

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA İL MERKEZİNDE JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ
ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN
PALYATİF BAKIM UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

Fatma USLU

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2013

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA İL MERKEZİNDE JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ
ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN
PALYATİF BAKIM UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

Fatma USLU

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU**

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı :Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Program :Hemşirelik
Tez Başlığı :Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde
Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının
Belirlenmesi
Öğrenci Adı-Soyadı :Fatma USLU
Savunma Sınavı Tarihi :16.01.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

Hacettepe Üniversitesi

Tez danışmanı:

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Gül PINAR

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Üye:

Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ

Hacettepe Üniversitesi

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimde ve bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde;

Tez danışmanım olarak, tüm çalışmam ve yüksek lisans süresince yardımlarını, hoşgörüsünü, sabrını ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli hocam Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Lale TAŞKIN, Prof. Dr. Kafiye EROĞLU ve Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ'a,

Uygulamanın yapıldığı hastanelerdeki sağlık çalışanlarına,

Bana olan sonsuz güveni ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili aileme,

TEŞEKKÜR EDERİM.

FATMA USLU

2013

ÖZET

Uslu, F., Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Konusunda Uygulamalarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.Bu çalışma, Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Ankara ili sınırları içerisinde yer alan ve jinekolojik onkoloji üniteleri bulunan hastanelerde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı altı hastanede jinekolojik kanserli hastalara bakım veren (n=72) ebe ve hemşire oluşturmuş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 ebe ve hemşire örneklem kapsamına alınmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Soru formu 30/06/2012 – 30/09/2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 19.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiş ve tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin % 47'sinin palyatif bakım konusunda bilgi aldıkları, bu bilgiyi en fazla hizmet içi eğitimlerden (% 71) aldıkları belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda “ağrı” (% 100), “bulantı-kusma” (% 92.5), “yorgunluk” (% 86,2) gibi semptomlar ile daha sık karşılaştıkları ve karşılaştıkları semptomlara yönelik uygulamaları belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin palyatif bakıma yönelik hemşirelik girişimlerinden tamamının yaşam sonu bakım uygulamalarında etik ilkelere dikkat ettikleri, % 43.1'inin hasta ve yakınlarını, hastalığın ve tedavinin seyri hakkında kısmen bilgilendirdikleri, % 73.8'inin hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşmadıkları belirlenmiştir. Palyatif bakım uygulamasında karşılaşılan “hastanın opioid fobisi vardır” engeline ebe ve hemşirelerin çoğunluğu (% 66.2) katılmaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda farkındalıklarının artırılması, mezuniyet öncesi eğitim ve hizmet içi eğitim programları müfredatlarına palyatif bakım konusunun yerleştirilmesi ve bu konuya yönelik kursların düzenlenmesi, palyatif bakımda semptom kontrolüne rehberlik edecek klavuzların geliştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, jinekolojik onkoloji, ebe, hemşire

ABSTRACT

Uslu, F., Determination of the Palliative Care Practices of the Midwives and Nurses in the Gynecological Oncology Units in the Centrum of Ankara, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Graduate Thesis, Ankara, 2013. This descriptive study was made to determine the palliative care practices of the midwives and nurses working in the gynecological oncology units in the Centrum of Ankara, and involved a number of hospitals with gynecological oncology units within the boundaries of the Province of Ankara. The universe comprised of 65 midwives and nurses taking care of the gynecological cancer patients in the six hospitals that formed the universe for this study (n=72). A questionnaire developed by the researcher was used to collect data. The questionnaire was completed by the researcher by means of direct interviews from June 30, 2012 to September 30, 2012. The research data were analyzed through the package software SPSS 19.0, and the descriptive statistics (number, percentage, average, standard deviation) were evaluated. It was determined that 47 % of the participant midwives and nurses got knowledge on the palliative care, mostly through the on-job training (71 %). It is understood that the midwives and nurses more frequently saw, and took properly reported actions against such symptoms as “pain” (100 %), “nausea-vomiting” (92.5 %) and “fatigue” (86.2 %) in the gynecological cancer patients. The midwives and nurses were understood to pay attention to the ethical rules in the end of life care practices for palliative care, and to the nursing intervention on information of the patients and their relatives on the disease and its progress partially by 43.1 %, while no interviews took place on death with the patients and their family by 73.8 %. The midwives and nurses mostly confirmed the option that the handicap “patient has opioid phobia” in the palliative care practices (66.2 %). In line with the results obtained through this study, it was suggested to enhance the awareness of midwives and nurses on the palliative care, include the palliative care in the graduate curriculum and on-job training programs, organize a number of courses in this field, and develop a number of guidelines for symptomatic checks in palliative care.

Keywords: Palliative care, gynecological oncology, midwife, nurse

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
GRAFİKLER	xiv
1.GİRİŞ	
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2 GENEL BİLGİLER	
2.1. Palyatif Bakım	6
2.1.1. Palyatif Bakım İlkeleri	7
2.1.2. Palyatif Bakım Ekibi	9
2.1.3. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar	10
2.1.4. Kapsamlı Bakım Hizmeti	10
2.1.5. Palyatif Bakım Uygulanmasında Engeller	11
2.1.6. Palyatif Bakımda Etik	12
2.1.7. Dünya’da Ve Türkiye’de Palyatif Bakım	13
2.2. Kanser	14
2.3. Jinekolojik Kanserler	15
2.4.Jinekolojik Kanserlerde Palyatif Bakım	16
2.5. Palyatif Bakımda Hemşirelik Bakımı	17
2.5.1. Hasta Ve Ailesinin Bilgi Gereksinimi	18
2.5.2. Hasta Ve Ailesinin Bireysel Değerlendirilme Gereksinimi	18
2.5.3. Hastanın Fiziksel Semptomlarının Yönetimi	19
2.5.3.1. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülen	20
Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı	

2.5.3.1.1. Dispne ve Hemşirelik Bakımı	20
2.5.3.1.2. Lenf Ödemi ve Hemşirelik Bakım	21
2.5.3.1.3. Derin Ven Trombozu ve Hemşirelik Bakımı	22
2.5.3.1.4. Asit ve Hemşirelik Bakımı	24
2.5.3.1.5. Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı	25
2.5.3.1.6. Mukozit ve Hemşirelik Bakımı	26
2.5.3.1.7. Barsak Obstrüksiyonu ve Hemşirelik Bakımı	26
2.5.3.1.8. Konstipasyon ve Hemşirelik Bakımı	27
2.5.3.1.9. Diyare ve Hemşirelik Bakımı	28
2.5.3.1.10. Bulantı-Kusma ve Hemşirelik Bakımı	29
2.5.3.1.11. İştahsızlık-Kaşeksi ve Hemşirelik Bakımı	30
2.5.3.1.12. Dehidratasyon ve Hemşirelik Bakım	31
2.5.3.1.13. Tat Değişikliği ve Hemşirelik Bakımı	31
2.5.3.1.14. Rektovajinal- Vezikovajinal Fistül ve Hemşirelik Bakımı	32
2.5.3.1.15. Menopozal Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı	33
2.5.3.1.16. Üriner Obstrüksiyonu Ve Hemşirelik Bakımı	34
2.5.3.1.17. Anemi ve Hemşirelik Bakımı	35
2.5.3.1.18. Lökopeni ve Hemşirelik Bakımı	36
2.5.3.1.19. Trombositopeni -Kanama-Vajinal Kanama ve Hemşirelik Bakımı	37
2.5.3.1.20. Deliryum ve Hemşirelik Bakımı	38
2.5.3.1.21. Uyku Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı	39
2.5.3.1.22. Ağrı ve Hemşirelik Bakımı	40
2.5.3.1.23. Ciltte Kuruma ve Hemşirelik Bakımı	43
2.5.3.1.24. Psikososyal Problemler ve Hemşirelik Bakımı	44
2.5.3.1.25. Cinsel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı	46
2.5.4. Yaşam Kalitesinin Güçlendirilmesi	48
2.5.5. Ailenin Desteklenmesi	48
2.5.6. Ölüm Sırasındaki Bakım	48
2.5.7. Yas Sürecinde Bakım	49

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli	51
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	51
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	52
3.3.1. Araştırmanın Evreni	52
3.3.2. Örneklem Seçimi	52
3.4. Verilerin Toplanması	53
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	53
3.4.2. Ön Uygulama	55
3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması	55
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	55
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	56
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	56
4. BULGULAR	
4.1. Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Palyatif Bakım Konusunda Eğitim ve Bilgi Alma Durumu ve Diğer Değişkenlere İlişkin Verileri	58
4.2. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıkları ve Karşılaştıkları Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimleri	62
4.3. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri	84
4.4. Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaştıkları Engeller	87
5.TARTIŞMA	90
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	102
6.1.1 Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Palyatif Bakım Konusunda Eğitim ve Bilgi Alma Durumu ve Diğer Değişkenlere İlişkin Sonuçları	102
6.1.2. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıkları ve Karşılaştıkları Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerine İlişkin Sonuçları	102

6.1.3. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimlerine İlişkin Sonuçları	106
6.1.4. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarında Karşılaştıkları Engellere İlişkin Sonuçları	106
6.2. Öneriler	108
7. KAYNAKLAR	109
ÖZGEÇMİŞ	126
8.EKLER	
EK 1. Veri Toplama Formu	127
Ek 2. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı	135
EK 3. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	136
EK 4. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı	137
EK 5. Ankara Üniversitesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	139
EK 6. Gazi Hastanesi İzin Yazısı	140
EK 7. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu	141
EK 8. Ek Tablolar	143

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 2.1.1: Palyatif Bakım	7

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 2.5.3.1. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülen Semptomlar	20
Tablo 3.2.2.1 Örneklem Kapsamına Alınan Kişilerin Hastane ve Mesleklere Göre Dağılımı	53
Tablo 4.1.1. Tablo 4.1.1. Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	58
Tablo 4.1.2. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Almaya Yönelik Bazı Değişkenlerinin Dağılımı	59
Tablo 4.1.3. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Konusunda Çalıştıkları Kurumda Hizmet İçi Eğitime İlişkin Bazı Değişkenlerin Dağılımı	61
Tablo 4.2.1.1. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıklarına Yönelik İfadelerin Dağılımı	62
Tablo 4.2.1.1. (Devam) Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıklarına Yönelik İfadelerin Dağılımı	63
Tablo 4.2.2.1. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Solunum Sisteminde Görülebilen Semptoma Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	64
Tablo 4.2.2.2. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kardiyovasküler Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	65
Tablo 4.2.2.2. (Devam) Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kardiyovasküler Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	66
Tablo 4.2.2.3. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Gastrointestinal Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	68
Tablo 4.2.2.3. (Devam) Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Gastrointestinal Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	69
Tablo 4.2.2.4. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda	73

Üro-Genital Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	
Tablo 4.2.2.5. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda	76
Hematolojik Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	
Tablo 4.2.2.6. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda	78
Nörolojik Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	
Tablo 4.2.2.7. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda	80
Ciltte Görülebilen Ciltte Kuruma Semptomuna Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	
Tablo 4.2.2.8. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda	81
Psikososyal Durumunda Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı	
Tablo 4.3.1. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimlerini Uygulama Durumuna Göre Dağılımı	84
Tablo 4.4.1. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaştıkları Engellerin Yüzde Dağılımı	87

GRAFİK

	Sayfa
Grafik 4.4.1. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaştıkları Engellerin Yüzde Dağılımı	88

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Palyatif bakım, geçmişte yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken; günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlarla yaşayan bireylerde, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla uygulanmaktadır (124). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) (WHO) (2002) palyatif bakımı; yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden problemler yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır (183). Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (2012) (American Society of Clinical Oncology) (ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı; hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (7).

Palyatif bakım, tedavi edici yaklaşımların yetersiz kaldığı durumlarda hasta ve yakınlarının, tedavi sürecinden ölüme kadar ve ölümden sonraki yas sürecinde, fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir yer tutmaktadır (48). Dünyada bir çok ülkede palyatif bakım hizmetleri oldukça yaygındır. Palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu ülkelerden Amerika ve İspanya'da her türlü palyatif bakım hizmeti (evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri gibi) verilmektedir (132). Gültekin ve arkadaşları (2010) ise ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin uzun yıllar göz ardı edildiğini belirtmektedir (79). Ortadoğu Kanser Konsorsyumu'nun (Middle East Cancer Consortium) (MECC) 2005 yılı Palyatif Bakım Raporu'nda, ülkemizde yedi palyatif bakım ünitesi bulunduğu belirtilmekte ve İstanbul ile Ankara'da yataklı hospis merkezi kurulma çalışmaları olduğu vurgulanmaktadır (24). Gültekin ve arkadaşları (2010) ülkemizde ki palyatif bakım ünitelerinin iki sağlık bakanlığı, bir özel, yedi üniversite hastanesinde olmak üzere 10'a yükseldiğini belirtmişlerdir (79).

Palyatif bakımda; ilerleyici kanser vakalarında spesifik tedaviye yanıt vermeyen, farklı nedenlerden (kansere bağlı, tedavi süreci) kaynaklanan bir ya da birden çok semptom yaşayan (ağrı, bulantı ve kusma, ödem vs.) ve sınırlı yaşam beklentisi olan, hastalık süresince aralıklı bakım ve desteğe gereksinim duyan

bireyler hedef kitle olarak belirlenmiştir (171). Görüldüğü gibi, kanser tedavisi sürecinde olan bireyler için palyatif bakım önemli bir yer tutmaktadır. İnsanlık tarihi kadar eski olan kanser hastalığı, bu konuda yapılan çalışmalara rağmen, günümüzde insan yaşamını tehdit eden en tehlikeli hastalık olma özelliğini korumaktadır (5,48,134,135). Kanser dünyada ölüm nedenleri (2008) arasında kalp hastalıklarından (% 30) (181) sonra ikinci (% 13) (184) sırada yer almaktadır. Globocan'ın (2008) verilerinde, dünyada kanser teşhisi konulan vakaların 6 044 710'unu kadınların oluşturduğu ve bu kadınların yaklaşık yarısının kanser nedeni ile yaşamını kaybettiği belirlenmiştir. Jinekolojik kanserler kadınlarda en sık görülen kanserler içerisinde ikinci (% 17.3) sırada ve ölüme neden olan kanserlerde % 14.6 ile ilk sırada yer almaktadır. Globocan'ın Türkiye'ye ilişkin (2008) verilerine göre, 39311 kadının kanser teşhisi aldığı ve teşhis alan kadınların yarısından fazlasının kanser nedeniyle öldüğü belirlenmiştir. Jinekolojik kanserler kadınlarda en sık görülen kanserler içerisinde ikinci (% 13.2) sırada ve ölüme neden olan kanserlerde % 9.5 ile ilk sırada yer almaktadır (84).

