# Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar

# Integrative Approaches in Pain Management of Cancer Patients With Palyative Care

**(Derleme)**

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(3), 54-64*

**Özlem OVAYOLU*, Nimet OVAYOLU***

*Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Geliş Tarihi: 16 Mayıs 2017
Kabul Tarihi: 18 Eylül 2017

2017 yılı Ulusal Kanser Kongresi Hemşirelik oturumunda sunulmuştur.

**ÖZ**

Kanser tanısı alan bireylerin yaşam sürelerindeki artış ve yaşamın son dönemlerinde yapılan agresif tedaviler gibi birçok neden palyatif bakım gereksinimini arttırmıştır. Çünkü palyatif bakımda bir sonuca ulaşamayacak tedavi, tetkik ve incelemelerden ziyade hastaya rahatsızlık veren şikayetlerin etkin olarak giderilmesi önceliklidir. Bu şikayetlerden biri olan ağrı, kanser hastalarının en çok korktuğu ve palyatif bakım programlarına başvurunun en yaygın nedenidir. Günümüzde palyatif bakım hastalarının önemli bir kısmını oluşturan kanser hastalarında yapılan çalışmalar ağrının uygun yaklaşımla büyük oranda tedavi edilebileceğini göstermiş olsa da, ne yazık ki birçok hasta hala yetersiz tedavi nedeniyle ağrı deneyimlemektedir. Bu nedenle bu sorunun çözümünde tıbbi tedavinin yanı sıra integratif yöntemlere de sıklıkla başvurulmaktadır. İntegratif uygulamalar, bireyin durumunu bütün olarak ele alıp, modern batı tıp tedavisi ile bütünleştirici uygulamaları birlikte ele alarak daha kapsamlı tedavi seçenekleri sunar. Bu makalede kanser ağrısının yönetiminde uygulanan bazı integratif yaklaşımlar üzerinde durulacaktır.

***Anahtar Kelimeler:*** *Kanser, ağrı, integratif yöntemler, hemşirelik*

**ABSTRACT**

Numerous reasons such as increased life expectancy of individuals diagnosed with cancer and aggressive treatments provided in the last periods of life have increased the requirement of palliative care. Because the priority of palliative care is to effectively eliminate the complaints discomforting the patient rather than futile treatments, tests, and examination. Pain, one of these complaints, is the one, which cancer patients are mostly afraid of, and the most common cause to apply for palliative care programs. The complex structure of the pain requires mainly patient centred integrative biopsychosocial care including biological, psychological, social, and cultural factors of the individual. Today, even though studies on cancer patients constituting

İletişim : oucan@gantep.edu.tr

a major part of palliative care patients revealed that pain can be treated substantially with convenient approach, unfortunately several patients yet have been experiencing pain due to insufficient treatment. Therefore, integrative methods are also frequently applied for solution of this problem as well as medical treatment. Integrative practices take the situation of the individual as a whole, and by considering the modern western medicine and complementary practices together, they offer comprehensive treatment options. This paper will discuss some integrative approaches applied for management of cancer pain.

***Key words:*** *Cancer, pain, integrative methods, nursing*

## GİRİŞ

Palyatif bakım, özellikle son yıllarda önem kazanan, kronik hastalık nedeniyle tam olarak iyileşemeyen veya yaşam sonunda desteğe ihtiyacı olan hastalara yardım etmeyi amaçlayan bir bilim dalıdır[1]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede "erken tanılama ve ayrıntılı bir değerlendirme ile ağrının ve diğer problemlerin saptanması, fiziksel, psikososyal ve manevi bakım gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır" şeklinde tanımlamaktadır[2]. Palliative ingilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır. Latince "Palliate (Palliare)" koruyucu yada kapsayıcı anlamındadır[3]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakım tanımını ilk olarak 1986 yılında yaptığında "tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama" olarak belirtirken, 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenilemiştir ve "hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemini" vurgulamıştır[1]. Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) de 2003 yılında kurulmuştur. Bu birlik tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını içine alan bir örgüttür. WPCA'nın hedefi; herkesin yüksek kalitede palyatif bakım hizmetine ulaşabildiği evrensel, düşük maliyetli, yüksek kaliteli palyatif bakım hizmetinin sunulmasıdır. Dünyanın birçok ülkesinde palyatif bakıma yönelik çalışmalar ve sağlık projeleri yürütülmekte olsa da; palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu sadece 20 ülkede (%8.5'inde) gerçekleşmiştir. Önemli sayıda ülkelerde halen hiç palyatif bakım ünitesi bulunmamaktadır. Avrupa Palyatif Bakım Derneği'nin 2005 yılı verilerine göre Türkiye'de 10 merkezde toplam 241 yatak kapasitesi ile palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Bu merkezlerin çoğu da onkoloji klinikleri bünyesinde ve ağrı kontrol üniteleri şeklinde hizmet sunmaktadır[1].

