine yerleştirilen bir kateter aracılığıyla yapılan invaziv ölçümdür. Ancak bu yöntem, invaziv bir prosedür olması nedeniyle günlük klinik uygulamalarda yaygın olarak tercih edilmemektedir. Günlük klinik pratikte daha yaygın olarak kullanılan ölçüm yöntemleri arasında civalı, aneroid ve elektronik tansiyon aletleri yer almaktadır. Bu cihazların kullanımında güvenilirliğin sağlanabilmesi için, özellikle kalibrasyon süreçlerinin aksatılmaması büyük önem taşır. Ölçüm cihazlarının en az altı ayda bir kalibrasyonunun yapılması, elde edilen değerlerin doğruluğunun sürdürülmesini sağlamakta ve tanı sürecinde hatalı yönlendirmelerin önüne geçmektedir. Doğru tanı, uygun tedavi planının oluşturulmasının temelini oluşturduğundan, ölçüm süreci hipertansiyon yönetiminin en kritik aşamalarındandır (Aydoğdu ve ark., 2019;

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Doğru ve güvenilir kan basıncı değerlerine ulaşılabilmesi için ölçüm öncesi belirli kurallara dikkat edilmesi büyük önem taşımaktadır. Ölçümden en az 30 dakika öncesine kadar bireyin çay, kahve, sigara gibi kan basıncını etkileyebilecek maddeleri tüketmemesi ve adrenerjik sistemi aktive eden ilaçlardan uzak durması gerekmektedir. Bu tür dış etkenler ölçüm sonuçlarını anlamlı düzeyde değiştirebilir ve yanlış tanıya yol açabilir. Ölçüm öncesinde bireyin 5 ila 10 dakika süreyle dinlenmesi sağlanmalı ve sırtı destekli bir şekilde oturtulmalıdır. Ölçüm sırasında kullanılacak üst ekstremiteler kalp seviyesinde tutulmalı; bireyin konuşmaması, gülmemesi, sakin ve hareketsiz bir pozisyonda kalması sağlanmalıdır. Ayrıca bacakların yan yana ve düz pozisyonda durması, ölçüm yapılan kolun giysilerden arındırılmış olması, özellikle dar kıyafetlerin çıkarılması, ölçüm doğruluğunu artıran faktörler arasındadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, ölçüm sırasında yeterince dinlenmemiş ve konuşmaya devam eden bireylerde sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin, aynı bireyin uygun koşullarda yapılan ölçümlerine kıyasla daha yüksek çıktığı gösterilmiştir. Bu bulgular, ölçüm koşullarına uyumun, hipertansiyon tanısında ne denli kritik olduğunu ortaya koymaktadır (Bayraktar ve Khorshid, 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Özder ve Büyükyılmaz, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

İlk klinik değerlendirme sırasında, art arda yapılan ölçümlerde sistolik kan basıncının 180 mmHg'nin veya diyastolik kan basıncının

110 mmHg'nin üzerinde saptandığı bireylerde, hipertansiyon tanısı gecikmeksizin konulabilir. Bu ölçüm değerleri, hipertansiyonun ileri düzeyde olduğunu göstermekte ve acil müdahale gerektirebilecek potansiyel riskleri beraberinde getirmektedir. Ancak sistolik basıncın 140–179 mmHg ve/veya diyastolik basıncın 90–109 mmHg aralığında olduğu bireylerde, tek bir ölçüm ile tanı koymak uygun değildir. Bu durumda, hastaya hipertansiyon tanısının kesinleştirilebilmesi için takip randevusuna gelmesinin gerekliliği açıklanmalı ve farklı zamanlarda yapılacak en az bir ek ölçümle klinik doğrulama sağlanmalıdır. Bu yaklaşım, yanlış tanı ihtimalini azaltarak hem gereksiz tedavilerin önüne geçmekte hem de gerçek vakaların zamanında yönetilmesini mümkün kılmaktadır. (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Williams ve ark., 2018)