Jinekolojik kanserler, kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden birisini oluşturması nedeni ile önem kazanmaktadır (27,84,142,159). Globocan'ın (2008) dünya verilerine göre en fazla görülen jinekolojik kanserler sırasıyla; serviks kanseri, endometriyum kanseri ve over kanseridir. Bu kanserlerden en fazla ölüme serviks kanseri neden olurken, over kanseri ikinci ve endometriyum kanseri üçüncü sırada yer almaktadır (84). Ülkemizde ise Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2008 yılı verilerine göre; kadınlarda görülen kanserler arasında jinekolojik kanserler ikinci sırada yer almaktadır. En sık görülen 10 kanser arasında endometriyum kanseri dördüncü sırada (% 8.7), over kanseri yedinci sırada (% 6.5) ve serviks kanseri dokuzuncu sırada (% 4.4) bulunmaktadır (168). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2009 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre, kadınlarda endometriyum kanserinden ölüm oranı binde 4.6, over kanserinden ölüm oranı binde 7.9 ve serviks kanserinden ölüm oranı binde 3.2 dir (169).

Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra, beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneğiyle ilgili olarak birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (102,128,159). Tedavi sürecinde yapılan cerrahi girişimler,

kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları çoğu zaman yetersiz kalabilmekte ya da kadının ve ailesinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozabilmektedir. Özellikle semptomlarla ilişkili rahatsızlıklar, kadınların ve ailelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi önerilerine uyumlarını güçleştirmektedir (108,128,159,177).

Bu açıdan günümüzde tedaviye yanıt vermeyen ilerlemiş ve tekrarlayan jinekolojik kanser vakalarında palyatif bakım ve semptom kontrolüne yönelik ilgi artmıştır (108). Anderson (1994), hastalık ilerlediğinde bakımın amacının yaşam süresini uzatmak yerine, yaşam kalitesini arttırmaya odaklanılması gerektiğini belirtmektedir. Bunun için de, ağrı kontrolü, bulantı- kusma, hidrasyon ve yorgunluk gibi semptom kontrolünde palyatif bakımın önemi üzerinde durmaktadır (8). Rummans ve arkadaşlarının (1998), jinekolojik kanserli hastalar için en rahatsız edici sorunun ağrı olduğu ve ağrının, yaşam kalitesinin tüm boyutlarını etkileyen önemli bir sorun olduğu saptamıştır. Bu hastalarda, palyatif bakımın içeriğinde yer alan ağrı kontrolüne yönelik uygulamalar ile yaşam kalitesinin olumlu etkileneceğini belirtmişlerdir (140). Osse ve arkadaşları tarafından (2005) 94 kanser hastasında yapılan bir çalışmada en yaygın sorunlar yorgunluk, ağır ev işleri ile baş etmede yetersizlik, metastaz korkusu olarak belirlenmiş, yardıma ihtiyaç duyulan konular ise; bilgi eksikliği, gelecek endişesi, metastaz korkusu, fiziksel acı ve zorluklar olarak tespit edilmiştir. Palyatif bakım içerisinde yer alan psikolojik danışmanlık ve semptom kontrolü ile hastaların sorunlarının çözülebileceği ve ihtiyaçlarının karşılanabileceği sonucuna varılmıştır (114).

Mishra (2011), jinekolojik kanserli bireylerde, kanserden ve tedavi sürecinden kaynaklanan, semptomatik bakım gerektiren durumların palyatif bakımla kontrol altına alınabileceğini ve hastaların yaşam kalitesini arttırabileceğini belirtmiştir (108). Jinekolojik kanser hastalarına bakım veren sağlık personeli, palyatif bakımın ilk amacı olan, hastaların fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen semptomların kontrol altına alınmasını ve etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamalıdır (112,117). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda palyatif bakımın önemi vurgulanmış ve 2008 yılında Palyatif Bakım Programı Eylem Planı oluşturmuştur. Bu eylem planında palyatif bakım alanında (uygulama ve yönetim) eğitimli ve deneyimli profesyonel ekiplerin

oluşturulması kararı alınmıştır. Palyatif bakım ekibini oluşturan sağlık personeli bakım sürecinde; semptomları saptamalı, bakımı hastaya yönelik planlamalı, bakımın amaçlarını hasta ve ailesi ile paylaşmalı, bakımın etkinliğini değerlendirebilmelidir (171). Palyatif bakımın önemli bir yönünü oluşturan bireyin psikososyal ve spiritüel yönünü önemsemeli, aile üyelerini hastalık süreci ve ölüm sonrası yas sürecinde desteklemeli, bakımı multidisipliner bir ekip tarafından sunmalı ve ekibin merkezinde hasta ile ailesine yer vermelidir (4,112). Hastalarının, tanı-ölüm arası dönemde mümkün olduğunca aktif yaşayıp, terminal dönemde ağrı-acı çekmesini önlemeli ve saygınlığını kaybetmediği iyi bir ölüm süreci geçirmesi sağlanmalıdır (112,117).

Palyatif bakım gereksinimindeki bu artışa paralel olarak; sağlık personelinin, palyatif bakım hizmetlerini sağlamaları ve bu bakımın uygulamalarının önemli bir parçası olması beklenmektedir (177). Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Programı Eylem Planı'nda palyatif bakım alanında çalışanlarda mevcut durumun saptanması ve gereksinim duyulabilecek sayının belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (171).

Ülkemizde sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada (2010) palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi için eğitim müfredatında ve hizmet içi eğitim programlarında palyatif bakım konusuna daha geniş yer verilmesi önerilmektedir (166). Hekim ve hemşirelerin kanserli çocuklara yönelik palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi amacı ile yapılan başka bir çalışmada (2010), palyatif bakım konusunda eğitilmiş personele gereksinim olduğu ve pediatrik onkoloji alanında çalışan hekim ve hemşirelerin palyatif bakım eğitimi alması gerektiği vurgulanmıştır (32).

Ülkemizde yapılan literatür araştırması sonucunda jinekolojik onkoloji alanında çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakıma yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan bu çalışmanın, Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi ile, Sağlık Bakanlığı hedefleri doğrultusunda sağlık personeli için eğitim programlarının düzenlenmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, özellikle semptomlarla ilişkili rahatsızlıklar kadınların ve ailelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi önerilerine uyumlarını güçleştirmektedir. Bu açıdan günümüzde tedaviye yanıt vermeyen ilerlemiş ve tekrarlayan jinekolojik kanser vakalarında palyatif bakım ve semptom kontrolüne yönelik ilgi artmıştır. Palyatif bakım gereksinimindeki bu artışa paralel olarak; sağlık personelinin özellikle hemşirelerin uygulamada ki önemi artmıştır. Bu araştırma, Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin;

1. Palyatif bakıma ilişkin görüşleri nelerdir?
2. Palyatif bakıma ilişkin uygulamaları nelerdir?
3. Palyatif bakım uygulamasında karşılaştıkları engeller nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PALYATİF BAKIM

İngilizce'de "palliative" kelimesi, "kare biçimli, geniş, pelerine benzer kıyafet" anlamına gelirken Latince'de "pallium" ve "örtmek" anlamına gelen "palliare" kelimelerinden türemiştir. Günümüzde İngilizce "palliate", "palliation" ve "palliative" gibi kelimeler kötü bir şeyin daha az kötü bir şeye dönüştürülmesini ya da kötünün ortadan kaldırılmak yerine "örtülmesi", iyileştirilmesini ifade etmekte, özellikle de bu kötü durumun ortadan kaldırılmasının mümkün olmadığı hallerde kullanılmaktadır (145).

Tıptaki kullanımında palyatif bakım, hastadan bilgi alıp fiziksel bir muayene yaptıktan sonra rahatsızlık veren belirtilerin nerden kaynaklandığını araştırmadan ya da bu belirtilere sebep olan şeyi tedavi etmeden sadece belirtilerin azaltılmasını ya da yok edilmesini ifade eder (123,145,160,182).

Literatürde palyatif bakım "uygun ölüm", "iyi ölüm", "huzurlu ölüm", "dayanılabilir ölüm" gibi yaşam sonu bakım kavramlarıyla tanımlanmıştır (81).

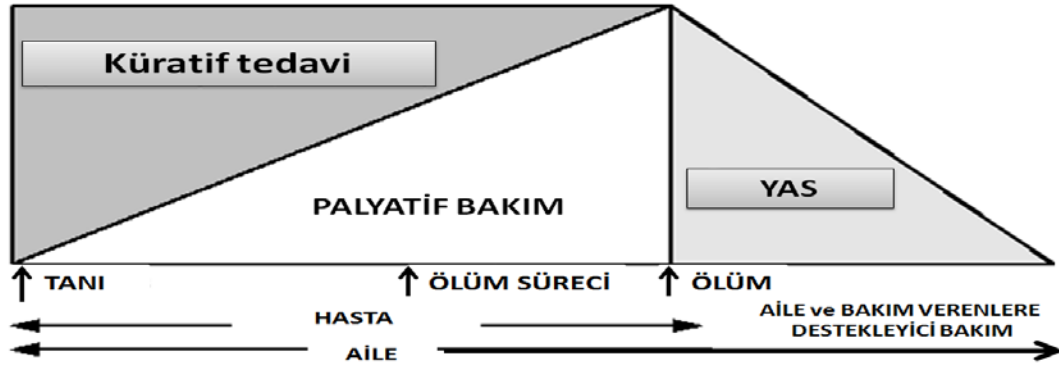
Palyatif bakım "ölüm bakımı" olarak ortaya çıkmış, birkaç yıl sonra "terminal bakım" olarak değişmiştir. Günümüzde tıp alanında "hospis", "hospis bakımı", "bakımın sürekliliği", "yaşam sonu bakım", "tanatoloji", "konfor bakımı", "sürekli bakım ünitesi" ve "destek bakım" gibi çeşitli terimlerle iç içe kullanılmaktadır. Bu farklı isimler palyatif bakım kavramını yansıtmamaktadır (124).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) (WHO) (2002) palyatif bakımı; yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden problemler yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) problemlerini erken tanılama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır (183). Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology) (ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı; hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (7).

Palyatif bakım (35,118,160,183);

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar.
- Yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eder.
- Ölümü hızlandırma ya da geciktirme niyeti yoktur.
- Hasta bakımının psikolojik ve inanç yönlerini bütünleştirir.
- Ölüme kadar hastanın olabildiğince aktif olarak yaşamasına yardım eder.
- Hastanın hastalığı süresince ve kayıptan sonra ailenin sorunla başa çıkmasına yardım etmek için destek sunar.
- Hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve gidermek için ekip yaklaşımı kullanır.
- Yaşam kalitesini artırarak hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilir.
- Hastalığın seyrinde yaşamı uzatmaya yönelik kemoterapi ya da radyoterapi gibi diğer tedavilerle bağlantı içinde erken uygulanabilir.
- Rahatsız edici klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gereken araştırmaları içerir.

Palyatif bakım; hastaya tanı koyulduğu andan itibaren başlamakta, ölüme kadar küratif tedavi ile birlikte devam etmekte, ölüm sonrası yas sürecinde aile ve diğer bakım vericileri destekleyen bir bakımla sona ermektedir (Şekil 2.1.1) .



Kaynak: Monzon, J. (2011). Palliative Care. Erişim: 1 Şubat 2011, <http://carewellcommunity.org/articles-palliative.php>

Şekil 2.1.1: Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif Bakım İlkeleri

Palyatif bakım ilkelerinin özünü iki başlık altında toplamak mümkündür (145);

- Hastanın fiziksel ve psikolojik semptomlarının uzmanlar tarafından verilen bir bakımla ortadan kalkmasını sağlamak,

- Hastanın ve ailenin psikososyal ve spirütel (ruhani, manevi) ihtiyaçlarının uzmanlar tarafından verilen bir bakımla desteklenmesini sağlamak.

Bu ilkeleri biraz açacak olursak palyatif bakım;

- Ölümü doğal bir süreç olarak kabul eder ve yaşama değer verir (111,160).

- Kaçınılmaz olan ölümü hızlandırmaya veya geciktirmeye çalışmaz (160).

- Hastalara beden, akıl ve ruh bütünlükleri içinde tam bir birey olarak yaklaşır (111,160).

- Her bir hasta için mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sağlamaya çalışır (73,182).

- Hasta yakınlarını bakım ünitesinin parçası olarak görür (111).

- Kısmen veya tamamen iyileşme umuduyla tedavi görmeye devam eden hastalara sunulabilir. Bu hastalar için ön görülen tüm teşhis ve tedavi işlemleri yapılır (111,160).

- Ölümlerini uzatacak veya hastalıklarını iyileştirecek tedaviyi sürdürmek istemeyen hastalar ile hastalıklarına karşı sunulabilecek herhangi bir tedavi bulunmayan hastalara sunulabilir (111).

- Hastalara amaçlarını sorar, hasta ve aileyi durumun seyri hakkında bilgilendirir. Hasta ve ailenin sorduğu sorulara açık bir şekilde, ancak destekleyici tarzda cevap verir. Psikososyal sorunlarla baş etme konusunda destek verir ve hastalığın seyri sırasında verilecek zor kararlar karşısında rehberlik hizmeti sunar (145).

- Hasta ve ailelerini yaklaştırmakta olan ölüme hazırlar (145).

- Yas sürecinde aileleri takip eder (111,145,182).

- Hasta ve ailesinin ekibe günün 24 saati, haftanın 7 günü ulaşmasına izin verir (48,182).

- Hastane, ev, gezici klinik, gündüz bakım merkezi, bakım evi gibi hastanın gittiği her yerde yanında bulunarak bakımın devamlılığını sağlamaya çalışır (48,73,111,182).

- Ekibin kültüre duyarlı olması beklenir. Farklı kültür ve dini inanca sahip hastalar için, ekip hangi inanç ve davranışın önemli olduğunu öğrenmek ve bunlara

uyulmasını sağlamak için elinden geleni yapar. Eğer hasta ekibin bilmediği bir dili konuşuyorsa, ekip ona uygun bir çevirmen bulmaya çalışır(182).

- Her zaman bir ekip tarafından yapılması değişmez bir kuraldır (73,111,145). Ne kadar uzman ve tecrübeli olursa olsun tek başına çalışan bir birey kaliteli ve tam bir palyatif bakım sağlayamaz (111,145).

Multidisipliner yaklaşım palyatif bakımın temel özelliğidir. Hasta destek bakım sistemi ağıyla çevrelenmiştir. Ekip yaklaşımı farklı disiplinler ve hizmetlerin etkili biçimde entegrasyonu için liderlik, işbirliği, koordinasyon ve iletişim gerektirir (111,127,167). Ekip hastane, evde bakım, hospis, günlük bakım merkezleri, acil, bakımevleri, uzun dönem bakım verilen merkezler gibi çeşitli sağlık bakım ortamlarına ulaşabilir/hizmet verebilir ancak tercihen evde sağlanabilir. Palyatif bakımın hastanedeki hizmetlerin ötesine taşınması, tıbbi uygulama ve sosyal hizmetlerle uygulanması gerekliliği vurgulanmaktadır (127,167).