Palyatif bakımın amacı; bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin restore edilmesi ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasıdır[3-5]. Aynı zamanda hasta ailesinin de hastalık ve yas sürecinde duygusal ve manevi olarak desteklenmesini içerir[1]. Palyatif bakımın prensipleri; ağrı gibi semptomları giderme[6-8], hasta ve ailesinin bilgi gereksinimini karşılama, her hasta ve aileyi bireysel değerlendirme, yaşam kalitesini güçlendirme, normal bir süreç olarak yaşam ve ölüme saygı duyma, ölümü ne hızlandırma ne de yavaşlatma, hasta bakımının psikososyal ve tinsel yönünü bütünleştirme, ölüme kadar mümkün olduğunca gereksinimlerini karşılayabilmesi için destek sağlama, hastanın hastalığı ve ailenin matem sürecinde sorunlarla baş etmesine yardımcı olma, gerektiğinde matem

danışmanlığı yapma, hasta ve ailenin ihtiyaçlarını belirleme ve gidermek için ekip yaklaşımı kullanma ve hastalık sürecini pozitif etkileme şeklindedir. Palyatif bakım hemşireliğinin prensipleri ise; değerli olma, terapötik iletişim kurma, güçlendirme, onun adına yapma, anlam bulma ve bütünlüğü korumadır[7,8]. Sorunlara bütüncül bakış vazgeçilmezdir.[3] Bu doğrultuda palyatif bakım yaşamı tehdit eden her türlü hastalık için geçerli olan, hastaların multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşımla tıbbi bakımlarının yapıldığı alan olarak özelleşmiştir[9,10]. Bu nedenle deneyimli ve eğitimli sağlık personeli ve gönüllülerden oluşan bir ekip tarafından bu hizmetin verilmesi gerekir[3]. Bu ekip içinde; hekim, hemşire, psikolog, din görevlisi, sosyal hizmet ve beslenme uzmanları, fizyoterapist ve gönüllüler yer alır[6]. Palyatif bakım ekibi içinde primer olarak görev alan hemşirelerin yeterli bakım verebilmesi için hemşirenin güncel bilgileri takip etmesi ve bu bilgileri bakıma yansıtması gerekir.

## Kanser Ağrısı ve Palyatif Bakım

Kanser insidansında ve kanser tanısı alan bireylerin yaşam sürelerindeki artış, yaşamın son dönemlerinde yapılan agresif tedaviler gibi birçok nedenler palyatif bakım gereksinimini arttırmıştır[8]. Çünkü palyatif bakımda bir sonuca ulaşamayacak tedavi, tetkik ve incelemelerden ziyade hastaya özgün ağrı, bulantı ve nefes darlığı gibi rahatsızlık veren şikayetlerin etkin olarak giderilmesi önceliklidir[1]. Bu şikayetlerden biri olan ağrı kanser hastalarının en çok korktuğu[11], sık görülen ve "ölümün kendisinden daha korkunç" olarak tanımlanan bir durumdur[12]. Çünkü ağrı hastaların yaşam kalitesini ve bütünlüğünü önemli ölçüde etkilemekte, ilerlemiş kanser vakalarının büyük bir kısmında hasta ve hasta yakınları için ölümün kendisinden bile daha büyük bir korku kaynağı olmaktadır[13]. Kanser hastalarının %70'inde herhangi bir evrede ağrı yaşanmakta ve %80-90 oranında yetersiz tedavi edilmektedir[8,14,15]. Palyatif bakım alan hastaların da %90'ının ağrı yaşadığı bildirilmiştir[16,17]. Güncel tedavilere ve kanser ağrısının yönetimi için geliştirilen etkin rehberlere rağmen; sağlık bakım kaynaklarına, hastaya ve ailesine bağlı engeller nedeniyle hastaların büyük çoğunluğunda ağrı yeterince tedavi edilememektedir.[13] Bu engeller ağrının yeterince değerlendirilememesi[14], etkin ağrı tedavisi konusunda bilgi eksikliği, narkotik bağımlılığıyla ilgili gerçekçi olmayan çekinceler, semptomlarını gizleyen hastalar ve hastalığın tedavisi kadar semptom kontrolüne önem verilmemesi olarak sayılabilir[13]. Ağrının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve tedavinin gözden geçirilmesi palyatif bakımın önemli bir parçasıdır. Ağrının kişiye özgü öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir. Ağrı ölçüm yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır. Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere önyargı ile bakılmamalı, ölçümün amacı belirlenmeli, farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı, hastaya ve ağrı nedenine ilişkin güvenilir ve tama yakın bilgiler hemen sağlanmalı, ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır. Hastaya uygun ağrı skalasının seçilmesi de çok önemlidir. Kendi değerlendirmesini yapamayan hastada seçilen skalaya bağlı olarak ağrı skorunu hemşire belirler. Hastanın ağrısı olduğunda hekim veya hemşire tarafından, ağrının yeri, sıklığı ve niteliğini kapsayan ayrıntılı ağrı

değerlendirmesi yapılır[6]. Palyatif bakımda ağrının değerlendirilmesi ağrı yönetiminin köşe taşıdır. Ancak ağrının değerlendirilmesi sırasında birçok engelle karşılaşılabilir. Bu engeller arasında: hasta ve tedavi uygulayıcı arasında etkili iletişimin olmaması, ağrının tanılanmasında psikolojik kültürel ve sosyal engeller, ağrının çok yönlü olması ve subjektif karakterinin karmaşıklığı, ağrı ölçüm stratejilerinin yetersizliği sayılabilir. Henüz ideal değerlendirmede, sabit bir yöntem veya cihazın gerçekleştirilememiş olması da değerlendirmeyi güçleştirmektedir[14].