Diğer Tanı Yöntemleri: Hipertansiyonun tanı ve izlem sürecinde ilk aşamada yapılması gereken temel tetkikler arasında açlık kan glukoz düzeyi, hemogram ve idrar tahlili yer almaktadır. Bu testler, olası sistemik etkilenmeleri ortaya koymak ve hipertansiyona eşlik edebilecek metabolik veya hematolojik bozuklukları belirlemek açısından önemlidir. Tanı sürecine elektrokardiyografi (EKG) ile kalp fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve akciğer grafisi ile kardiyopulmoner yapının genel durumu da dahil edilmelidir. İleri değerlendirme aşamasında ise, kan üre azotu (BUN) ve kreatinin düzeylerinin ölçülmesi renal fonksiyonların izlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bunun yanı sıra, serum elektrolit düzeyleri ile karaciğer enzimlerinin değerlendirilmesi, hastalığın sistemik etkilerini ortaya

koymakta ve tedavi sürecine yön vermektedir. Bu tetkiklerin bütüncül bir şekilde analiz edilmesi hem hastanın risk düzeyinin belirlenmesine hem de uygun ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Hipertansiyonun seyrinde hedef organ hasarının belirlenmesi ve sekonder nedenlerin dışlanması, tanı sürecinin önemli bir parçasıdır. Bu amaçla, öncelikle böbrek fonksiyonlarının detaylı değerlendirilmesi için kreatinin klirensi hesaplanmalı ve 24 saatlik idrarda proteinüri düzeyi belirlenmelidir. Ayrıca ürik asit düzeyi, HbA1c (glikolize hemoglobin) seviyesi ve çeşitli hormon parametrelerinin incelenmesi, metabolik durumun ve endokrin kaynaklı sekonder hipertansiyon olasılıklarının ortaya konulmasına yardımcı olmaktadır. Kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi açısından transtorasik ekokardiyografi (EKO), sol ventrikül hipertrofisi gibi hipertansiyona bağlı kardiyak değişiklikleri saptamak için temel bir görüntüleme yöntemidir. Bununla birlikte, beyindeki vasküler yapılar, böbrek arterleri ve periferik damar sisteminin değerlendirilmesi amacıyla Doppler ultrasonografi ya da manyetik rezonans anjiyografi (MRA) gibi görüntüleme tekniklerine başvurulabilir. Ek olarak, abdominal ultrasonografi de böbrek boyutları, yapısal anomaliler ve diğer intraabdominal organların durumu hakkında bilgi vermesi açısından tanısal süreçte önemli bir yer tutmaktadır. Bu bütüncül değerlendirme yaklaşımı, hastaya yönelik bireyselleştirilmiş bir tedavi stratejisinin

geliştirilmesine olanak sağlamaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Piepoli, 2016).

HİPERTANSİYONUN FARMAKOLOJİK TEDAVİSİ

Hipertansiyonun etkin yönetimi, bireyin eşlik eden hastalıkları ve demografik özellikleri dikkate alınarak şekillendirilmelidir. *The Eighth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 8) kılavuzunda yer alan güncel farmakoterapötik önerilere göre; diyabetes mellitus tanısı olan bireyler de dahil olmak üzere beyaz ırktan erişkinlerde, antihipertansif tedavinin başlangıcında tercih edilmesi önerilen ilaç grupları arasında tiyazid grubu diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) yer almaktadır. Bu ilaçlar, etkinlik ve tolerabilite açısından klinik olarak iyi belgelenmiş olmalarının yanı sıra, kardiyovasküler risklerin azaltılmasına yönelik önemli katkılar sunmaktadır. Tedavi protokolünün belirlenmesinde hastanın bireysel risk profili, komorbiditeleri ve olası ilaç etkileşimleri dikkate alınarak, kişiye özel bir yaklaşım benimsenmelidir. (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; James ve ark., 2014).

Hipertansiyon tedavisinde, ACE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerlerinin (ARB) eş zamanlı olarak kullanılması genellikle önerilmemektedir. Bu iki ilaç sınıfı, aynı mekanizma üzerinden etki göstererek benzer farmakolojik etkiler sağlar ve birlikte kullanıldığında böbrek fonksiyonları üzerinde olumsuz etkiler, hiperkalemi ve diğer