2.1.2. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım ekibi içerisinde bir farklı mesleklerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu alanda eğitilmiş meslekler dışında palyatif bakım ekibi içerisinde, farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllüler de yer almaktadır (35,87,111,117,118,123).

Genelde palyatif bakım ekip üyeleri arasında (117);

- Doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar)
- Hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler)
- Psikiyatristler ve psikologlar
- Sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır.

Bunun yanında hastanın gereksinimlerine göre fizik tedavi uzmanı, diyetisyen, eczacı, cerrahlar ve anestezi uzmanları, din adamı ekibe destek olabilir (87,111,117,123,167).

Sağlık bakanlığı palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi konusunda çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarını (171);

- Doktor
- Hemşire

- Sosyal çalışmacı
- Diyetisyen
- Psikolog olarak belirlemiştir.

2.1.3. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

Palyatif bakım bilinci geliştirilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi planlanan hedef kitle esas olarak (111,171);

- İlerleyici kanser hastalarında spesifik tedaviye yanıt vermeyenler,
- Multifaktoriyel mutiple semptomları olan ve sınırlı yaşam beklentisi olanlar,
- Hastalık süresince aralıklı bakım ve desteğe ihtiyaç duyan hastalardır.

Palyatif bakımın hastalığın ilk dönemlerinde başlatılması hastaların semptom yönetimi ve desteğe ulaşabilmesi, bakımın odağının kür sağlamaktan palyatife geçiş sürecini kolaylaştırması yönünden önemlidir (182). Palyatif bakım; primer hastalığın kontrolü, fiziksel semptomlar, psikiyatrik sorunlar, manevi sorunlar, sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar, yaşam sonu ihtiyaçların saptanması ve yas dönemiyle baş etme bileşenlerinden oluşmaktadır (72,73,111,132,182).

2.1.4.Kapsamlı Palyatif Bakım Hizmeti

Kapsamlı palyatif bakım programları fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel (ruhsal, manevi) konuları ele alır (48,111).

Gelişmiş palyatif bakım programları şunları içerir:

Evde Bakım

Geleneksel tıbbi bakım ve destek kurumsal bir modele (hastane) temellenirken, palyatif bakım ev ortamını bakım için primer ortam olarak ele alır (73,111). Amaç hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın, hastanın kendi ortamında evinde verilmesidir. Hasta, palyatif bakım desteğine 7 gün 24 saat ulaşabilir (48,182).

Konsültasyon Hizmeti

Palyatif bakımda eğitilmiş olan sağlık profesyonelleri hastane ve toplumdaki hastalar için danışmanlık hizmeti sağlar. Böyle bir sistemde aynı zamanda diğer sağlık çalışanlarına eğitim fırsatı sunar (111).

Günlük/Gündüz Bakım

Terminal dönem hastalarda sosyal izolasyonu önlemek ve semptom kontrolü için kurulan, dernek benzeri ortamlardır (48). Tek başına yaşayan ya da kendi kendine yetemeyen hastalar günlük palyatif bakım merkezlerine haftada iki ya da üç kez gelerek hizmet alabilir. Bunun yanında günlük palyatif bakım evde bakım vericiler için kısa süreli olanaklar sunabilir (73,111).

Hastanede Bakım

Tıp alanındaki gelişmelere rağmen kanser hastalarında tam bir semptom kontrolü sağlamak mümkün olmayabilmekte ve hastalar hastalık sürecinin herhangi bir aşamasında akut tıbbi yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler (48). Hastanede bakım ağrı ve hastalık ve tedavinin fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı veren diğer semptomlarının kontrolüne odaklanır (111,160,182).

Güçlendirme Desteği

Bazı kişiler sevdikleri birinin kaybıyla baş etmede desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bu konuda eğitilmiş sağlık personeli ya da gönüllüler bu desteği sağlayabilir (111).

2.1.5. Palyatif Bakım Uygulanmasında Engeller

Gelişmiş ülkelerde bile palyatif bakımın uygulanmasında engeller bulunmaktadır. Bu engellerden bazıları (25,123,167,183);

- Doktor, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının formal eğitiminde palyatif bakım eğitimi eksiktir.
- Halkın bu konuda farkındalığı düşüktür ve bu hastalar yeterince destek tedavisi talep edemezler.
- Palyatif bakım yeterli kanun ve mevzuatla desteklenmemiştir.
- Evde bakım gibi bazı palyatif bakım programları sigortaların kapsamı dışında kalırlar.
- Opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılır ve bağımlılık yan etkisi çok abartılır.
- Semptom kontrolünde standartlar yeterince bilinmemektedir.

Ağrı kontrolünde engeller (25,123,167,183);

Hasta ve sağlık personelinin opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar...)

- Kırmızı ve yeşil reçete ulaşılabilirliğinde ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler.
- Opioidlerin çeşitliliğinin az olması, eczanelerden temin edilmesindeki engellerdir.

2.1.6. Palyatif Bakımda Etik

Kanserli hastalar için Palyatif bakım; hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri için etik konuları ve ikilemlerin arttığı bir alandır (101,149). Kanserli hastalara bakım veren hemşireler; kanserle yaşamının psiko-sosyal yönünü gören, kanser tedavisinin etkinliğini artıran, ideal geçici bakım yöntemleri geliştiren, hastaların isteklerini açığa çıkartan, onları ölüme hazırlayan, kanserin belirtileri, yan etkileri ile bunlarla baş etme yöntemleri hakkında araştırmalar planlayan ve yürüten sağlık çalışanıdır (64). Bu alanda çalışan hemşirelerin ayırıcı özelliği olan insani bakım verme, aydınlatma, gerçeği söyleme, ağrı-acıyı dindirme, kaynakları adil paylaşırma, en uygun palyatif bakımı sağlama ile hastayı ölüme hazırlama yönünde etik ödevleri bulunmaktadır (97). Bu nedenle palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin etik yeterliliğinin bulunması kaçınılmaz bir gerekliliktir. Hemşirelerin en önemli sorumluluğu ortaya çıkan etik sorunları, temel etik ilkeleri (zarar vermeme- yararlılık ilkesi, özerklik bireye saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesi) rehber olarak çözüme ulaştırmak olmalıdır. Ortaya çıkan etik sorunlar; insan hakları, hasta hakları, sınırlı kaynakların paylaşırılması ve yaşamı uzatan girişimlerin yaşam kalitesine etkileri konularıyla birlikte ele alınmalıdır (101,149).

Palyatif bakımda ortaya çıkabilecek etik konular ve ikilemler aşağıdaki prensiplere uyularak en iyi şekilde çözümlenebilir (106,118):

- Hastaların ve ailelerin gereksinimlerine ve seçimlerine saygı duyulmalı,
- Her bir hastanın ve ailenin gereksinimlerine ve tercihlerine uygun açık bir iletişim geliştirilmeli,
- Hasta ve ailenin tam olarak bakıma katılmalı,

- Sağlık ekibinin hasta ve aileyle görüşmesi ve bakımın hedefleri konusunda hemfikir olmalı,
- Hedefleri ve gereksinimleri düzenli olarak değerlendirme ve inceleme yapılmalıdır.

2.1.7. Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım

Özkan’ın (2011) aktardığına göre, palyatif bakım kurumları yani “Hospis” hizmetleri ilk kez 1960’ lı yıllarda İngiltere’ de hemşire Cicely Saunders tarafından kurulan “St. Christopher’s Hospice” ile başlatılmış, sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), Amerika Birleşik Devletleri (1987, hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya (1990) şeklinde devam etmiştir (119) . Dünyada bir çok ülkede palyatif bakım hizmetleri oldukça yaygındır. Amerika (San Diego Bölgesi) ve İspanya (Katalan Bölgesi) her türlü palyatif bakım hizmetinin (evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri gibi) verildiği, palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu ülkeler olarak gösterilmektedir(24,37).

Ülkemizde “palyatif bakım” kavram olarak henüz yerleşmemiş olup sıklıkla “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak düşünülmekte ve ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulmaktadır (24). Ülkemizde özelleşmiş palyatif bakım servisleri bulunmama ile birlikte ağrı ve semptom kontrolü büyük hastanelerde medikal onkoloji üniteleri ve algoloji bölümleri tarafından sağlanmaktadır (24,167).

Ortadoğu Kanseri Konsorsiyumu’nun (Middle East Cancer Consortium) (MECC) 2005 yılı Palyatif Bakım Raporu’nda, ülkemizde yedi palyatif bakım ünitesi bulunduğu belirtilmektedir (Başkent Üniversitesi Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi) ve İstanbul ile Ankara’da yataklı hospis merkezi kurulma çalışmaları olduğu vurgulanmaktadır (24,37). Gültekin ve arkadaşları (2010) ülkemizde ki palyatif bakım ünitelerinin 10’a yükseldiğini belirtmiş ve büyük bir bölümünün üniversite hastaneleri olduğunu vurgulamıştır (2 sağlık bakanlığı, 1 özel, 7 üniversite hastanesinde palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır) (79).

Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanseri Kontrol Programının önemli bir bileşeni ve önceliği olarak belirtilen palyatif bakım programı

eylem planı çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile 2008 yılında düzenlenen 3 çalıştay sonunda gerçekleştirilmiştir. Bu eylem planında ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda; en az üç pilot palyatif bakım merkezi kurulması; Palyatif Bakım alanında (uygulama ve yönetim) eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması; opioid bulunabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır (171).

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesince mevcut durum analizleri değerlendirilerek PALLIA-TURK adında bir proje hazırlanmıştır. Palyatif bakım 2010-2015 ulusal kanser kontrol programının en önemli yapı taşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Esas olarak PALLIA-TURK aile hekimliği üzerine kurulu ve KETEM'ler ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem gibi durmaktadır (79,167). Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı Palyatif bakımın ilk adımı olarak "Evde Bakım Hizmeti"ni başlatmıştır. Palyatif bakımın hastane ayağı için ise bu kuruluşun yapısı ve işleyişi hakkında yasal düzenlemelere başlanmış ve erişkin hastalara yönelik ilk "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi", Sağlık BakanlığıUlus Devlet Hastanesi"nde açılmak üzere hazırlıklara başlanmıştır (87).

2.2. KANSER

İnsanlık tarihi kadar eski olan kanser hastalığı, bu konuda yapılan sayısız çalışmalara rağmen, günümüzde insan yaşamını tehdit eden en tehlikeli hastalık olma özelliğini korumaktadır. Bu nedenle kanser, her toplum için önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır (135).

Kanser dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci (% 13) sırada yer almaktadır (184). Dünya Sağlık Örgütü (2008) 12 milyon yeni kanser vakasının teşhis edildiğini, kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün gerçekleştiğini ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğunu tahmin etmektedir. Bu verilerden yola çıkarak 2030'a gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenebilir (81). Toplamda yeni kanser vakalarının % 53'ü ve ölümlerin % 60'ı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (27).

Sağlık bakanlığı kanserle savaş dairesi başkanlığı 2004-2006 yılları için 41438 erkek, 27709 kadın olmak üzere toplam 69147 kişiyi olgu havuzuna almıştır. Erkeklerde tüm kanserler için kaba hız yüz binde 245.6 YSH (Yaşa Standardize İnsidans Hızı)'dır En sık görülen kanserler akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanserleri olarak sıralanmaktadır. Kadınlarda ise tüm kanserler için kaba hız yüz binde 164.4, YSH (Yaşa Standardize İnsidans Hızı)'dır. İlk beş sırada meme, kolorektal, troid, uterus korpusu ve akciğer kanserleri yer almaktadır (140).

2.3. JİNEKOLOJİK KANSERLER

Jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden biridir (27,84,140,159).

Kanser türlerinden biri olan jinekolojik kanserler, temelinde eğitim eksikliği, aşırı doğurganlık, istenmeyen gebelikler, tekrarlayan düşükler, doğum öncesi ve sonrası bakım yetersizlikleri, erken yaş evlilikler ve bunlara bağlı jinekolojik sorunlar içerisinde kadın hayatını tehdit eden önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Globocan'ın (2008) verilerinde, dünyada kanser teşhisi konulan vakaların (12.662.554) 6 044 710'unu kadınların oluşturduğu ve bu kadınların yaklaşık yarısının (3.345.176) kanser nedeni ile yaşamını kaybettiği belirlenmiştir. Kadınlarda en sık görülen kanserlerden ilk üçü; meme kanseri (% 22.9), jinekolojik kanserler (% 17.3), kolorektal kanser (% 9.4) olarak bildirilmiştir. Bu kadınlarda ölüme neden olan kanserlerde ilk üç sırayı; jinekolojik kanserler (% 14,6), meme kanseri (% 13.7), akciğer kanseri (% 10.9) oluşturmaktadır. Globocan'ın Türkiye'ye ilişkin (2008) verilerine göre, 39311 kadının kanser teşhisi aldığı ve teşhis alan kadınların yarısından fazlasının kanser nedeniyle öldüğü belirlenmiştir. Kadınlarda en sık görülen kanserlerden ilk üç sırayı; meme kanseri (% 25.6), jinekolojik kanserler (% 13.2), kolorektal kanseri (% 7.9) oluşturmaktadır. Bu kadınlarda ölüme neden olan ilk üç kanser; meme kanseri (% 17.6), mide kanseri (% 11), jinekolojik kanserler (% 9.5) olarak bildirilmiştir (84).

Bu kanserler içerisinde yer alan jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden birisini oluşturması nedeni ile önem kazanmaktadır (27,84,140,159).

Globocan'ın (2008) dünya verilerine göre en fazla görülen jinekolojik kanserler sırasıyla; serviks kanseri, endometriyum kanseri ve over kanseridir. Bu kanserlerden en fazla ölüme serviks kanseri neden olurken, over kanseri ikinci ve endometriyum kanseri üçüncü sırada yer almaktadır (84). Ülkemizde ise Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2008 yılı verilerine göre; kadınlarda görülen kanserler arasında jinekolojik kanserler ikinci sırada yer almaktadır. En sık görülen 10 kanser arasında endometriyum kanseri dördüncü sırada (% 8.7), over kanseri yedinci sırada (% 6.5) ve serviks kanseri dokuzuncu sırada (% 4.4) bulunmaktadır (168). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2009 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre, kadınlarda endometriyum kanserinden ölüm oranı binde 4.6, over kanserinden ölüm oranı binde 7.9 ve serviks kanserinden ölüm oranı binde 3.2 dir (169).