Ağrının hem değerlendirilmesinde hem de kontrol edilmesinde yaşanan güçlükler nedeniyle hastaların tıbbi tedavinin yanı sıra tamamlayıcı yöntemlere de sıklıkla başvurdukları bilinmektedir. Tamamlayıcı yöntemler, tıbbi tedaviye destek vermek amacıyla başvurulan yaklaşımlardır[18]. Bu uygulamalar Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakanlığı'na (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM), tarafından başlangıçta "tamamlayıcı/alternatif tıp" (complementary/alternative medicine-CAM) başlığı altında tanımlanmıştır. Buna göre tamamlayıcı tıp, batı/konvansiyonel/kanıta dayalı tıbbın dışında ama onunla birlikte kullanılan uygulamaları ifade ederken; alternatif tıp, batı tıbbı yerine kullanılan yöntemler olarak kabul edilmiştir. Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'nin (NCCAM) ismi daha sonra "Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi" (The National Center for Complementary and Integrative Health/NCCIH) olarak değiştirilmiştir. Bu nedenle, konuyla ilişkili olarak en son terminoloji olarak "tamamlayıcı yöntemler" yerine "bütünleştirici/integratif" kavramı tercih edilmiştir[19].

İntegratif yaklaşımlar, iyi yetiştirilmiş sağlık personelinin kanıtlar ışığında uyguladığı, optimum sağlık, şifacılık-iyileştirmenin hakim olduğu uygulamalardır. Bu nedenle integratif yaklaşımlar; bütüncül sağlık bakımı; bilimsel temelli, iyi tasarlanmış araştırmalar sonucu elde edilmiş kanıtlara dayalı uygulamalar ve eleştirel düşünme becerileri gerektirir[20]. Bu uygulamaların özünde iyileştirici bir ortam oluşturmak, bireyi bilinçlendirmek ve kendi iyileştirme gizil gücünü ortaya çıkarmak esastır[21]. İntegratif uygulamalar bireyin durumunu bir bütün olarak ele alıp, modern batı tıp tedavisi ile bütünleştirici uygulamaları entegre ederek daha kapsamlı tedavi seçenekleri sunar. Birey katılımlı integratif yaklaşımlar tedavi seçeneğini artırır, hastayı merkeze alarak karmaşık semptomların tedavisini kolaylaştırır ve öz-yönetim gücünü geliştirir[22]. Kanser hastalarında sık görülen semptomlardan biri olan ağrının kontrolünde uygulanabilecek olan integratif yaklaşımlar da son yıllarda oldukça sık gündeme gelmeye başlamıştır[11].

## Kanser Ağrısının Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar

Kanser ağrısının yönetiminde; refleksoloji, aromaterapi, akupunktur, akupresör, müzik, masaj, terapötik dokunma, reiki sıklıkla kullanılmaktadır. Bununla birlikte yoga, meditasyon, hayal kurma, dikkati başka yöne çekme, sıcak-soğuk uygulama, Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (Transcutaneous Electrical Nevre Stimulation-TENS), hipnoz, ayurveda, egzersiz, pozisyon değişikliği, hasta eğitimi, psikolojik destek, destek grupları ve dinsel danışmanlık, biyofeedback gibi yöntemler de uygulanabilmektedir[7,8,21,23-26]. Ancak bu bölümde yukarıda belirtilen yöntemlerden sıklıkla kullanılan, kanıtlarla desteklenmiş yada tıbbi tedavilerle kullanımının hasta sonuçlarına olumlu etki sağladığı gösterilen integratif yaklaşımlar üzerinde durulacaktır.