yan etkilerin ortaya çıkma riski artabilir. Dolayısıyla, ACE inhibitörleri veya ARB'ler tek başına veya gerektiğinde farklı bir antihipertansif ilaçla kombinasyon şeklinde kullanılmalıdır. Bu tür kombinasyon tedavileri, hastaların bireysel ihtiyaçlarına ve yan etki profillerine göre dikkatlice seçilmelidir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; James ve ark., 2014). Son yıllarda yapılan uluslararası kılavuz güncellemeleri, ACE inhibitörleri ile ARB'lerin birlikte kullanımının renal fonksiyonlar üzerinde ek bir koruyucu etki sağlamadığını, aksine hipotansiyon, hiperkalemi ve akut böbrek hasarı riskini artırabileceğini göstermektedir (Whelton ve ark., 2018). Ayrıca hipertansiyonun kontrolünde farmakolojik tedavinin yanı sıra, tuz kısıtlaması, kilo kontrolü, düzenli egzersiz ve stres yönetimi gibi yaşam tarzı düzenlemelerinin tedavi başarısında önemli bir tamamlayıcı unsur olduğu vurgulanmaktadır (Williams ve ark., 2018).

HİPERTANSİYONUN KOMPLİKASYONLARI

Hipertansiyon, uzun süre kontrol altına alınmadığında ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu komplikasyonlar arasında retinal kanamalar, vasküler sistem hastalıkları, kalp ve böbrek yetmezlikleri, nörolojik sorunlar ve hipertansif kriz yer almaktadır. Hipertansiyonun bu komplikasyonları, organlara olan zararının bir sonucu olarak ortaya çıkabilir ve tedavi edilmediği takdirde hastanın genel sağlık durumunu ciddi şekilde tehdit edebilir (Erarslan, 2020; Ilgaz ve Özer, 2017; Kaptan ve Dedeli, 2012). Ölüm sebepleri incelendiğinde, hipertansiyonun komplikasyonlarıyla ilişkilendirilen kardiyovasküler hastalıklar en üst sırada yer almaktadır. Hipertansiyonlu bireylerde, kan

basıncı rutin olarak değerlendirildiğinde, 140 mmHg'nin üzerinde seyreden tansiyon değerleriyle, yaklaşık 1,9 milyon kişide iskemik kalp hastalıkları, 2 milyon kişide ise hemoraji türlerinden (örneğin, subaraknoid hemoraji) kaynaklanan ölümler ve 1,5 milyon kişide serebrovasküler olaylara bağlı ölümler gözlemlenmektedir. Bu veriler, hipertansiyonun yönetilmemesi durumunda ciddi sağlık sorunlarına ve yüksek ölüm oranlarına yol açabileceğini ortaya koymaktadır (Erarslan, 2020; Forouzanfar ve ark., 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Erken tanı ve tedavi uygulamaları, hipertansiyonun komplikasyonlarına bağlı ölüm oranlarının önemli ölçüde azalmasına ve bireylerin yaşam kalitesindeki bozulmaların minimize edilmesine yardımcı olmaktadır. Uygun yönetimle, hastalığın ilerlemesi durdurulabilir veya kontrol altına alınabilir, bu da hem yaşam süresinin uzamasına hem de hastaların genel sağlık durumunun iyileşmesine olanak sağlamaktadır (Erarslan, 2020; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

HİPERTANSİYON HASTASININ TEDAVİYE UYUMU VE HEMŞİRELİK ROLÜ

Hemşireler, hipertansiyon hastalarının tedavi sürecinde önemli bir rol oynamakta ve bu süreçte öz-etkililiği artırmaya yönelik çeşitli stratejiler uygulamaktadır. Hemşirelerin, hastayı ve hastalığı tanıması, tedaviye uyum sağlamalarını desteklemeleri ve hastalara sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini benimsemeleri konusunda eğitimler vermeleri gerekmektedir. Bu eğitimler, fiziksel aktiviteyi artırma, sigaranın bırakılması, kilo kontrolü ve tuz tüketiminin azaltılması gibi önemli

konuları kapsamaktadır. Etkin hemşirelik yönetimi hastanın öz yönetim becerilerini geliştirmelerine yardımcı olarak, tedaviye uyumu artırabilir ve hastanın genel sağlık durumunun iyileştirilmesine katkı sağlar. Bu sürecin etkili olabilmesi için bakım sürecine hasta dahil edilerek, hastanın aktif katılımı teşvik edilmeli ve tedaviye olan motivasyonunu artırılmalıdır (Yıldırım ve Durna, 2021; Yıldız, 2021; Tokgöz ve Eroğlu, 2018).