2.4.JİNEKOLOJİK KANSERLERDE PALYATİF BAKIM

Son yıllarda tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesiyle erken tanılama gerçekleşmekte ve dolayısıyla yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ise hasta bireyde kanser ile daha uzun yıllar yüz yüze kalmayı, kanser ile savaşmayı, kansere karşın kanser ile birlikte yaşamayı öğrenmeyi ve kaliteli bir yaşam sürdürme zorunluluğunu gündeme getirmektedir (121).

Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı işlemleri (102,128,159), tedavi sürecinde yapılan cerrahi girişimler, kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları kadın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi önerilerine uyumlarını güçleştirmektedir (108,128,159,177).

Bu açıdan günümüzde tedaviye yanıt vermeyen ilerlemiş ve tekrarlayan jinekolojik kanser vakalarında palyatif bakım ve semptom kontrolüne yönelik ilgi artmıştır. Palyatif bakım jinekolojik kanserli hastanın çok çeşitli konulara dikkat gerektirir (108). Hastaların palyatif bakıma gereksinim duymalarına neden olan faktörlerin başında hafif, orta ve ciddi seviyelerde deneyimlenen semptomlar gelmektedir. Hastaların sıklıkla yaşadıkları bu semptomlar, onların fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (117).

Jinekolojik kanserli hastalarda hastalık ilerlediğinde bakımın amacı yaşam süresini uzatmak yerine, yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu hastalarda ağrı kontrolü, bulantı- kusma, hidrasyon ve yorgunluk gibi semptom kontrolünde palyatif

bakım önemli bir yer tutmaktadır (8). Literatürde jinekolojik kanserli hastaların tanı ve tedavi sürecinden kaynaklanan ve yaşam kalitelerini etkileyen bir çok fizyolojik ve psikolojik semptom yaşadıkları belirtilmektedir (49,128,134,139,153). Yapılan çalışmalarda palyatif bakımın içeriğinde yer alan ağrı ile diğer semptomların kontrolü ve psikolojik danışmanlık ile hastaların yaşam kalitelerinin olumlu etkileneceğini belirtmektedir (8,108,114,139). Jinekolojik kanser hastalarına bakım veren sağlık personeli, palyatif bakımın ilk amacı olan, hastaların fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen semptomların kontrol altına alınmasını ve etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamalıdır (112,117).

Palyatif bakım gereksinimindeki artışa paralel olarak; sağlık personelinin, palyatif bakım hizmetlerini sağlamaları ve bu bakımın uygulamada önemli bir parçası olması beklenmektedir (31). Diğer Sağlık Personellerine Göre hemşireler; tanı anından ölüme kadar, ölüm sonrası yas sürecinde hasta ve ailesi ile daha fazla zaman geçirmekte ve palyatif bakımın tüm yönlerine katılmaktadır. Palyatif bakım uygulamalarında hemşirenin diğer ekip üyeleri ile birlikte rolleri; kadının tanı-ölüm arası dönemde mümkün olduğunca aktif yaşamasını sağlamak, yaşam kalitesini arttırarak rahat bir ölüm süreci geçirmesi sağlamak, terminal dönemde ağrı-acı çekmesini önlemek aile üyelerini hastalık süreci ve ölüm sonrası yas sürecinde desteklemektir (103,112).

2.5. Palyatif Bakımda Hemşirelik Bakımı

Palyatif bakım hasta ve ailelerine verilen hizmetler bütünüdür. Kabullenme, bilgilendirme ve yas ile mücadele palyatif bakımın önemli parçalarındandır. Palyatif bakım hizmetleri sadece ağrı ve semptom yönetimi gibi klinik hizmetler ile kısıtlı değildir. Hasta ve yakınlarının tüm sorunlarını toplu olarak değerlendirir ve çözüme kavuşturmayı hedefler. Sadece klinik değerlendirme değil aynı zamanda dini yardım, ekonomik destek, psikososyal yardım gibi hizmetleri de içerir (125,132). Esas amaç hastaların yaşam kalitelerini arttırmak ve terminal döneme giren olguları ayırarak ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır. Bu kapsamda hastaların ağrılarının doğru kontrolü, bulantı, kusma veya asit gibi bazı semptomların tedavisi ve bu konuda tüm aile fertlerinin bilgilendirilmesi gereksiz kaygı ve

endişeleri ortadan kaldıracak; sonuç itibari ile de hastaların gereksiz yere hastane yataklarını defalarca ve uzun süre işgal etmeleri önlenecektir (37,86,125,132).

Palyatif bakım hemşireliğin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir (52). Palyatif bakım ilkeleri doğrultusunda hemşirelik bakımı aşağıdaki başlıklardan oluşmaktadır;

1. Hasta ve ailesinin bilgi gereksinimi,
2. Hasta ve ailesinin bireysel değerlendirilme gereksinimi,
3. Hastanın fiziksel semptomlarının yönetimi,
4. Yaşam kalitesinin güçlendirilmesi,
5. Ailenin desteklenmesi,
6. Ölüm sırasındaki bakım,
7. Yas sürecinde bakım.

2.5.1. Hasta ve Ailesinin Bilgi Gereksinimi

Kanserli hastalara bakımdan önce verilmesi gereken en önemli unsur hastanın ve ailesinin hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesidir; bu, hasta ve ailesinin uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir (13,103) .

Hastalar hastalıkları nedeniyle genellikle öfke içindedirler, bu duygularını sağlık çalışanlarına karşı da gösterebilirler. Hastaların davranışları karşısında hemşireler, anlayışlı olmalı yapmacık ve şakacı ilişkilerden kaçınmalı, hastanın gereksinimlerine cevap verecek sıcak bir ilgiyi temel alan tutum içinde olmalıdırlar. Bu tür davranışlarla ve verilecek planlı eğitimle hastaların yan etkilerin kontrolüne yönelik olarak bakımda kendi sorumluluklarını alabilmeleri tedavi süresince verilecek kararlara katılabilmeleri ve yaşam kalitelerinin yükselerek, hastalığa ve tedaviye uyumlarının artması sağlanabilir (13).

2.5.2. Hasta ve Ailesinin Bireysel Değerlendirilme Gereksinimi

Hemşire etkili ve kabul edilebilir bir plan yapmak ve bütün gerekli desteği sağlamak için her hasta ve ailesini kapsamlı bir şekilde değerlendirmelidir. Değerlendirmeler sırasında her ailenin kendine özgü gereksinimleri olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Aile ve hastanın tercihlerine saygı duyulmalıdır (103). Kanser hastaları ile çalışan hemşireler onlara ve ailelerine yardım etmek için

kendilerini geliştirmeli, hastaya ve duruma özel yaklaşımları kullanmalıdırlar. Bireylerin geçmiş deneyimleri, destek kaynakları tartışılmalı, olumsuz düşünceleri ortaya çıkarılmalı ve genel problem çözme yöntemleri anlatılmalıdır. Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir (18,91).

Hemşire hastaya ve ailelerine özel önemli olan inançları bilmeli, hastaya kendi inançlarını empoze etmemeli ve sadece hasta için değil aile için de inançlarına yönelik uygulamaların önemini farkında olmalıdır (44).

2.5.3. Hastanın Fiziksel Semptomlarının Yönetimi

Jinekolojik kanserli hastalarda tanı ve tedavi sürecinden kaynaklanan semptomlar kadınların ve ailelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, tedavi önerilerine uyumlarını güçleştirmektedir (108,128,177) Kanser ilerlemesi yada kanser tedavisinin lokal ya da sistemik etkileri, vücudun tüm sistemlerini güçlü bir biçimde etkileyebilir (135). Hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile de fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Bu gibi semptomların kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmış ve semptom yönetimi onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri içinde öncelikli bir konuyu oluşturmuştur. Bakımda hastaların yaşadıkları semptomların azaltılması veya yok edilmesi esas alınmaktadır (13,68,156,186). Semptomun altında yatan nedeni tedavi etmek, semptomu tedavi etmek kadar önemlidir. İnatçı semptomlar, düzenli aralıklarla verilen ilaçlarla tedavi edilmelidir. Şiddetli ve kontrol edilemeyen semptomlar, acil durum olarak kabul edilmeli ve bu gibi durumların aktif müdahaleler gerektireceği unutulmamalıdır. Uygun olmayan ve ağırlı yollardan tedavi uygulamasından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (4,53). Hastalara bakım hemşireler kanser tedavisine devam eden hastalarda semptomları tam ve zamanında sistematik olarak değerlendirmeli, uygun tedavi yapılabilmesi, uygun hemşirelik bakımı verilebilmesi, hasta ve ailesine semptom kontrolüne yönelik eğitim vererek hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini sağlamalıdırlar (13,68,156,186).

Palyatif bakımın ilk amacı hastaların yaşadıkları ağrı ve semptomların kontrol altına alınmasıdır (117,182) Tahmasebi ve ark. (158) ile Carter ve ark. (36) nın yapmış oldukları çalışmada tedavi sürecinde, semptom kontrolü sayesinde, hastaların

yaşam kalitelerinin tedavi öncesine göre daha iyi olduğunu ve tedavi sürecine uyum sağlayabildiklerini belirlemişlerdir.

Yapılan çalışmalarda jinekolojik kanserli hastalarda görülen semptomlar Tablo 2.5.3.1’de gösterilmiştir (48,108,117,140,159,177,186).

Tablo 2.5.3.1. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülen Semptomlar

Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülen Semptomlar	
Dispne	Trombositopeni
Lenf Ödemi	Kanama-Vajinal Kanama
Derin Ven Trombozu	Deliryum
Asit	Ciltte Kuruma
Mukozit	İştahsızlık
Barsak Obstrüksiyonu	Kaşeksi
Konstipasyon	Dehidratasyon
Diyare	Tat Değişikliği
Bulantı-Kusma	Cinsel Sorunlar
Üriner Obstrüksiyon	Uyku Bozukluğu
Rektovajinal-Vezikovajinal Fistül	Psikososyal Problemler
Menepozal Semptomlar	Cinsel Sorunlar
Anemi	Ağrı
Lökopeni	Yorgunluk

2.5.3.1. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülen Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı

2.5.3.1.1. Dispne ve Hemşirelik Bakımı

Dispne, hastalarda boğulma hissi ve ölüm korkusu yaratan bir semptomdur. Dispne yalnızca hasta değil aile ve diğer bakım vericilerin de distres yaşamasına neden olur. Hastalarda solunum sıkıntısına neden olan faktörler, çoğunlukla solunum yolları obstrüksiyonu, bronkospazm, hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner emboli, koyu – yapışkan sekresyon, anemi, metabolik sorunlar, anksiyete ve finansal, yasal, spiritüel distreslerden oluşur (35,98,118).

Hasta hava açlığı yaşadığını belirttiğinde, altta yatan neden belirlenmeye çalışılırken, oksijen gereksinimi de karşılanmalıdır (35,98,118). Oksijen tüm hastalar için gerekli değildir. Bazı hastalarda yüzün bir oksijen maskesi ile örtülmesi dispneyi arttırabilir. Laboratuvar test sonuçları değil hastanın semptomu tedavi edilmelidir (165). Dikkatli bir şekilde önerilen opioidler önemli bir solunum depresyonuna

neden olmaksızın ventilasyon gereksinimini azaltabilir fakat yaşlılarda daha fazla dikkat edilmesi gerekir (35,165). Stres ve anksiyete yaşayan hastalar rahatlatılmaya çalışılmalı ve hasta ile aileye gevşeme teknikleri öğretilmelidir (118,119). Anksiyolitikler dispneyle ilişkili anksiyeteyi azaltabilir (35,165).

Yaşamının sonuna yaklaşan hastalara her fırsatta terk edilmediklerini, gereksinim duyduğu anda yanında olunacağı açıklanmalıdır. Böylece hasta yalnız başına acı çekerek öleceği korkusu yaşamaz ve bunların neden olabileceği solunum sıkıntısı da önlenir. Ayrıca tedaviler ve müdahaleler hasta ve ailesiyle birlikte kararlaştırılır. Hastanın ziyaretçileri sınırlandırılır, odası havalandırılır ve ortamdaki gereksiz araç – gereç dışarı çıkarılır. Hastanın yatağının başucu yükseltilir ya da hasta oturtularak rahat bir pozisyon verilir. Derin soluk alıp verme egzersizleri yaptırılır ya da kendi kendini telkin etme yöntemini kullanması için teşvik edilir. Hemşireler tüm bu müdahaleler ile hastanın anksiyete ve solunum sıkıntısını azaltabilir (118,119).

2.5.3.1.2. Lenf Ödemi ve Hemşirelik Bakımı

Lenf ödemi, tümöre veya cerrahiye bağlı ortaya çıkan ve lenf sistemi obstrüksiyonu sonucu gelişen bir semptomdur. Pelvik ve inguinal lenf nodlarının blokajından dolayı alt ekstremitelerde lenf ödemi gelişir. Obstrüksiyon erken evrelerde kolletral lenfatiklerin gelişmesi, kompensatuvar mekanizma olarak devreye girse de doku arası protein kaçıışı ile bu mekanizma yetersiz kalabilir. Hasta ekstremitelerde ağırlık ve dolgunluktan, ağrı ve rahatsızlıktan ve ödemden yakınır (159). Lenf ödemde tedavi üç başlıkta incelenebilir (78,98).

- Konservatif Tedavi; bu tedavi cilt bakımı, elle lenf ödem masajı, elastik bandaj ve pnömotik kompresyon ve egzersiz içerir.
- İlaç Tedavisi; antibiyotikler lenf ödemin ilaç tedavisinde bakteriyel selülit ve lenfajiti önlemek ya da tedavi etmek için en sık kullanılan ilaçlardır. Diğer ilaçlar diüretikler, antikoagülanlar ve pantotenik asittir.
- Cerrahi Tedavi; bu tedavi subkutan dokunun çıkarılması ve lenfovenöz anastomozları kapsar.

Lenf ödem tedavisi alan hastalarda cilt bakımı; ekstremitelerin kuru tutulması, günlük olarak nemlendirilmesi, enfeksiyondan korunması ve yaralanmalarda antisepsi uygulamasını kapsar (98).

Lenf ödemde elle yapılan masaj lenf kanallarının kasılmasını ve proteinlerin lenfatiklerin içine geri emilimini artırır, mikrolenfatik hipertansiyonu düşürür, cilt ve lenfatik damarlar arasındaki lenf drenajını artırır, sempatik sinirleri uyarır ve rahatlamayı sağlar. Masajda el hareket yönü lenf akımına doğru olmalıdır. Masaj sırasında yağ ya da losyon kullanılmamalı ve masaj en az 20 dk sürmelidir (78,98).

Hastada elastik bandaj ve kompresyon giysilerini kullanırken dikkat edilmesi gereken durumlar aşağıda sıralanmıştır (78);

- Elastik bandaj ve kompresyon giysileri tüm gün ve gece boyunca uygulanmalıdır.
- Bu malzemeler iki günde bir değiştirilmeli ve yıkanmalıdır.
- Malzemeler esnekliklerini yitirdiklerinde yenisi ile değiştirilmeli, hastada malzemelerden iki tane bulunmalıdır.