**Refleksoloji:** Refleksoloji bireye bütüncül olarak yaklaşan bir integratif uygulamadır[27]. Vücudun spesifik noktalarına, genellikle el ve ayaklara basınç uygulayarak yapılır. Bu spesifik noktaların iç organlara karşılık geldiği düşünülmektedir[18]. Refleksoloji pratiğinde, uygulamanın etkinliği ve rahatlığı açısından genellikle ayaklar tercih edilmektedir. Bedenin sol tarafındaki organlara giden refleksler sol ayakta bulunurken, sağ ayak sağ taraftaki organlara giden refleksleri içerir. Refleksoloji vücuttaki enerji akımını düzenler ve enerji kanallarındaki tıkanıklıkların yok olmasına yardımcı olur. Bu uygulamada, parmaklar yada yardımcı araçlar kullanarak refleks noktalarına farklı şekillerde basınç yapılır. Bu basınç genellikle oldukça derindir, ama acı verici olmak zorunda değildir[27]. Refleksolojinin ağrı kontrolündeki kullanımı, ağrının duyusal, güdüsel ve bilişsel alanını içeren, çok boyutlu bir deneyim olduğunu savunan kapı kontrol teorisine dayanmaktadır. Bu yaklaşım, ağrı sinyallerinin iletimini zayıflatabilen büyük, tip A, beta duyu lifleri tarafından taşınan dokunma uyarılarını sağlamakta, omuriliğin dorsal boynuzu aracılığıyla lokal ve lateral inhibisyon yaratmaktadır. Ayrıca refleks noktalarına yapılan uygulamalar vücutta endorfinlerin salınımı da dahil olmak üzere, çeşitli kimyasal maddelerin salınımını da uyarmakta, bunun sonucunda ağrının kontrol altına alınmasında yarar sağlamaktadır[11]. Uysal ve arkadaşlarının kolorektal kanser tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada; ayak refleksolojisinin hastaların ağrı düzeyini azalttığı, yaşam kalitesini olumlu etkilediği saptanmıştır[28]. Kanser ağrısında masaj türlerinin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada da; özellikle ayak masajının tüm vücut masajı ve aromaterapi masajına göre kanser ağrısının yönetiminde daha etkili olduğu, ancak etkinlik açısından daha iyi ve geniş örneklemle yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır[29].

**Aromaterapi:** Zihin, vücut ve ruh bütünlüğünü sağlamak için aromatik bitkilerden elde edilen esansiyel yağların kullanılmasıdır[30]. Bitki özlerinden elde edilen esansiyel yağlar yıllardır, ağrının azaltılması, iyileşmenin hızlandırılması ve sağlığın korunmasında kullanılmaktadır. Batı ülkelerinde hemşirelik bakımının bir parçası olarak kabul edilmekle birlikte yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik bakımının bir parçası olarak uygulanmakta ve hemşireler arasında aromaterapistler hızla artmaktadır. Çünkü aromaterapi masajı, koku ve dokunmanın birlikte iyileştirici amaçla kullanımını içerdiği için hemşirelik uygulamalarına uygun bir yaklaşımdır[22]. Ancak bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Aromaterapi masajının kanser ağrısına etkisini değerlendiren bir meta-analizde; aromaterapi masajının ağrıya etkisinin olmadığı, daha iyi yöntemlerle yapılmış çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilirken[31], meme kanseri tanısı alan kadınlarla yapılan bir çalışmada masaj, aromaterapi masajı ve inhaler aromaterapinin semptomlara ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiş; özellikle aromaterapi masajının kemoterapiye bağlı semptomların şiddetini azalttığı, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır[32].

**Akupunktur:** Geleneksel Çin tıbbının bir parçası olan akupunktur en eski tedavi yöntemlerinden biri olup yaklaşık 2-3 bin yıldan beri uygulanmaktadır. *Akupunktur* kelimesi Latince 'acus' (iğne) ve 'pungere' (delme) anlamına gelmektedir. Batıda konvansiyonel tıpla birlikte büyük ölçüde bütünleyici olarak kullanılmaktadır. Organizmadaki bozuklukların düzeltilmesi amacıyla, belirlenmiş noktalara (deriye ve deri altındaki kas dokusu) iğne uygulanması esasına dayanan, bilimsel bir yöntemdir. Ana felsefesi; organizmadaki enerji akımları arasındaki birlik, denge ve uyumu sağlamaktır. 1979 yılında Dünya Sağlık Örgütü akupunktur tedavisini bilimsel bir

yöntem olarak kabul etmiş ve etkin olduğu tıbbi durumların listesini yayınlamıştır[23]. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Akupunktur Tedavi Yönetmeliği" 29 Mayıs 1991 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiş, 2002, 2005 ve 2012 yıllarında tekrar düzenlenmiştir. İntegratif uygulamalardan en çok çalışılan ve uygulamalarda kanıt derecesi en yüksek olan yaklaşımdır[33]. Ancak sistematik bir analizde akupunktur ile ilgili yapılmış olan çalışmaların daha çok kanıt düzeyinin "II, III ve IV" olduğu, bu nedenle kanıt düzeyi I olan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır[34]. Bununla birlikte bu yöntem özellikle kanser hastalarının palyatif bakımında semptom yönetiminde kullanılmaktadır[35] ve endorfinlerin salınımını uyardığı ileri sürülmektedir[36]. Yapılan bir çalışmada kanser tanısı konan hastaların %22.1'inin semptom yönetiminde akupunkturu tercih ettikleri, en önemli tercih nedenlerinin ise ağrı ve yaşam kalitesindeki bozulma olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır[37]. Diğer çalışmalarda ise akupunkturun ağrı kontrolüne önemli katkı sağladığı[38,39] ve hastaların kullanmayı düşündükleri yöntemler arasında yer aldığı tespit edilmiştir[40].