Hipertansiyonun erken tanınabilmesi için hastanın öyküsünde, hipertansiyon gelişimine katkı sağlayabilecek hastalıklar ve durumların sorgulanması büyük önem taşımaktadır. Hipertansiyonun semptomları da dikkatle incelenmeli ve hasta bu belirtiler hakkında bilgilendirilmelidir. Ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı, genetik yatkınlık açısından önemli bir faktör olarak değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra, hastanın daha önce hipertansiyon tedavisi görüp görmediği ve hipertansiyon ilaçları kullanma durumu da sorgulanmalı, bu bilgiler tanı sürecini yönlendirecek değerli veriler olarak kaydedilmelidir (Yıldırım ve Durna, 2021).

Hemşireler, hipertansiyon hastalarının tedavi sürecinde önemli bir eğitim rolü üstlenirler. Hemşirelerin, hastalara düzenli tansiyon ölçümünü yapmanın, tedaviye uyum sağlamanın ve doktor kontrollerini aksatmadan takip etmenin, hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyen faktörler olduğuna dair eğitim vermesi gereklidir. Hastalara hipertansiyonun önlenmesine yönelik temel yaşam tarzı değişiklikleri öğretilir. Bu değişiklikler arasında beden kitle indeksi (BKİ) takibi, sigara ve alkol kullanımının bırakılması, diyet kontrolü, düzenli

egzersiz yapılması ve tuz alımının kısıtlanması gibi bireysel irade gerektiren konular yer almaktadır. Eğitimlerde tedavi sürecine hastanın aktif katılımını sağlanarak hastalıklarını etkin bir şekilde yönetmelerine destek olunmaktadır. Etkin bir hemşirelik bakımı doğrultusunda sürecin yönetilmesi hastane yatışlarının önlenmesi/azaltılmasına, hipertansiyonun oluşturabileceği komplikasyonların önüne geçilerek bireylerin yaşam kalitelerinin olumlu yönde arttırılmasını sağlayacaktır (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Yaralı ve Hacıalıoğlu, 2021; Yıldırım ve Durna, 2021).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya genelinde en yaygın kronik hastalıklar arasında yer alan hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere inme, böbrek yetmezliği ve diğer ciddi sağlık sorunlarının gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Genetik yatkınlık, yaş, obezite, fiziksel inaktivite, yüksek sodyum alımı, stres, alkol ve sigara kullanımı gibi değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörü hipertansiyonun oluşumunda rol oynamaktadır. Bu nedenle, bireylerin bu risk faktörleri konusunda bilinçlendirilmesi, toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Hipertansiyonun tanısı genellikle kan basıncının düzenli ve doğru bir şekilde ölçülmesiyle konmaktadır. Tedavide; yaşam tarzı değişiklikleri temel yaklaşımı oluştururken, ilaç tedavisi ile kan basıncının hedef düzeylerde tutulması amaçlanmaktadır. Hipertansiyon yönetiminde için multidisipliner bir yaklaşım şarttır. Hemşireler hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasında, tedaviye uyumun artırılmasında, eğitim verilmesinde ve düzenli izlemlerin

yapılmasında aktif rol üstlenmektedirler. Ayrıca, bireyin psikososyal durumunu değerlendirmek ve destekleyici bir yaklaşım sunmak da hemşirelik bakımının önemli bileşenlerin arasında yer almaktadır. Hemşirelerin eğitici ve destekleyici rolleri güçlendirilerek, etkin bir hipertansiyon yönetimi sağlanabilir. Hipertansiyonun kontrolünde bireysel düzeyde farkındalık ve sorumluluk arttırılmalı, toplumsal düzeyde ise önleyici sağlık politikaları uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aker BE, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü. (2020). Türk hipertansiyon uzlaşı raporları: 2015'ten 2019'a neler değiştı? Konuralp Medical Journal, 12(2), 326-333.
- Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, ve ark., (2019). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Kardiyoloji Derneği Aşivi, 47(6), 535-546.
- Babalık E. (2005). Hipertansiyon patofizyolojisi. Klinik Gelişim, 18(2), 25-32.
- Badır, A. (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F. (Editörler), Hipertansiyon (2. Baskı., 585-605). Adana: Nobel Kitapevi.
- Bayar DDN. (2017). Kimde sekonder hipertansiyon aramalıyım? Klinik Tıp Bilimleri, 5(5), 43-47.
- Bayraktar D, Khorshid L. (2017). Ölçüm öncesi dinlenme süresinin ve dinlenme esnasında konuşmanın indirekt kan basıncı ölçüm değeri üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(2), 36-52.
- Bell K, Twiggs J, Olin BR. (2015). Hypertension the silent killer: Updated JNC-8 Guideline Recommendation. Tex Heart Inst J, 42(3), 226–228.
- Bernabe-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. (2021). Second-hand smoking, hypertension and cardiovascular risk: findings from Peru. BMC Cardiovasc Disord., 21, 576.

- Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. (2024). Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 42(1),23–49.
- Cohen JB. (2017). Hypertension in obesity and the impact of weight loss. *Current Cardiology Reports*, 19(10),98.
- Connelly PJ, Currie G, Delles C. (2022). Sex Differences in the Prevalence, Outcomes and Management of Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 24(6),185–192.
- Coşkun G. (2022). Hipertansiyon tanı ve tedavisine güncel yaklaşım. *Sağlık & Bilim 2022: İç Hastalıkları*, 21-31.
- Cuffee YL, Wang M, Geyer NR, Saxena S, Akuley S, Jones L, et al. (2022). Vitamin D and family history of hypertension in relation to hypertension status among college students. *Journal of Human Hypertension*, 36(9),839–845
- Çavuşoğlu Ç. (2020). Adherence of primary care physicians to recommended guidelines for blood pressure measurement. *Cukurova Medical Journal*, 45(4), 1617-1624.
- Çelik N, Taştan K, Bilge Yerli E. (2023). Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Metabolik Sendrom Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 72-82.
- Demirci Karakurt P, Kara M. (2010). Hipertansiyon ve evde bakım. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 10(1), 97-104.

- Doğaner YÇ, Aydoğan Ü. (2019). Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değęerler? Hipertansiyonda yeni eşik değęerler. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 23(2), 78-84.
- Durna Z, Akın S. (2012). Hipertansiyon, kronik hastalıklar ve bakım, Birinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, s.95-109.
- Eddouks M, Hebi M, El Bouhali B, Zeggwagh N. (2015). Pathophysiologic aspects of hypertension. International Journal of Diabetology & Vascular Disease Research, 3(1), 76-82.
- Elliott P, Stamler J, Nichols R, Dyer AR, Stamler R, Kesteloot H, et al. (1996). Intersalt revisited: further analyses of 24-hour sodium excretion and blood pressure. BMJ, 312(7041), 1249-1253.
- Erarslan, S. (2020). "Hipertansiyon ve Kronik Komplikasyonları," Hipertansiyona Multidisipliner Yaklaşım, Ankara: Akademisyen Kitabevi, pp.183-190.
- Eraydın B, Süllü Y. (2022) Koroid damar sisteminin akut ve kronik okluziv bozuklukları (İskemiler). Güncel Retina, 6 (3), 160-163.
- Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, et al. (2017). Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II. Nutrients, 9(9), 933.
- Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. (2010). The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. Blood Press, 19(5), 313-318.
- Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L et al. (2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mmHg, 1990- 2015. JAMA, 317(2), 165–182.

- Güven Çetin Z, Çiçekçioğlu H. (2024). HT Bülteni- ESH 2023 Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflaması. Erişim tarihi:13.10.2025
Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=32>
- Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Ankara, 2022. Erişim tarihi:13.10.2025 Erişim adresi: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>
- Houston MC, Harper KJ. (2008). Potassium, magnesium, and calcium: their role in both the cause and treatment of hypertension. The Journal of Clinical Hypertension, 10(7), 3-11.
- Ilgaz A, Özer Z. (2017). Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi: sistematik derleme. MN Kardiyoloji, 24(1), 31-41.
- James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA, 311(5), 507–520.
- Kaptan G, Dedeli Ö. (2012). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği, Medikal Yayınları, s. 231-234, İstanbul.
- Karaca İR, Öztürk DN, (2016). Diş Hekimliği Açısından Riskli Sistemik Hastalıklar ve Bu Hastalıklara Bağlı Oluşabilecek Acil Durumlar: Bölüm 1 Sistemik Hastalıklar. Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak. Dergisi, 16, 147-156.