Lenf ödemin önlenmesinde hastanın lenf ödem yönünden risk oluşturan durumlarının belirlenmesi, koruyucu önlemlerin alınması ve hastanın özbakımı konusunda bilgilendirilmesi gereklidir. Hasta için ideal kilo, ekstremitel ölçüleri, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu, daha önceki ameliyatları, hastalıkları ve radyoterapi alıp almama durumu ve şu andaki hastalıklarının belirlenmesi lenf ödem için risk oluşturabilecek durumların tanımlanmasında yardımcı olacaktır. Lenf ödem riski bulunan hastalara lenf ödem gelişimini önlemek için yapılması uygulamalar aşağıda belirtilmiştir (78);

- Hastalar çıplak ayakla dolaşmaması, her zaman kapalı ayakkabılar giymesi, terlik ve sandalet benzeri ayakkabılardan sakınması konusunda bilgilendirilmelidir.
- Ayaklar ve özellikle parmak araları kuru tutulmalı, pamuklu çoraplar giyilmeli, ayak tırnaklarını düz kesilmelidir.
- Otururken bacak üstüne atılmamalı, 30 dakikadan daha uzun süre aynı pozisyonda oturulmamalıdır.

2.5.3.1.3. Derin Ven Trombozu ve Hemşirelik Bakımı

Derin ven trombozu (DVT) önlenemeyen ve ölüme yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Çoğunlukla alt ekstremitelerin derin venlerinde meydana gelen tromboz, bazen kopup kan dolaşımı yoluyla pulmoner arter ya da dallarına ulaşır, bu damarları tıkayarak ölümcül bir komplikasyon olan pulmoner emboliye yol açabilmektedir.

Uzun dönemde posttrombotik sendrom ya da kronik venöz yetmezliğe neden olabildiği için hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve sağlık bakım masraflarını arttırmaktadır (50).

Jinekolojik onkolojide cerrahi derin ven trombozu için en önemli kazanılmış risk faktörüdür. Derin ven trombozu, pulmoner trombo emboliye neden olarak jinekolojik malignite operasyonlarını takiben ölüme neden olmaktadır (65,142). Çünkü Operasyon öncesi, operasyon sırasında veya postoperatif dönemde immobilizasyon nedeniyle alt ekstremitelerde kan stazının olması riski arttırmaktadır. Jinekolojik kanser hastalarına uygulanan radikal pelvik cerrahi girişimler sırasında fazlaca damar travması oluşması riski artıran bir diğer nedendir. Yine bu hastalarda rastlanabilen preoperatif veya postoperatif radyoterapi ve kemoterapi öyküsü de derin ven trombozu riskini artırır (65). Ayrıca kanser hastalarında tromboza bağlı komplikasyon gelişme riski ve rekürrensi, kanser olmayanlara göre yüksektir. Çünkü malign hastalıklarda doku tromboplastin salınımı fazladır, F10 aktivasyonu artmıştır ve fibrinolizin aktivitesi azalmıştır, ayrıca kanser hücreleri tarafından prokoagülan bazı maddeler (örneğin; doku faktörü ve kanser prokoagülanı) ve damar permeabilitesini değiştiren bazı faktörler (örneğin; vasküler endotelial büyüme faktörü) salgılanır (142).

Derin ven trombozunun klinik bulguları etkilenen ekstremitelerde ağrı, duyarlılık (hassasiyet ve gerginlik), şişlik, eritem, sıcaklık artışı, gode bırakan ödem, homans belirtisidir (ayağın dorsiflesiyonu ile gelişen baldır ağrısı). Klasik bulguların tamamı hastaların % 50'sinden daha azında birlikte ve belirgin olarak izlenir (157). Derin ven trombozu tedavisinde farmakolojik ve non farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Tedavide hem mevcut klinik tablonun düzeltilmesi hem de rekürrensin önlenmesi amaçlanmaktadır. Derin ven trombozunun tedavi edilmemesi veya yetersiz tedavi edilmesi prognozu olumsuz etkilemekte hastalığa bağlı komplikasyon oranlarını arttırmaktadır (98). Derin ven trombozunun önlenmesi için kullanılan yöntemler (78);

- Erken (postoperatif ilk 24 saatte) ambulasyon
- Farmakolojik yöntemler:

Anfraksiyone heparin (AH)

Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH)

- Mekanik yöntemler:
 - Gradual kompresyon çorapları
 - İntermitan pnömotik kompresyon
- Kombine (farmakolojik ve mekanik) yöntemler

Derin ven trombozu gelişti ise hastalara 15 gün kadar yatak istirahatı ve bacak elevasyonu antikoagülan tedavi ile beraber uygulanır (157). Hastaların antikoagülan tedavilerine ek olarak basınçlı varis çorapları, mobilizasyon gibi mekanik tedavi yöntemleri de tercih edilmektedir. Ancak Gür ve arkadaşlarının (2012) aktardığına göre literatürde Amerikan ve Avrupa ekolü olarak tanımlanan tedavi yöntemleri de bulunmaktadır. Avrupa ekolünde hastanın erken dönemde mobilizasyonu önerilmemekte, Amerikan ekolünde ise varis çorapları ile erken mobilizasyon tercih edilmektedir (77).

Hemşireler hastalarında derin ven trombozu belirti ve bulgularını gözlemeli, post operatif dönemde erken mobilizasyonu sağlamalı ve hastasını bu konuda bilgilendirmelidir. Doktor istemi ile medikal tedavisini uygulamalı, derin ven trombozu gelişmiş hastaları için ünitenin derin ven trombozunun yönetimi konusundaki prosedürünü uygulamalıdır.

2.5.3.1.4. Asit ve Hemşirelik Bakımı

Asit jinekolojik onkolojide özellikle over kanserli hastalarda görülür. Peritoneal kavitede normalde kavitenin ıslaklığını sağlayan ve abdominal organların abdominal duvara yapışmasını önleyen bir miktar sıvı bulunur. Tümörün lenfatik kanallara yaptığı obstrüksiyon ya da tümörün aşırı sıvı üretmesi sonucu bu sıvı artarak asit ortaya çıkar (159). Sıvı 500 cc den fazla olduğunda ağırlık artışı, abdominal şişkinlik, küçük bir öğünden sonra bile doyunluk hissi, hazımsızlık ve iştah kaybı, ciddi vakalarda diyafragma hareketlerinin sınırlanmasına bağlı olarak dispne ortaya çıkabilir (38,159).

Hemşirelik bakımı asit ile ilgili problemleri hafifletmeyi ve mayi birikimini en aza indirilmeyi amaçlamalıdır. Günlük kilo takibi veya günlük ya da haftalık kilo ölçümü ile sıvı birikiminin izlenmesi ve artış olduğu takdirde doktoruna ya da hemşiresine haber vermesi konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Hastaya enerjisini koruması için istirahat periyotları belirlenir ve bu periyotlarda sol yana bacaklarını

yükselterek yatması konusunda bilgi verilir. Hastaya sık küçük önerilerle yeterli protein alması önerilir. Böylece düşük serum albümin düzeyi yükseltilmiş olur (159).

Bu hastalara parasentez uygulaması çok sık yapılmaktadır. Parasentez hasta yatağında yada ultrason eşliğinde gerçekleştirilen basit bir işlemdir. Mesanesinin boş olması için işlem öncesi idrarını yapması konusunda bilgilendirilir. Hasta yarı rekümbent pozisyonda yatırılır. Diren 6 saat sonra ya da en fazla beş litre alındığında ya da akış durduğunda alınmalıdır. Az sayıda hastanın durumu parasentez sonrasında hızla kötüleşebilir. Sepsis ve katater tıkanmalarında diğer komplikasyonlar arasında sayılabilir (159). Parasentez sırasında hemşireler hastanın vital bulgularını sık kontrol etmeli (165) ve gelişebilecek komplikasyonlar (kateter tıkanması, sepsis gibi) açısından hastasını işlem sırasında ve sonrasında gözlemlemelidir. Kalorisi yüksek içecek ve yeterli miktarda sıvı alması için hasta desteklenir. Özellikle parasentez işleminden sonra bozulan elektrolit ve sıvı dengesini temin etmek için bu gereklidir. Asitin hastanın beden imajını etkileyebileceği unutulmamalı, ona bu konuda destek olunmalıdır (159).

2.5.3.1.5. Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı

Kanserli bireylerde yaygın olarak görülen semptomlardan biri yorgunluktur (34,59). Radyoterapi, kemoterapi yada tümöre bağlı olarak toksik artık ürünlerin birikimi, aktif tümör büyümesi enfeksiyon ateş yada ameliyata bağlı olarak görülen metabolizmada artış, alınan besinlerin tümör ve vücut için ikiye bölünmesi, iştahsızlık, bulantı, kusma ve gastrointestinal sistem tıkanıklıklarına bağlı olarak yetersiz beslenme, kronik ağrı, çeşitli nedenlerle ortaya çıkan solunum sıkıntısı, yorgunluğa neden olan fizyolojik faktörlerdir. Aynı zamanda kaygı, depresyon, beklenen bulantı kusma, yas tutma, uyku bozukluğuna bağlı olarak duygusal yoksunluk, hareketsizlik, kriz yaşam, bireysel ilişkilerde sorun yaşama, ilaçlar (antibiyotikler, antidepresanlar, analjezikler, uzun etkili uyku ilaçları), alkol, nikotin, kafein vs. kullanımı da yorgunluk nedenleri arasında yer almaktadır (55,59,188).

Hemşireler bakım verdikleri hastalara ve yakınlarına yorgunluk konusunda eğitim vermelidirler. Yorgunluk oluşmadan önce yorgunluğun biçimi ve süresi açıklanarak tüm hastalara; radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere devam ettikleri zaman orta veya şiddetli düzeyde yorgunluk yaşayabilecekleri söylenmelidir. Eğer yorgunluk meydana gelirse bunun tedavinin bir sonucu olduğu, tedavinin etkin

olmadığı veya hastalığın ilerlediği anlamına gelmediği konusunda açıklama yapılmalıdır. Ayrıca hastalara yorgunluk ile bas etmede yararlı girişimlerde açıklanmalıdır (enerjiyi koruma, aktivite yönetimi ve dikkati başka yöne çekme gibi). Enerjiyi koruma, hastaların gerekli olmayan aktivitelerini ertelemesini, enerjinin yüksek olduğu zamanların belirlenmesini, enerjinin yüksek olduğu zamanlarda aktivitelerine ve dinlenme periyotlarına gün içinde yer vermesini sağlayan bir yaklaşımdır. Hastanın aktivitesi planlanmalı ve artırılmalı, hasta için egzersiz programı planlanmalı, gerektiğinde fizik tedaviye yönlendirilmelidir. Psikososyal girişimler planlanmalı, hastaya stres yönetim teknikleri, gevşeme egzersizleri öğretilmeli, destek gruplara katılım sağlanmalı, uyku terapisi önerilmelidir (2,34,55,89,110).

2.5.3.1.6. Mukozit ve Hemşirelik Bakımı

Mukozit, kemoterapi ve radyoterapi alan kanser hastalarında görülen ülseratif ve inflamatuvar bir süreçtir. Akut ve kronik semptomlarla ilişkili olan mukozit anoreksiya, kaşeksi, dehidratasyon ve malnütrisyonu neden olur, parenteral beslenmeye yol açar (138,179).

Mukozitle birlikte çiğneme, yutma ve konuşmada güçlükler yaşanır, inflamasyon, ödem ve ağız içinde lezyonlar gelişir. Bir hastanın ağız bakımını sağlamak en temel hemşirelik aktivitelerinden biridir. Ağız bakımının ilk aşaması üniteye hasta kabulünde, tedavi başlamadan önce ve kemoterapinin ilk günü oral tanılama yapmaktır. Böylece herhangi bir oral lezyon olup olmadığı erken dönemde belirlenebilir. İkinci aşama oral bakım planı geliştirmeyi içerir. Dişlerin temizlenmesi, her hastaya özgü tolere edebileceği ağız bakım solüsyonunun kullanılması gibi uygulamalar başlatılmalıdır. Yapılan bu girişimlerin oral bakımın enfeksiyon riskini azaltacağı, hastanın rahatını artıracığı kesindir. Son olarak mukozit gelişirse uygun tedavi başlatılmalıdır (179,190).

Hemşireler, mukozitin önlenmesi ve yönetiminde ağız bakım tekniklerini öğretme ve ağız bakım uygulamalarını güçlendirmede hastaların primer bakım verenleri olarak merkezi pozisyonda yer almalıdırlar (155,190).

2.5.3.1.7. Barsak Obstrüksiyonu ve Hemşirelik Bakımı

Kanser hastalarında barsak obstrüksiyonu sık rastlanan bir semptomdur. Bu hastalarda kolik tarzında abdominal ağrı, distansiyon mevcuttur. İnce barsak

obstrüksiyonunda kusma da görülür. Eğer iskemi ile birlikte barsak enfeksiyonu var ise, klinik bulgulara ateş, hassasiyet ve lökositöz da eklenir (3).

Normal hastalarda barsak obstrüksiyonunun tedavisi (nazogastrik sonda takılması, elektrolit ve sıvı replasman gibi konservatif tedavi ile birlikte cerrahi tedavi) ilerlemiş kanserli hastalarda uygulanmaz (51). Özellikle terminal dönemde olan hastalarda invaziv tedaviler asgari düzeyde tutulmalıdır (165). Barsak obstrüksiyonu için başta amaç, hastayı distansiyondan kurtarmak, sıvı dengesini düzeltmek ve obstrüksiyon kaynağını kaldırmak olmalıdır. Bunun için 24-48 saat ağızdan hiçbir şey vermeden basit barsak istirahati ile barsakların dekompresyonu sağlanabilir (3). Böyle bir durumda hastanın ağız kuruluğu giderilmeli, dudakları nemlendirilmelidir. Hasta ve aile hidrasyon konusunda ısrar ederse infüzyon sıvı tedavisi başlanmalıdır (118). Hemşireler hastaların sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlamalı, beslenme durumunu ve laboratuvar değerlerini kontrol etmelidirler. Konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik girişimleri sürdürülmelidir.