**Akupresör:** Bedende akupunktur kanalları (meridyenleri) ve kanallar üzerinde bulunan belli noktalara pres-bası ve ovma benzeri manüplasyonlarla yapılan uygulamadır. Bu uygulama, akupunkturla aynı meridyen ve aynı noktalar üzerine yapılması nedeniyle temelde akupunktura benzemektedir. Akupresörün akupunkturdan en büyük farkı ise, iğne yerine el, parmak yada ayaklar yardımıyla vücudun belirlenen bölgelerine basınç uygulanıyor olmasıdır. Akupresör ile aynı zamanda kanallardaki enerji blokajları çözülerek kişide rahatlama ve iyileşme sağlanır. Kanal olarak bilinen hatlar boyunca çok sayıda nokta bulunur. Akupresör noktaları deri üstünde bulunan biyoelektrik dürtülere karşı hassas ve onları kolayca iletebilen noktalardır. Bu noktalar, her organa ait kanallar üzerinde yerleşmiştir. Bunlar, simetrik olarak vücudun sağ ve sol tarafında yer alırlar. Çoğu nokta adını üstünde bulunduğu meridyenden alır ve bunları tanımlayıcı birer de numaraları vardır. Qi denilen yaşam enerjisinin (gücünün) aktığı kanallar üzerindeki belli noktalara uygulanan basınç sayesinde vücudun çeşitli bölgelerinde bulunan gerginlikler ve kaslardaki gerilim azalır, nörokimyasallar olan endorfin salgılanması ve kan dolaşımı artar. Bunun sonucunda ağrı kontrolüne katkı sağlanmış olur. Aynı zamanda kişinin kendi kendine de uygulayabileceği bir uygulamadır[41]. Lösemi hastalarına uygulanan akupresörün ağrıya etkisinin incelendiği bir çalışmada kısa süreli olarak ağrının yönetimine katkı sağladığı, ancak daha fazla sayıda çalışma yapılması gerektiği belirtilmiştir[42]. Yapılan başka bir çalışmada kanser hastalarının kulağındaki akupunktur noktalarına yedi gün boyunca akupresör uygulanmış; bu uygulama sonunda hastaların ağrı şiddetinin azaldığı ve bu sonucun akupresörün analjezik etkisine yönelik ön kanıt olduğu ifade edilmiştir[43].

**Müzik:** Müziğin tedavi edici ve iyileştirici özelliği tarih boyunca görülmüştür. Mental ve fiziksel sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için kullanılan müzik terapisi, kullanım kolaylığı nedeniyle ağrı yönetiminde hemşireler için doğal bir araçtır. Müzik, dikkati başka yöne çekme yönteminde olduğu gibi dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklaşmasını sağlar ve bireyin ağrıya dayanma gücünü ve endorfin salgılanmasını artırır[36]. Yapılan sistematik bir analizde müziğin kanser hastalarında ağrıyı azalttığı bildirilmiştir[44]. Ayrıca bu yaklaşımın kanser ağrısını azaltmada ucuz, toksik olmayan, kolay erişilebilir bir yöntem olduğu ancak bununla ilgili kanıtların sınırlı olması nedeniyle[45], kanıt düzeyi I ve II olan çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır[34].

**Masaj:** Masaj insanlığın var oluşundan beri pek çok kültürde tedavi ve iyileştirici etkileri nedeni ile kullanılmaktadır. Masaj yapılan bölgede meydana gelen vazodilatasyon ile basıya maruz kalan bölgelere olan kan akımı artırılmakta, bölgede biriken metabolitler uzaklaştırılmakta ve ağrı azaltılabilmektedir. Ayrıca masajla, derideki dokunma reseptörleri uyarılmaktadır. Dokunma reseptörleri, ağrıyı ileten liflerden daha geniş çaplı oldukları için uyarıları, kortekse ağrı liflerinden daha hızlı iletilirler ve korteks öncelikle bu uyarıları aldığından substantia gelotinasaya mesaj göndererek ağrı kapısının kapatılmasını sağlar. Bunun dışında deri üzerine yapılan mekanik uyarılar, kapı kontrol mekanizmasını harekete geçirerek, beta endorfin düzeyini yükseltir. Beta endorfinlerin salgılanması ağrı eşiğini yükselterek, ağrı duygusunu azaltır ya da ortadan kaldırır[36]. Sistematik bir derlemede kanser hastalarının semptom yönetiminde masajın klinik etkinliği hakkındaki kanıtların yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Bu derlemede çoğu çalışmada örneklem sayısının yetersiz olduğu, özellikle aromaterapi ve masaj ile ilgili daha ileri çalışmaların bu endişeleri gidereceği belirtilmiştir[46]. Başka bir meta-analizde de masajın kanser hastalarında etkinliğini göstermek açısından daha iyi dizayn edilmiş, daha uzun süreli ve geniş örnekleme sahip çalışmaların gerekliliğine değinilmiştir[47]. Bu nedenle özellikle kanıt düzeyi I ve II olan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir[34].