- Karadakovan, A., & Eti Aslan, F. (2014). Hipertansiyon, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Üçüncü Baskı, editör: Aysel Badır. Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, s. 549-572.
- Kawabe H, Azegami T, Takeda A, Kanda T, Saito I, Saruta T, et al. (2019). Features of and preventive measures against hypertension in the young. *Hypertension Research*, 42(7),935–948.
- Kolcu M, Ergün, A. (2016). Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 234-241.
- Lee JH, Kim KI, Cho MC. (2019). Current status and therapeutic considerations of hypertension in the elderly. *Korean J Intern Med*, 34(4),687-695
- Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Moreira AD, Felisbino-Mendes MS, Velásquez-Meléndez JG. (2019). Arterial hypertension and associated factors: National Health Survey, *Rev Saude Publica*. 2022,56,122.
- Mente A, O'Donnell M, Rangarajan S, Dagenais G, Lear S, McQueen M, et al. (2016). Associations of urinary sodium excretion with cardiovascular events. *Lancet*, 388(10043),465-475.
- Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al. (2016) Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*,11(1): e0147601.
- Nagao T, Nogawa K, Sakata K, Morimoto H, Morita K, Watanabe Y, et al. (2021). Effects of alcohol consumption and smoking on the

- onset of hypertension in a long-term longitudinal study in a male workers' cohort. *Int J Environ Res Public Health*, 18(22),11781.
- Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *AHA Journals Hypertension*, 42(5),878–884.
- Özder F, Büyükyılmaz F. (2022). Otomatik ve manuel kan basıncı ölçümü araçlarının güvenilirliğinin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 13(30), 14-21.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*,37(29),2315-2381.
- Rodriguez-Iturbe B, Pons H, Johnson RJ. (2017). Role of the Immune System in Hypertension. *Physiological reviews*, 97(3), 1127–1164.
- Schutte AE, Venkateshmurthy NS, Mohan S, Prabhakaran D. (2021). Hypertension in Low- and Middle-Income Countries. *Circ Res*.128(7),808-826.
- Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, ... & Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. (2016). Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*. 34(6), 1208-1217.
- Siyad AR. (2011). Hypertension. *Hygeia: Journal For Drugs and Medicines*, 3(1), 1-16.

- Stone MS, Martyn L, Weaver CM. (2016). Potassium intake, bioavailability, hypertension, and glucose control. *Nutrients*, 8(7), 444.
- Suckling RJ, He FJ, Markandu ND, MacGregor GA. (2016). Modest salt reduction lowers blood pressure and albumin excretion. *Hypertension*, 67(6), 1189-1195.
- Şahin N, Güner PD, Dirican E, Yengil E, Özer C. (2018). Birinci basamağa başvuran bireylerde hipertansiyon risk faktörleri. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 9(35), 128-135.
- Temiz RM, Güden DS, Şahan FS. (2016). Hipertansiyon araştırmalarında kullanılan deneysel modeller. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6 (1), 35-43.
- Tokgöz EE, Eroğlu N. (2018). Kardiyovasküler Hastalıkların Rehabilitasyonunda Hemşire Temelli Yaklaşım. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 1(3), 25-33.
- Whelton PK, Einhorn PT, Muntner P, Appel LJ, Cushman WC, Diez Roux AV, et al. (2016). Research Needs to Improve Hypertension Treatment and Control in African Americans. *AHA Journals*, 68(5), 1066-1072.
- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *J Am Coll Cardiol*, 71(19), e127–e248.

- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 39(33),3021-3104.
- World Health Organization, Hypertension. 2025 Erişim tarihi:13.10.2025 Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. Physical activity. 2024. Erişim tarihi: 26.10.2025. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Yaralı S, Hacılioğlu N. (2021). Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 407-415.
- Yıldırım N, Durna, Z. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
- Yıldırım N. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 4(3), 305-315.
- Yıldız, H. (2021). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, ss.91-130
- Zhang DY, Huang JF, Kang YY, Dou Y, Su YL, Zhang LJ, et al. (2020). The prevalence of masked hypertension in relation to cigarette smoking in a Chinese male population. *J Hypertens*, 238(6),1056-1063.

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİNDE BÜTÜNCÜL VE HEMŞİRELİK BAKIM ALANINDAKİ GÜNCEL ÇALIŞMALAR