2.5.3.1.8. Konstipasyon ve Hemşirelik Bakımı

Konstipasyon, sözlükte “feçesin kuru ve sert olması, boşaltımın güç ve sık olmaması” olarak tanımlanmaktadır. Konstipasyon primer, sekonder veya iatrojenik faktörler nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Primer konstipasyon egzersiz azlığı, düşük lifli diyet, yetersiz mahremiyet gibi ekstrinsik faktörlerle ilgilidir. Kusma nedeniyle aşırı sıvı kaybı, hiperkalsemi, hipokalemi gibi metabolik etkiler ya da barsak obstrüksiyonu nedeniyle sekonder olarak da gelişebilmektedir. İatrojenik konstipasyon farmakolojik ajanların kullanımı ya da tıbbi uygulamalar sonucu gelişebilmektedir. Opioidler, kemoterapötik ilaçlar, antiemetikler, cerrahi tedavi ve radyoterapi neden olabilmektedir (34).

Kemoterapi uygulanan kanser hastaları, konstipasyon gelişimi açısından risk altındadırlar. Kemoterapötik ilaçların büyük çoğunluğu konstipasyona neden olmakta ya da konstipasyon gelişimine katkıda bulunmaktadır (65). Hemşireler barsak boşaltımını değerlendirmede önemli role sahiptir Konstipasyon hemşirelik tanıları arasında da varolan ve olası sorun olarak tanımlanmıştır (34). Hemşireler (3,59,99,116,173);

- Hastanın normal barsak alışkanlığını değerlendirmeli,

- Her gün aynı saatte ve yemeklerden sonra özellikle kahvaltıdan sonra barsak boşaltımı için hastayı cesaretlendirmeli,
- Lifli ve posalı gıdaların alınmasını sağlamalı,
- Kontraendikasyon yok ise günde en az iki litre sıvı tüketmesini sağlamalı,
- Yürüyüş ve hafif egzersizler yapması konusunda hastasını teşvik etmeli,
- Dışkılamama, barsak seslerinin olmaması, bulantı, abdominal distansiyon gibi barsak obstrüksiyonu belirtilerini izleyip ve kaydetmeli,
- Nonfarmakolojik uygulamalar yarar sağlamadığında eğer sakıncalı değilse doktor istemine göre laksatif uygulamalıdır.

2.5.3.1.9. Diyare ve Hemşirelik Bakımı

Diyare, bağırsak hareketlerinin sıklığında (günde 2-3 kezden daha fazla olması) ve sıvı içeriğinde artış olması ile birlikte miktar olarak gaita ağırlığının 200 g/gün'ün üzerinde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (63).

Diyarenin kanserli hastalarda direkt olarak gelişme nedeni kansere bağlı ya da tedaviye bağlıdır. İndirekt nedenleri ise alınan diyetdeki değişiklikler, enfeksiyonlar, hormonal dengesizlikler, sindirim ve absorpsiyon bozuklukları, inflamasyon süreci dir (34). Diyareli hastada dışkılamanın başlangıcı, süresi, özelliği, miktarı, kramplar, karın şişliği ve hemoroid varlığı, anüs ve çevresinin durumu, idrar miktarı, ağızdan sıvı ve elektrolit alımı konusunda veri toplanması gerektiği vurgulanmaktadır (57,63). Hemşireler ;

- Hastanın bağırsak boşaltım alışkanlığı, sıklığını, gayta volümünü, özelliğini, aldığı, çıkardığı sıvı miktarını belirlenmeli (34,57,59,63,130) ,
- Dehidratasyon belirtilerini gözlemlemeli (deri ve mukoz membranlarda kuruluk, hipotansiyon vb.), kilo takibi yapmalı (34,57,63,130)
- Kullandığı ilaçları, aldığı bitki, çay, vitamin, tamamlayıcı tedavileri vb. araştırılmalı (34),
- Hastanın abdominal perianal, periostomal fiziksel muayenesini yapmalı, bağırsak seslerinin varlığı ve sesin kalitesini değerlendirilmeli (34,57),
- Karında hassasiyet, sertlik gibi bulgular açısından değerlendirmeli (57,63),
- Laboratuar testlerinden elektrolitleri, üre nitrojeni, kreatinini hidrasyonu değerlendirmek için takip etmeli (57,63),

- Hastaları enfeksiyon açısından değerlendirilmeli, enfeksiyona bağlı şiddetli diyare gelişmesi durumunda kan kültürü alınmalı (57,63),
- Hastalara tedavi, komplikasyonları önleme ve kontrol altına almaya yönelik eğitim verilmelidir (34,57,59,63,130).

2.5.3.1.10. Bulantı-Kusma ve Hemşirelik Bakımı

Bulantı ve kusma birçok faktöre bağlı olarak gelişen karmaşık bir problemdir. Kanser hastalarının çoğu küratif tedavi ya da palyatif kanser bakımı süresince bulantı ve/veya kusma yaşayabilir. Kontrol altına alınmayan bulantı ve kusma sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksi, kilo kaybı ya da yiyeceklere karşı isteksizlik, ilacın emilimi ya da böbrek yoluyla atılımında azalma gibi fizyolojik etkilerinin yanı sıra sosyal, iş, günlük aktiviteleri ve psikolojik durumunu olumsuz etkilemektedir (75). Bulantı ve kusmanın tanınması, verilen tedavinin etkisinin değerlendirilmesi ve kaydı optimal semptom kontrolünün önemli bileşenleri olup kanserli hastalara bakım veren hemşireler için önemli bir görevdir. Tanılama hasta ile ilk karşılaşmada başlayıp hastanın tedavisi boyunca devam eden bir süreçtir (34).

Bulantı ve kusmanın yönetiminde amaç bulantı ve kusma oluşumunu önlemektir. Kanserli hastalar farklı nedenlerle bulantı ve kusma yaşamakta ve nedeni ne olursa olsun antiemetik kullanımı gerekli olabilmektedir. Ancak antiemetik kanıta dayalı olmalı ve non-farmakolojik girişimlerle desteklenmelidir (163). Bulantı-kusma için hemşirelik uygulamaları;

- Kusma oluyorsa çıkarılan miktar, içerik, renk açısından değerlendirilerek kayıt edilmeli (3,23,34,59,163),
- Hasta dikkatini başka yöne çekici aktivitelere yönlendirilmeli(34,59),
- Hasta sıvı alımı konusunda cesaretlendirilmeli (34,59),
- Az yağlı ve az şekerli, soğuk ve kolay sindirilebilen yiyecekler önerilmeli (3,34,59),
- Bulantıya neden olacak (sıcak, tatlı, yağlı, baharatlı, ağır kokulu) yiyeceklerden kaçınılması konusunda bilgi verilmeli (3,23,34,59,163),
- Kokusuz ve temiz bir çevrenin sağlanması (3,23,34,59,163),
- Düzenli ağız bakımı uygulanmalı (3,23,34,59,163),
- Ağızda metalik tat ya da tatsızlık olduğunda sert veya yumuşak naneli veya ekşili şekerlemeler yenmesi önerilmeli (34,59),

- Daha sonra bu yiyeceklerden tiksini memesi için bulantı döneminde sevdiği yiyeceklerden kaçınması konusunda bilgilendirilmeli (3,163) ,
- Doktor istemine göre antiemetikler uygulanmalı (3,23,34,59,163),
- Dehidratasyon belirtileri açısından hastanın gözlenmeli (3,23,34,59,163),
- Sevilen bir müzik, TV programı eşliğinde, rahat bir ortamda yemek yemesi önerilmelidir (3).

2.5.3.1.11. İştahsızlık-Kaşeksi ve Hemşirelik Bakımı

İştahsızlık ve kaşeksi tümöre ve tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıkan ve fizyolojik değişikliklerden kaynaklanan, karmaşık ve çok etmenli sorunlardır. Kanser hastaları tedavi boyunca genellikle hiç iştahları olmadığını ya da çabuk doyduklarını ifade eder (34,59). Tedaviyi takiben besinlerin tatların ve kokuların değişik geldiğini, bunun da iştahlarını kapattığını da bildirir. Bu hasta grubunda iştahsızlığa neden olan pek çok neden olmakla birlikte genellikle mide bulantısı, kusma, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, tedavide kullanılan ilaçlar, yutma güçlüğü, kabızlık, ishal, anksiyete ve depresyon bu sorunu tetikleyen etkenlerdir. Bu sorunun çözümsüz kalması beraberinde kaşeksi ve pek çok soruna neden olmakla birlikte çözülmesi hastaların yaşam kalitesini yükseltmekte ve kanser tedavisinin daha iyi tolere edilmesini sağlamaktadır (34). Hemşireler hastayı izleyerek ve kapsamlı değerlendirerek hemşireler beslenme desteğine ve eğitime ihtiyacı olan hastaları zamanında belirleyebilirler.

Hemşirelik bakımı aşağıdakileri içerir (3,90,173);

- Tanı ve tedavi sürecinde iştahsızlık gelişebileceği konusunda hasta ve ailesine eğitim vermeli,
- Diyetisyenle işbirliği yapılarak beslenme programını planlamalı,
- Yüksek kalorili ve proteinli besinlerin alınması konusunda cesaretlendirmeli,
- Az ve sık aralıklar ile beslenmesi önerilmeli,
- Açlık hissettiği anda yemek yemeye cesaretlendirmeli,
- Her öğünden önce ağız bakımını sağlamalı,
- Hastanın sevdiği bir ortamda sevdikleri ile birlikte az ve sık yemesini sağlamalı,
- Ortamda hoş olmayan ya da hastanın hoşlanmadığı kokuları engellemeli,

- Yemekleri iştahı uyandıracak görüntüde sunulmasını sağlamalı,
- Rahat, sakin, hafif müzikli bir ortam sağlanması gibi uygulamalar yapmalı,
- Beslenmesi oral yolla karşılanmıyorsa intravenöz ya da enteral yolla beslenmesini devam ettirmelidir.

2.5.3.1.12. Dehidratasyon ve Hemşirelik Bakımı

Dehidratasyon kanser hastalarında hastalığın ilerlemesiyle yeterince sıvı alınmadığı durumlarda ya da diğer semptomlara (bulantı-kusma, diyare, iştahsızlık tat değişikliği vb.) bağlı olarak ortaya çıkar. Dehidratasyonu hastanın cildi ve mukoz membranlarından çok kolay tespit etmek mümkündür. Dehidratasyonun belirti ve bulgularını; susuzluk hissi, deri turgoru azalması, deri ve mukoz membranlarda kuruluk, göz kürelerinde yumuşama, kilo kaybı, vücut sıcaklığının artışı, oligüri, anüri, hemoglobinin artışı, taşikardi, deliryum, halüsinasyon ve irritabilite gibi merkezi sinir sistemi belirtileri, yüksek idrar dansitesidir (3,34,61). Hemşireler bu belirti bulguları takip etmeli, nedeni sorgulayarak ekip ile işbirliği içinde bakımını planlamalıdır. Hemşirelik girişimleri (34,90,110);

- Hastaya yeterli sıvı alımının önemi açıklanır ve aldığı-çıkardığı sıvı takibini yapılmalı,
- Sakıncası yoksa günlük en az 2000 ml sıvı alması önerilmeli,
- Hastaya sabahları aç karnına, boşaltım gereksinimlerini karşıladıktan sonra, aynı saatte, aynı kıyafetler ile aynı tartıyı kullanarak kilo takibi yapılmalı, % 2-4 oranındaki kilo kaybı hafif, % 5-9 oranındaki kilo kaybı orta derece dehidratasyonun göstergesidir ve hastanın kilo kaybı bu sınırlara göre değerlendirilir.)
- Hastanın serum elektrolitleri ve kreatinin düzeyi izlenmeli,
- Hastaya kahve, çay gibi diüretik etkili sıvıları almaması önerilmeli,
- Hasta; kusma, diyare, yüksek ateş, dren gibi sıvı kaybının artmasına neden olabilecek durumlar açısından değerlendirilmelidir.

2.5.3.1.13. Tat Değişikliği ve Hemşirelik Bakımı

Kanser hastalarında uygulanan tedaviye bağlı olarak kanser hastalarının tat alma duyusunda kayıp (aguzi), artış (hiperaguzi) ve azalma (hipoaguzi) olabilir ya da hasta tat alma duyusunda ekşi, metalik, acı, tuzlu tat hissi gibi değişimler (disaguzi) yaşadığını bildirebilir. Tat değişikliği kilo kaybına neden olmakla birlikte bu sorunun

sıklığını değerlendirmek oldukça zordur (34). Hemşireler tat değişikliğini hastalarında sorgulamalıdır. Semptom yönetiminde (3,34);

Tat tomurcuklarının duyarlılığını artırmaya yönelik olarak;

- Baharatlar ve tatlandırıcılar kullanılabilir.
- Besin aromaları kullanılabilir.
- Yemekle fazla sıvı alımı önerilir.
- Ağız bakımına dikkat edilir.

Yiyeceklere yönelik olarak;

- Besinlere daha fazla tatlandırıcı konabilir.
- Etler tatlı sıvılarda bekletilebilir.
- Kolay tolere edilen protein kaynakları tercih edilir.
- Tiksinti yaratan besinlerin koku ve görüntüsünden kaçınılır.

Tukruk salınımını artırmaya yönelik olarak;

- Sıvı alımı artırılmalı
- Yumuşak limonlu veya meyveli şeker, çiklet çiğnenmeli ve pastil emilmeli
- Alkol ve sigaradan kaçınılımalı
- Ortam havası nemlendirilmelidir.

2.5.3.1.14. Rektovajinal- Vezikovajinal Fistül ve Hemşirelik Bakımı

Rektovajinal fistül, rektumun anterior duvarı ile vajinanın posterior duvarının epitelyal bir yolla bağlantısı olup, fizyolojik, sosyal ve seksüel sorunlara yol açması bakımından önemlidir (150). Vajen, serviks, uterus ve perianal bölgenin primer veya metastatik perianal kanserleri rektovajinal fistüle neden olabilirler. Rektovajinal fistülün tümör regresyonuna bağlı olarak da gelişebileceği ve bunların tedavinin tamamlanmasından sonraki 6 ay ile 2 yıl içinde gözlemlendiği bildirilmiştir. Pelvis veya perineye uygulanan radyoterapi rektovajinal fistüle neden olabilir. En önemli semptomu vajinal yoldan gaz ve gaita kaçağının olmasıdır. Kronik vajinal akıntı ve dispareni diğer sık rastlanan semptomlardır. Tedavi yöntemi genellikle cerrahidir (172).

Vezikovajinal fistüllerin etyolojisinde, jinekolojik cerrahi girişimler ve pelvik radyoterapi önemli rol oynar. Bu hastalarda vajenden idrar kaçağı en belirgin semptomdur. Vezikovajinal fistül de çeşitli cerrahi yöntemler kullanılarak tedavi edilebilir. Diğer taraftan uygun bir tedavi ile düzeltilebilen bir hastalık olması,

vezikovajinal fistülde doğru tedavinin planlanması ve başarının ölçülmesi konularını önemli kılmaktadır. Tedavi sonuçlarının genellikle iyi olduğu bildirilen vezikovajinal fistüller konservatif veya cerrahi yöntemlerle tedavi edilmektedir (88,189).