**Terapötik dokunma:** Terapötik dokunma 19. yüzyılın başlarında hemşire Doleres Krieger tarafından geliştirilmiştir ve vücuttaki enerji noktalarına dokunarak uygulanan bir ağrı giderme yöntemidir. Terapötik dokunuş bireyde rahatlama oluşturarak ağrıyı azaltır. Bu yöntemi uygulayabilmek için hemşirelerin özel eğitim alması gerekir[36]. Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, dört hafta boyunca toplam yedi seans uygulanan terapotik dokunmanın, ağrı yönetimini olumlu etkilediği ve sağlık profesyonelleri tarafından uygulanabileceği belirtilmiştir[48].

**Gevşeme:** Bu yöntem kademeli olarak kasları germe ve gevşeme tekniklerini içerir. Gevşeme egzersizleri tek başına kullanılabildiği gibi, diğer bilişsel-davranışsal tekniklerle birlikte bireysel veya grup olarak yapılabilir[18]. Gevşeme ağrıyı azaltarak kişinin ağrıyla baş etme yeteneğini artırır. Aynı zamanda hastanın dikkatini ağrıdan uzaklaştırarak ve endorfin salınımını artırarak ağrıyı azaltmaya yardımcı olur.[36] Kanser hastalarında yapılan çalışmalarda güdümlü imgeleme (görselleştirme) eşliğinde uygulanan gevşeme egzersizlerinin ağrıya etkileri ile ilgili farklı sonuçların olduğu, kanıt düzeyi açısından daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir[49-50].

**Reiki:** Şifa ve ruhsal iyileştirme tekniklerine dayanan binlerce yıllık bir öğretidir. *Her* yerde var olan ruhsal yaşam enerjisi anlamına gelir. Oldukça kolaydır ve herkes tarafından öğrenilebilir. Bir defa öğrenildikten sonra ömür boyu kullanılabilir. Hem kişinin kendisine hem de başkalarına uygulayabiliyor olması en önemli avantajıdır. Günlük olarak harcanan enerjiyi bedene geri kazandırır[51]. Bu doğal şifa yönteminde enerji, elle dokunularak aktarılır. Reikinin etkilerinin tipik olarak masajın etkilerine (gevşeme, rahatlama, huzur ve enerjik hissetme gibi) benzediği ileri sürülmektedir[22]. Özellikle onkoloji hastalarının bakımında oluşturduğu anlamlı klinik etkiler nedeniyle integratif yaklaşımlar içinde tercih edilebileceği belirtilmektedir[52]. Meme kanseri tanısı alan kadınlarla yapılan bir çalışmada reikinin ağrı gibi fiziksel semptomların deneyimlenmesini azalttığı sonucuna varılmıştır[53]. Reiki, masaj ve yoganın etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise reikinin kanser ağrısının azaltılmasında daha etkili

olduğu[54] ancak kanser hastalarının semptom yönetiminde reikinin etkisi ile ilgili kanıtların yeterli düzeyde olmadığı vurgulanmıştır[55].

**Doğal ürünler:** Bu ürünler sıklıkla diyet desteği olarak kullanılan bitkisel ürünler, vitaminler, mineraller ve probiyotiklerdir[22]. Hem batı hem de doğu toplumlarında bitkiler ve vitaminler sıklıkla kullanılmaktadır. Dünyada en sık vitamin/bitkisel ürünler ve bedensel tedavi yöntemleri tercih edilirken, ülkemizde en sık bitkisel ürünler kullanılmaktadır. Bitkisel ürünleri, diyet uygulamaları ve diğer yöntemler takip etmektedir. Ancak kanseri tedavi etme iddiasında olan ve ilaç olarak uygulanabileceği kanıtlanmamış ürünlerin kullanılmasından kaçınılmalıdır. Çünkü bu ürünler çoğunlukla denetimsiz, plansız ve kanıtlanmadan kişisel deneyimlere dayanarak kullanılmaktadır. Bu nedenle sadece güvenilir ve etkin uygulamaların desteklenmesi gerekir[33]. Ayrıca doğal ürünlerin güvenli kullanımı ve olası ilaç etkileşimlerinin belirlenmesine ilişkin çalışmalara da ihtiyaç olduğu unutulmamalıdır[22].

## SONUÇ

Hemşirelik mesleği bütüncül ve hümanistik felsefeye dayanır, bu felsefede beden, ruh ve zihnin etkileşimi önemlidir. Bireye bakım verirken bu felsefeyi benimseyen hemşirelerin bakım uygulamalarında integratif uygulamalara yer vermeleri daha kolaydır. İntegratif hemşirelik, holistik bakış açısının uygulamaya yansıyan bir yönü olup, bireyin hemşirelik bakımı planlanırken var olan iyileştirici yöntemlerden uygun olanlarının seçilmesi ve uygulanmasını önerir. Bu nedenle integratif yaklaşımlar semptom yönetimine entegre edilmelidir. Çünkü integratif yaklaşımlar, ağrı yönetiminde bireyin öz etkililiğini arttırarak, hastanın ağrıya karşı güçlü olma ve ağrı yönetiminde üst düzeyde kontrol duygusu yaratmasına olanak sağlayarak tedavinin başarısını arttırmaktadır. Bununla birlikte palyatif bakımda kanser ağrısının yönetiminde kullanılan integratif yaklaşımlar ile ilgili kanıt sağlayacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu, kanıtlanmış yaklaşımlar ile ilgili sağlık profesyonellerinin bilgilendirilmesi,[22] özellikle lisans ve lisansüstü düzeyde verilen hemşirelik eğitiminde integratif uygulamalara yer verilmesi ve doktora düzeyinde integratif bakım felsefesinin geliştirilmesinin[21] son derece önemli olduğu unutulmamalıdır. Ancak bu şekilde geleneksel uygulayıcılar ile integratif yaklaşımlara şiddetle karşı çıkanların ortak bir bakış açısı geliştirmeleri ve bu yöntemlerin sağlık bakımına entegre edilmesi sağlanabilir.

## Finansal Kaynak

Bu makale ile ilgili herhangi bir finansal kaynaktan yararlanılmamıştır.

## Çıkar Çatışması

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## Yazar katkıları

Bu makalenin hazırlanmasına her iki yazar katkı sağladığını beyan etmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Gökçınar D, Kahveci K. Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım. In: Palyatif Bakım, Gökçınar D, Kahveci K (Eds), Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti; 2014. s. 1-5.
2. WHO Definition of Palliative Care. URL: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. 22 Şubat 2017.
3. Kabalak AA, Öztürk H, Çağil H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
4. Elçigil A. Palyatif Bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Derg 2012;54:329-334.
5. Fadıloğlu Ç. Akciğer kanserli hastada palyatif bakım ve kanıta dayalı uygulamalar. In: Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım, Can G, Aydıner A (Eds), Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti; 2015. s. 1-20.
6. Oyum Y. Palyatif bakımda ağrı yönetimi, Acıbadem Bursa Hastanesi, Eğitim Notu. URL: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/82/docs/ug-1.pdf, 18 Temmuz 2017.
7. Özkan S. Ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda palyatif ve yaşam sonu bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı 2010;272-282.
8. Aksu M. Palyatif bakımda semptom yönetimi. 2013. URL: https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Palyatif_Bakimda_Semptom_Yonetimi%23Miray_Aksu.pdf, 18 Temmuz 2017.
9. Zincircioğlu Ç, Şenoğlu N, Köken İ, Bozkurt PS. Palyatif bakım hastalarında ağrı ve yönetimi. Turkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2016;9(1):38-49.
10. Demir M. Palyatif bakım etiği. Yoğun Bakım Dergisi 2016;7:62-66._
11. Uysal N, Kutlutürkan S. Kanserli bireylerde semptom kontrolünde refleksoloji uygulaması. Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12(3):103-109.
12. Arslan M, Albaş S, Küçükerdem HS, Pamuk G, Can H. Vizüel Analog Skala ile kanser hastalarında palyatif ağrı tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Fam Pract Palliat Care. 2016;1(1):5-8.
13. Sarıhan E, Kadıoğlu E, İğde FA. Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. Nobel Med 2012; 8(1): 5-15.
14. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Medical Journal 2013;2(3):256-260.
15. Erlenwein J, Geyer A, Schlink J, Petzke F, Nauck F, Alt-Epping B. Characteristics of a palliative care consultation service with a focus on pain in a German university hospital. BMC Palliat Care. 2014; 24;13:45.
16. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadıoğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Ağrı 2015;27(2):104-110.
17. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. J Surg Oncol. 2017 Feb 23. doi: 10.1002/jso.24585. [Epub ahead of print]
18. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Semptom Yönetiminde Kanıt Temelli Tamamlayıcı Yöntemler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):83-98.
19. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. DEUHFED 2016; 9(2):67-77.
20. Başer M. Tamamlayıcı terapilere ilişkin müfredat geliştirme. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya. s. 44-48.
21. Taşcı S. Hemşirelik eğitiminde integratif anlayış geliştirme. Integr *Tip* Derg. 2015;3(2):50-54.
22. Arıkan F, Gözüm S. Ağrı yönetiminde integratif/bütünleştirici uygulamalar. Turkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics 2015;1(3):47-58.

23. Akkuş Y. Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar, In: Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar Ovayolu N, Ovayolu Ö (Eds), Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016. s.730-746.

24. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;32–41.

25. Karslı B, Akdeniz M. Birinci basamakta yaşlı hastalarda ağrı yönetimi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2011;2(2):48-56.

26. Aşar S. Homeopatide inovatif yaklaşımlar. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya.141-146.

27. Orhan İ. Temel refleksoloji notları. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya.17-24.

28. Uysal N, Kutlutürkan S, Uğur I. Effects of foot massage applied 2 different methods on symptom control in colorectal cancer patients: Randomized control trial. Int J Nurs Pract. 2017 Feb 7. doi: 10.1111/ijn.12532. [Epub ahead of print]

29. Lee SH, Kim JY, Yeo S, Kim SH, Lim S. Meta-Analysis of massage therapy on cancer pain. Integr Cancer Ther. 2015;14(4):297-304.