Rektovajinal ve vezikovajinal fistül, sonuçta kişilerde psikolojik yıkım, özgüven kaybı, stres ve libido kaybına neden olabilmektedir. Hastalarda hem sosyal hem de psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Hemşireler hastalarını fistül açısından değerlendirmelidir. Fistül gelişen hastalarda enfeksiyona yönelik koruyucu önlemler alınmalı, enfeksiyon belirti ve bulguları gözlenmeli, perine hijyeni konusunda hasta bilgilendirmeli ve hastanın beslenme durumunu değerlendirilmelidir.

2.5.3.1.15. Menopozal Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı

Menopoz sözcüğü, Yunanca Mens (ay) ve pause (durmak) sözcüklerinden türetilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü menopozu, overlerin foliküler aktivitelerini yitirmeleri sonucu menstruasyonun kalıcı sonlanması olarak tanımlanmıştır (74). Jinekolojik kanserli kadınlar ya tanı almadan önce ya da tanı sonrası yapılan cerrahi girişim ve radyoterapi uygulamaları nedeniyle menopoz dönemine girmektedirler. Overlerin cerrahi bir işlemle alınması sonucu ortaya çıkan menopoza cerrahi menopoz denir. Histerektomi ile beraber overler çıkarılmamış ise cerrahi menopoz görülmez. Bununla beraber histerektomiye takiben sıcak basması gibi bazı menopozal yakınmalar rapor edilmiştir. Bu olay cerrahi işlem sonrasında overleri besleyen arterin incinmesi ve overlerdeki kanlanmanın bozulmasına bağlı overial atrofi ile açıklanmaktadır. Diğer bir görüş ise bir hormon reseptörü olarak görev yapan uterusun çıkarılması ile hormonal dengenin bozulacağı şeklindedir (159).

Bu dönemde östrojen azlığına bağlı çeşitli belirti ve bulgular olur. Psikolojik belirtiler fizyolojik sebepler yanında, bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü faktörlerle de ilişkilidir. Bu döneme ilişkin kaydedilen başlıca emosyonel ve psikolojik semptomlar arasında anksiyete, huzursuzluk, duygu ve mizaç değişiklikleri, yorgunluk, gerginlik, depresyon, umutsuzluk, problem çözme becerilerinde yavaşlama ya da değişiklik, cinsel işlev bozukluğu, libido azalması, uykusuzluk, sersemlik, baş ağrısı, düşük benlik saygısı ve kendilik algısında değişiklik oluşması sayılabilir (33,71,74). Hemşireler kadınların menopoz hakkında bilgi sahibi olmalarına, yaşayacakları sorunlarla baş etme yollarını öğrenmelerine ya

da en az düzeyde sorun yaşamalarına yardımcı olmada önemli bir role sahiptirler (164). Cerrahi menopoza girecek hastalarına ameliyat öncesi dönemde menopoz konusunda eğitim vermeli, taburculuk eğitiminde de hastalarını ilgili kliniklere yönlendirmelidirler.

2.5.3.1.16. Üriner Obstrüksiyonu Ve Hemşirelik Bakımı

Böbreğin temel işlevi homeostazisin sürdürülebilmesi için metabolik yolakların son ürünleriyle, uygun miktarda su ve elektrolit içeren ancak protein içermeyen bir ultrafiltrat oluşturmaktır. Üriner sistemin diğer kısımlarının görevi ise, oluşan bu idrarı depolamak ya da boşaltmaktır. Bu sistemin, herhangi bir yerinde idrar akımını engelleyen bir nedenin varlığı, obstrüktif üropati olarak tanımlanmaktadır. Üriner sistemin herhangi bir yerinde olan bu hasar nedeniyle böbrek parankimi hasar görebilmektedir (170). Jinekolojik onkolojide üriner obstrüksiyon tümörün üriner sisteme bası yapması ya da metastatik durumlar nedeniyle gelişebilir (30,170). Akut obstrüksiyon genellikle aynı taraf kasık ya da uyluk ya da her ikisine birden yayılabilen lomber ağrı ile birlikte olur. Hastalarda bulantı, kusma ve üşüme sık görülür. Renal ünite enfekte olmuşsa yüksek ateş de mevcut olabilir. Akut unilateral üreteral obstrüksiyon ile bilateral üreteral obstrüksiyondan daha sık karşılaşılr. Eğer akut bilateral obstrüksiyon olursa hastada ani gelişen anüri de görülebilir. Genellikle asemptomatik olan hastalarda üriner obstrüksiyon uzun bir zaman periyodunda gelişmiş olabilir. Bunlarda obstrüksiyonun tanısı daha güçtür ve çoğu olguda tesadüfen saptanır. Obstrüksiyon bilateral ve kronik olduğunda hastalarda karın çapında artma (kemerin dar gelmesi), ayak bileğinde ödem, keyifsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, kilo artışı, bitkinlik ve nefes darlığı gibi nonspesifik beş semptom görülebilir. Mental durumda değişiklik, tremor ve gastrointestinal kanama gibi üremik semptomları da olabilir. Obstrüksiyon unilateral ve kronik ise hasta aşırı diürezler esnasında aralıklı lomber ağrıdan yakınabilir (30).

Hemşireler hastaları ameliyat sonrası dönemde idrar yapmaları için desteklemelidir. Bunun için (61);

- Hastanın odasındaki çeşme açılarak su sesi dinletilerek hastanın perineal adalelerinin gevşemesi sağlanmalı,
- Doktor istemine göre analjezik uygulamalı,

- Hasta bu uygulamalara rağmen idrar yapamıyorsa üretral kateter uygulanmalıdır.

Hemşireler hastanın idrar atılımı saatlik değerlendirmelidir. Saatlik idrar miktarı en az 30 ml olmalıdır. 8 saatte bir ve 24 saatlik idrar miktarı izlenmeli ve aldığı sıvı ile karşılaştırılmalı, kayıt edilmelidir (61). Hastada idrar çıkımı yok ise üriner obstrüksiyon belirti ve bulgularını gözlemlemeli erken dönemde ekibi bilgilendirmelidir.

2.5.3.1.17. Anemi ve Hemşirelik Bakımı

Kanserli hastalarda anemi; neoplastik süreç, malign hücrelerin kemik iliğine infiltrasyonu, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı hemoglobin üretiminde azalma, kanama, önceki tedavilerin kemik iliğine hasar vermesi, hemoliz, tedavi öncesi hemoglobin düzeyi, yetersiz beslenme, eşlik eden diğer hastalıklar (böbrek, karaciğer ve kalp hastalığı), tekrarlayan enfeksiyonlar, demir, folik asit, B vitamini eksikliği gibi pek çok nedene bağlı olabilir (34,72,188).

Anemi varlığında halsizlik, çabuk yorulma, halsizlik, nefes darlığı, baş ağrısı, baş dönmesi, taşikardi, çarpıntı hissi, hipotansiyon belirtileri ortaya çıkar (59,188). Kanser hastalarında gelişen anemiye bağlı şikayetler aneminin gelişim hızı ve şiddeti ile doğrudan ilişkilidir. Letarji, egzersiz toleransında azalma, solunum güçlüğü ve palpasyon gibi semptomlar genellikle uzun süreli şiddetli (<8 g/dl) anemisi olan hastalarda görülmektedir (34).

Anemi hastaların performans durumunu, yaşam kalitesini, klinik semptomlarını, tedavinin etkililiğini ve yaşam süresini etkilemektedir. Ancak demir tedavisi, kan transfüzyonu ve eritropoezisi stimüle eden ajanların kullanımı ile aneminin düzeltilmesi ve hastanın iyi bir tedavi süreci geçirmesi mümkündür (34,59,72). Anemi tanısı konulan hastalarda altta yatan nedenin belirlenmesi ve tedavisinin yapılması istenen sonuçtur. Beslenme yetersizliği gibi bazı nedenler kolaylıkla belirlenebilir ve tedavi edilebilir. Kan kaybı, enfeksiyon, hemoliz gibi diğer durumların daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gereklidir. Hastalar asemptomatikse standart bakımda kan değerleri düzenli olarak kontrol edilmelidir. Bazı vakalarda anemi miyelosupresif tedaviden kaynaklanıyorsa, bir sonraki tedavi daha geç uygulanabilir ve anemiye neden olduğu düşünülen ajan veya ajanların dozu azaltılabilir veya kesilebilir (34,59).

Hemşire hastanın beslenme durumunu, kan değerlerini, var olan kronik hastalıklarını değerlendirmelidir. Bu değerlendirme anemi belirti ve bulgularının erken belirlenmesini sağlamaktadır (34,59). Hemşireler bireyin günlük aktiviteleri içinde dinlenme periyotlarını planlamalı, geç yeterli uyumasını sağlamalı ve demir yönünden yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamalıdır (59). Hastalarda meydana gelebilecek aneminin erken belirti ve bulguları konusunda hasta ve yakınlarına eğitim vermelidir (34,59).

2.5.3.1.18. Lökopeni ve Hemşirelik Bakımı

Antineoplastik tedavi alan kanser hastalarında lökopeni, bazen ciddi olmakla birlikte sık görülen bir durumdur. Bu hasta grubunda mutlak lökopeni sayısı 1000 mm³'ün altına düştüğünde enfeksiyon riski, sıklığı ve ciddiyeti artabilmektedir (193). Enfeksiyonun önlenmesi jinekolojik kanserli hastalarda önemlidir. Çünkü enfeksiyöz komplikasyonlar mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. Hemşireler, verdikleri bakım ve sürdürdükleri hasta eğitimi ile kanserli hastalarda enfeksiyonun önlenmesinde önemli rol oynarlar. Enfeksiyon oluşumunu engellemek için hastalar tek kişilik odaya alınarak, koruyucu izolasyon uygulanmalı, deri, ağız, rektal mukozayı zedeleyici işlemlerden kaçınılmalı, tüm damara giriş yerleri izlenmeli, hava ile teması kesen tek kullanımlık streç kapaticılarla kapatılmalı, antibiyotik önerilmiş ise antibiyotikler zamanında uygulanmalı, düzenli ateş takibi yapılmalıdır. Gereksiz invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır. Dışarıdan gelen gazete, çiçek vb. eşyalar ile yiyecek, içecek gibi malzemelerin uygun şekilde üniteye alınması sağlanmalı, uygun beslenme planı oluşturulmalıdır (34,59,116,143,176,188).

Lökopenik hastalarda enfeksiyonu önlemeye yönelik olarak hasta ve bakım verenlerinin eğitimi son derece önemlidir. Hasta eğitiminde şu konular üzerinde durulmalıdır (34,59,193);

- El yıkama şekli ve önemi (su ve sabun kullanımı, ellerin kurulanması),
- Beslenme (pişmemiş ya da az pişmiş etlerden, deniz ürünlerinden, yumurtadan ve iyi yıkanmamış sebze-meyvelerden kaçınılması),
- Literatürde koruyucu izolasyonun enfeksiyon riskini azalttığına ilişkin önerilen bir kanıt bulunmamasına karşın olası enfeksiyonu olan bireylerle temasından ve ziyaretinden kaçınmaları,

- Taze veya kuru çiçekler /bitkilerden uzak durma (aspergillus enfeksiyon riski),

- Hastayı hayvan dışkısı, sekresyonu, idrarıyla temas ve bulaştan kaçınma.

2.5.3.1.19. Trombositopeni -Kanama-Vajinal Kanama ve Hemşirelik

Bakımı

Trombositopeni (trombosit sayısının 50.000 mm^3 ' ün altına düşmesi) hastalarda kanamaya ve hemorajiye neden olabilir. Trombosit sayısının 20.000 mm^3 'ün altına düşmesiyle spontan kanamalar oluşabilir. Bu nedenle trombosit sayısının 20.000 mm^3 'ün üzerinde tutmak ve kanama riskini azaltmak için trombosit transfüzyonlarının yapılması standart bir uygulamadır (188).

Hastanın aktivite, beslenme, boşaltım ve günlük bakımına yönelik gerekli girişimler ve düzenlemeler yapılarak trombositopeniye bağlı kanamaya neden olabilecek konstipasyon, düşme, kafa içi basıncın artırılması gibi durumlar kontrol altına alınarak kanama önlenmektedir ya da risk azaltılabilmektedir (70). Kanama belirtilerin erken tanınması için hastanın yaşam bulguları sık ölçülmeli ve izlenmeli, diş eti, burun, vajina (kanama ped takibi), idrar (renk ve içeriği gözlemlenmeli), feçes (rengini, içeriğini, kokusunu değerlendirme), drenden gelen mayiler kanama yönünden gözlenmeli, hasta olası travmalardan korunmalı, gereksiz invaziv işlemlerden kaçınılmalı, konstipasyon önlenmeli, NSAİD (non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar), ASA (asetilsalisilik asit), metamizol vb. ilaçlar kullanılmamalıdır (34,59,116,143,176,188). Trombositopeni gelişme riski altında olan hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi bu sorunun önlenmesi ve erken kontrol altına alınması açısından çok önemlidir. Bu nedenle hasta ve ailesi, kanamaya ilişkin nedenler, kanamanın belirti ve bulguları, kanamayı önlemede ve kontrol altına almada etkili girişimler hakkında bilgilendirilmelidir (34,59,188). Kanamanın erken fark edilmesi ve erken girişim önemli olduğundan aşağıdaki belirtiler konusunda hasta ve ailesi aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir (59).

- Beklenmeyen morarmalar,
- Cilt altında küçük kırmızı noktalar,
- Kırmızı ya da pembe renkte idrar,
- Siyah ya da kanlı gaita,
- Beklenmeyen diş eti ya da burun kanaması,

- Şiddetli baş dönmesi ve kas ya da eklem ağrısıdır.

2.5.3.1.20. Deliryum ve Hemşirelik Bakımı

Deliryum; herhangi fiziksel, fizyopatolojik sebeplerle beynin kısa sürede yaygın etkilenmesiyle beyin işlevlerini bozan, başta bilinç ve yönelim bozukluğu ile karakterize olan, davranışın ileri derecede bozulduğu bir akut organik beyin sendromudur (26). Deliryum bazı hastalarda duyu durum değişiklikleri ile başlar, işitsel ve görsel varsanımlar, uyku ve uyanıklık örüntüsünde değişiklikler, oryantasyon bozukluğu, düşünce yapısında bozulma, psikomotor huzursuzluk ya da gerileme, kolay ve çabuk öfkelenme, konsantrasyon güçlüğü, sözlü anlatımda zorluklar ya da hatırlayamama ilk işaretlerdir (26,58,107).