30. Erdoğan Z, Atik DÖ, Çınar S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. Archives Medical Review Journal 2014;23(4):773-790

31. Chen TH, Tung TH, Chen PS, Wang SH, Chao CM, Hsiung NH, Chi CC. The clinical effects of aromatherapy massage on reducing pain for the cancer patients: meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2016;2016:9147974.

32. Ovayolu O, Seviğ U, Ovayolu N, Sevinç A. The effect of aromatherapy and massage administered in different ways to women with breast cancer on their symptoms and quality of life. Int J Nurs Pract. 2014;20(4):408-17.

33. Coşkun HŞ. Kanser tedavilerinde tamamlayıcı tıp uygulamaları. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 126-130.

34. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. Curr Pain Headache Rep. 2012;16(4):325-31.

35. Towler P, Molassiotis A, Brearley SG. What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care: an integrative overview of reviews. Support Care Cancer. 2013;21(10):2913-23.

36. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011; 83-92.

37. Sarradon-Eck A, Bouhnik AD, Rey D, Bendiane MK, Huiart L, Peretti-Watel P. Use of non-conventional medicine two years after cancer diagnosis in France: evidence from the VICAN survey. J Cancer Surviv. 2017 Feb 1. doi: 10.1007/s11764-017-0599-y. [Epub ahead of print]

38. Garcia MK, Cohen L, Spano M, Spelman A, Hashmi Y, Chaoul A, Wei Q, Lopez G. Inpatient acupuncture at a major cancer center. Integr Cancer Ther. 2016 Dec 1:1534735416685403. doi: 10.1177/1534735416685403. [Epub ahead of print],

39. Lau CH, Wu X, Chung VC, Liu X, Hui EP, Cramer H, Lauche R, Wong SY, Lau AY, Sit RS, Ziea ET, Ng BF, Wu JC. Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2016;95(9):e2901.

40. Oh B, Eade T, Kneebone A, Pavlakis N, Clarke S, Eslick G, River J, Back M. Factors affecting whether or not cancer patients consider using acupuncture. Acupunct Med. 2017;35(2):107-113. doi: 10.1136/acupmed-2016-011115. [Epub ahead of print]

41. Ayçeman N. Akupresur. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Bildiri Kitabı, 24-26 Kasım 2016-Antalya, 9-15.

42. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Yaghoobzadeh A, Yeoh KK, Goudarzian AH, Soleimani MA, Jamali S. Effect of acupressure on pain in Iranian leukemia patients: A randomized controlled trial study. Int J Nurs Pract. 2017;23(2). doi: 10.1111/ijn.12513. [Epub ahead of print].

43. Yeh CH, Chien LC, Chiang YC, Ren D, Suen LK. Auricular point acupressure as an adjunct analgesic treatment for cancer patients: a feasibility study. Pain Manag Nurs. 2015;16(3):285-93.

44. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016;15;(8):CD006911.

45. Keenan A, Keithley JK. Integrative Review: Effects of music on cancer pain in adults. Oncol Nurs Forum. 2015;42(6):E368-75.

46. Shin ES, Seo KH, Lee SH, Jang JE, Jung YM, Kim MJ, Yeon JY. Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3;(6):CD009873.

47. Wilkinson S, Barnes K, Storey L. Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. J Adv Nurs. 2008;63(5):430-9.

48. Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of therapeutic touch on pain related parameters in patients with cancer: A Randomized Clinical Trial. Mater Sociomed. 2016;28(3):220-3.

49. Nooner AK, Dwyer K, DeShea L, Yeo TP. Using relaxation and guided ımagery to address pain, fatigue, and sleep disturbances: a pilot study. Clin J Oncol Nurs. 2016;1;20(5):547-52.

50. Chen SF, Wang HH, Yang HY, Chung UL. Effect of relaxation with guided ımagery on the physical and psychological symptoms of breast cancer patients undergoing chemotherapy. Iran Red Crescent Med J. 2015;28;17(11):e31277.

51. Omay G. Reiki evrensel yaşam enerjisi, Birinci aşama seminer notları, 2017;1-2.

52. Siegel P, da Motta PM, da Silva LG, Stephan C, Lima CS, de Barros NF. Reiki for cancer patients undergoing chemotherapy in a brazilian hospital: a pilot study. Holist Nurs Pract. 2016;30(3):174-82.

53. Kirshbaum MN, Stead M, Bartys S. An exploratory study of reiki experiences in women who have cancer. Int J Palliat Nurs. 2016;2;22(4):166-72.

54. Rosenbaum MS, Velde J. The Effects of yoga, massage, and reiki on patient well-being at a cancer resource center. Clin J Oncol Nurs. 2016;1;20(3):E77-81.

55. Sánchez Domínguez J. The gift of the application of reiki therapy in cancer patients. Rev Enferm. 2016;39(6):38-49**.**