Kanserli hastalarda deliryum santral sinir sisteminde kanserin direkt ya da dolaylı etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Hipoksi, iskemi, enfeksiyon, elektrolit bozuklukları, paraneoplastik sendrom kanserli hastalarda deliryumu tetikleyebilir. Difenhidramin gibi antikolinergik ilaçlar, kemoterapötik ajanlar, biyolojik ajanlar, opiyatlar, kortikosteroidler, opiyat dışı psikoaktif ilaçlar (benzodiyazepin, hipnotik, antiemetik) deliryuma neden olabilirler. Görme işitme güçlüğü, depresyon, alkol kötüye kullanımı, dehidratasyon, yatış sırasında kullanılan ilaç sayısı, fiziksel kısıtlılık, malnütrisyon deliryumu ortaya çıkarabilir. Odada saat, takvim ve cam yokluğu tabloyu ağırlaştırır. Düşük albumin düzeyi, kemik metastazı, hematolojik malignite varlığı deliryum için bağımsız risk faktörleridir (26,58). Deliryumun tedavisi; etiyojolojiye yönelik tedavi, destekleyici tedavi (hastanın bakımı, çevre düzenlemesi, sıvı - elektrolit bozukluklarının tedavisi, vitamin eksikliklerinin yerine konulması ve hijyenik önlemler) ve semptomatik tedavi (Duygu - düşünce, davranış ve kognitif fonksiyonlarda ortaya çıkan semptomların kontrolüne yönelik psikofarmakolojik(Antipsikotikler, Benzodiazepinler kullanılır)) olmak üzere üç gruba ayrılabilir (54). Hemşirelerin deliryumda olan hastaya bakım verirken dikkat etmesi gereken konular şunlardır (26,58,107);

- Uyarıcı eksikliği /fazlalığı olmamalıdır.
- Bulunduğu oda loş ya da fazla aydınlık olmamalı ve içerisinde saat - takvim, radyo, aile resimleri gibi nesnelere bulunmalıdır.
- Yanında tanıdığı biri bulundurulabilir, yalnız bırakılmamalıdır.

- Aynı kişinin bakması sağlanmalı, sakin yaklaşılmalı, sağlık personel her seferinde kendisini tanıtmalı görevlerini ve ne yapacaklarını açıklamalıdır.
- Sıkı gözlem yapılmalı, yaralanmalardan korunmalı, başkalarına zarar vermesi önlenmelidir.
- Hastanın ve personelin zarar görme riski varsa fiziki kısıtlama uygulanabilir.
- Sözel ve görsel uyaran birbiriyle tutarlı biçimde konuşulmalı, kısa, basit cümlelerle konuşulmalıdır.

2.5.3.1.21. Uyku Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı

Uyku bozuklukları kanserli hastalarda sık rastlanan ancak ihmal edilen bir problemdir. Bunun bir nedeni bu durumun kanser tanı ve tedavisine verilen normal ya da geçici bir reaksiyon olarak görülmesi iken diğer bir nedeni de hastalar tarafından uyku bozukluklarının bildirilmemesidir. Uyku bozukluklarını neden olan faktörler; kanser tanısı, kanserin tipi ve evresi, tedavinin yan etkileri (bulantı, kusma vs) ve/veya doğrudan iyatrojenik etkilerdir (12,137). Kanser tanısı konmuş ve bu yönde tedavisi sürdürülen hastalarda; anksiyete, depresyon, bulantı-kusma, sık idrara çıkma gibi semptomlar, tedaviler, uykuya dalmada alışlagelmiş pozisyonu sürdürmemesi, uygulanan tedaviden olumlu sonuç alamama ve hastalığın giderek ilerlemesi gibi nedenlerle uykusuzluk sık rastlanan bir sorundur (34,76).

Uykusuzluğa yönelik hemşirelik girişimleri (34,76,85);

- Gürültü en aza indirmeli,
- Yatak odasının uygun ısı, ışık ve nemde olması sağlanmalı,
- Sağlık bakım işlevleri uyku döneminde en aza indirilmeli,
- Geceleri idrara çıkma rahatsız ediyorsa; uyku zamanına yakın sıvı alımı kısıtlanmalı,
- Yatmadan önce idrar yapması sağlanmalı,
- Hasta ile birlikte gündüz aktivite programı belirlenmeli,
- Gündüz uykuları bir saatten fazla ise bu süre tekrar düzenlenmeli, öğleden sonra kafeinli içecekler verilmemeli,
- Nikotin uykuyu bozduğu için yatmadan önce sigara içilmemesi söylenmeli,
- Her zaman aynı saatte yatması ve kalkması önerilmeli.

2.5.3.1.22. Ağrı ve Hemşirelik Bakımı

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, organizmanın zedelenmeye karşı gösterdiği savunma mekanizması olarak ortaya çıkan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan bir duygudur (3). Uluslararası Ağrı Araştırma Birliği (International Association for the Study of Pain) (İASP) ağrıyı, olası veya var olan doku hasarına eşlik eden, veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş olmayan, duysal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlanmaktadır(162). Bu nedenle ağrıyı değerlendirirken fiziksel boyutunun yanı sıra öznelliği de göz önünde bulundurulmalı ve hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişecektir. Ağrının kişiye özgü bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntem kullanmayı gerektirmektedir (10). Ağrı değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken durumlar (10,118);

- Hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkilere önyargı ile bakılmamalı,
- Ölçümün amacı belirlenmeli,
- Farklı değerlendirme yöntemleri kullanılmalı,
- Hastaya, ağrı nedenine ilişkin güvenilir bilgiler hemen sağlanmalı,
- Ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip olarak yaklaşılmalı,
- Herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır.

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının var olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve artıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekmektedir. Ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (118).

Kanser ağrısında yetersiz ağrı yönetimi nedenleri aşağıda belirtilmiştir (118);

- Kanser ağrısının fizyopatolojisinin iyi bilinmemesi,
- Narkotik analjeziklerin klinik farmakolojilerinin iyi bilinmemesi,
- Ağrı gidermede kullanılan yeni yöntemler konusunda bilgi yetersizliği,
- Kanser ağrısının tedavisi konusunda bilgi yetersizliği,
- İlaça fiziksel bağımlılık ile psikolojik bağımlılık arasındaki farkın bilinmemesi,
- Narkotik analjeziklere karşı tolerans gelişmesi ve bağımlılıkla ilgili endişe,
- Narkotik analjeziklerin yan etkilerine ilişkin endişe,
- Hastanın ilaca başlamadan önce orta/şiddetli kanser ağrısı olması gerektiği inancı,
- Hastaların, ağrının şiddeti konusunda doğru karar veremeyeceği inancı,
- Ağrı tedavisine düşük öncelik verilmesi,
- Hastanın ağrısının yeterli sıklıkta ve sistemik olarak değerlendirilmemesi
- İlaç dışı önlemlerin kullanılması
- Diğer disiplinlerle yeterli iletişim kurulmamasıdır.

Hastaların ağrı bildirimini ve ilaç almalarını engelleyen nedenler (41,56,118);

- İlaçlara tolerans gelişme korkusu,
- İlaçların yan etkilerinden korkma,
- “İyi Hasta” olma isteği,
- Doktorun ilgisinin hastalıktan uzaklaşacağından korkma,
- Ağrının hastalığın ilerlemesi olarak düşünülmesi,
- Enjeksiyondan korkma,
- Ağrının anlamı (kültürel ve toplumsal engeller),
- Ceza olarak ağrı,
- Ağrıya katlanma konusundaki dini inançlar (eziyet çekmenin karakter yarattığı veya ruhu kuvvetlendirdiği inancı),
- Kanser ağrısı, eziyet çekme ve ölümlerle özdeşleştirilmesi ayrıca narkotik ilaçlarla ilgili olarak hükümetin, sağlık bakanlığının tutumu ve bu konudaki yönetmelik ve kurallarda etkin ağrı yönetimini,
- Narkotiklerin kurallara uygun olarak kullanılıp kullanılmadığı konusunda yeterince açık olmayan yasa ve kurallar,
- Ağrı için bile olsa, narkotiklerin kullanılmasının yasaya aykırı olduğu inancı,

- Reçete ile ilgili formalitelerin çok olması,
- Doktorların diplomalarını kaybetme korkusu,
- Doktorların mahkemelere ve yasal araştırmalara tabi olmalarıdır.

Kanserde kronik ağrının değerlendirilmesinde sendromun tanımlanması, ağrının etyolojisini aydınlatır. Doğru değerlendirme ise etkili ağrı yönetiminin ilk aşamasıdır. 1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü, kanser ağrısında ilaç secimi için basamak tedavi diye bilinen yararlı bir yaklaşım önermiştir. Bu metodun kullanımı ile hastaların ağrılarının %75 ile %90 oranında etkin olarak kontrol altına alınabildiği gösterilmiştir (48,51,118,165).

1. Basamak: Hafif-orta ağrılar için narkotik olmayan analjezikler ± adjuvan tedavi
2. Basamak: Orta şiddetli ağrılar için zayıf narkotikler + nonopoid ± adjuvan tedavi
3. Basamak: Şiddetli ağrılar için güçlü narkotikler + nonopoid ilaçlar ± adjuvan tedavi.

Adjuvan tedavi; Antikolvlülsonlar ve antidepresanlar gibi farklı endikasyonları da bulunan ilaç gruplarıyla yapılan ağrı tedavisidir (48,51,118,165).

Son zamanlarda spinal opioid veya diğer invaziv teknikleri içeren 4 basamaklı bir merdiven sistemi üzerinde durulmaktadır (165).

Kanser ağrısında hangi ilaç veya yöntem kullanılırsa kullanılsın, dikkat edilmesi gereken nokta etki suresi dikkate alınarak analjezinin sürekli ve yeterli olmasını sağlamak üzere ilacın belli aralıklarla uygulanmasıdır. Ancak tedavinin başında hastanın opioid gereksinimini ortaya koymak için “saatinde ilaç” uygulaması geciktirilebilir veya radyoterapi ve/veya kemoterapi tedavi alan hastanın analjezik ilaca gereksinimi azalabilir ve ilaç gerektiğinde uygulanabilir. Bu durumların dışında “saatinde ilaç” uygulaması kanser ağrısının medikal tedavisinde benimsenmesi gereken ilk kural olmalıdır (56).

Hemşire, kendisinin ve diğer sağlık görevlilerinin gerçekleştirdiği ağrı giderme önlemlerinin etkinliğini değerlendirmelidir. Bazı hastalar fazla sedasyon nedeniyle ağrı hissetseler bile bunu söyleyemezler. Ağrı tam olarak giderilmemiş ise yeni yöntemler kullanılmalıdır. Kronik ağrı kontrolünde hastanın ağrısı olması istenmediği için ağrı durumu düzenli olarak değerlendirilmelidir. Tüm ekip

üyelerinin ve hemşirelerin kendi aralarında iş birliği yapmaları gerekir. Kararın hemşireye bırakıldığı “gerektiğinde” şeklinde yapılan istemlerin etkili bir şekilde uygulanması, hasta ağrısının ve tedavi sonuçlarının sürekli değerlendirilmesine bağlıdır (49) .

Sonuç olarak kanser hastalarında ağrı yönetiminin ABCD’sini aşağıdaki gibi özetleyebiliriz (131);

-Ask: Düzeni olarak ağrıyı sor.

-Assess: Sistematiik olarak değerlendir.

-Believe: Hastanın söylediğine/kayıt ettiğine inan.

- Choose: Hasta için uygun ağrı kontrol yöntemlerini seç.

-Deliver: Ağrı girişimlerini zamanında düzenli bir şekilde yap. Hastaya “Ağrı Dindirme ve Memnuniyet Skalaları” uygulanabilir.

Birçok hasta için ağrıdan yakınma yalnız fiziksel nedenlere bağlı olmayabilir. Ağrı tedavisi; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal komponentleri içeren ve palyatif bakım olarak da bilinen geniş ve ayrıntılı tedavi programının bir bölümünü oluşturmaktadır. Küratif tedavi ve palyatif bakım birbirini tamamlamaktadır (121).

Kanser ağrısında farmakolojik tedavi ile birlikte hemşirelerin yapabileceği girişimleri (34,56,159,173,176);

- Yorucu ve ağrıyı artıran aktivitelerden uzak durulması konusunda hasta bilgilendirmeli,
- Hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli,
- Uyku düzenine dikkat edilmeli, yeterli süre uyumamasına özen gösterilmeli,
- Ağrı olduğunda, ağrı ile ilgili duygu ve düşüncelerin aile ve arkadaşlarla, sağlık ekibi üyeleriyle paylaşılması konusunda hasta bilgilendirilmeli,
- Hastanın bireysel baş etme yöntemleri belirlenmeli ve uygulaması sağlanmalıdır.

2.5.3.1.23. Ciltte Kuruma ve Hemşirelik Bakımı

En önemli duyu organlarımızdan biri olan deri; organizmayı fiziksel, kimyasal veya biyolojik ajanlardan korur, vücudun sıvı dengesini ve ısını düzenler. Kanserli hastalarda cilt problemleri; kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle, özellikle terminal dönemde anoreksi, kaşeksi, malnütrisyon, anemi, bazı metabolik

değişiklikler, hareket bozuklukları, yaşlılık, kan dolaşım bozukları, nörolojik bozukluklar gibi birçok klinik duruma bağlı olarak ortaya çıkar (34). Hemşireler cilt reaksiyonları açısından hastasını değerlendirmeli, ciltte kuruma gibi istenmeyen durumlar oluşması durumlarında hastasında nedene yönelik bakımını planlamalıdır. Hemşirelik girişimleri aşağıdakileri içerir (3,90,173);

- Hasta deride kızarıklık, hiperpigmentasyon, kaşıntı, kuruluk, dermatit, akne oluşabileceği, fotosensivite nedeniyle güneşte fazla kalmanın sakıncalı olduğu konusunda bilgilendirilmeli,

- Nemli ve kirli deride, deri bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan cildi kuru ve temiz tutulmalı,

- İrrite edici krem ve losyonları kullanılmamalı,

- Ciltte kuruma durumunda sıcak ve uzun banyo yerine, kısa ve ılık banyo önerilmeli, ardından nemlendirici krem ya da losyon kullanılmalı,

- Hastanın tırnakların kısa olması ve pamuklu giysileri tercih etmesi sağlanmalı,

- İritasyon ve reaksiyonu önlemek için; teri emici, yumuşak ve bol giysiler giymesi konusunda bilgilendirilmeli,

- Bölgeyi aşırı sıcak ve soğuktan, direkt gün ışığından korumak için uzun kollu elbise ve geniş kenarlı şapkalar giymesi, ayrıca güneş ışığını bloke eden kremler kullanması, cilde doğrudan sıcak ya da soğuk kompres uygulamasından kaçınması konusunda bilgilendirilmeli, yapıştırıcı band/selobant kullanılmamalı,

- Yatağa bağımlı hastalarda basınç bölgelerini gözleyerek hastanın pozisyonunu 2 saatte bir değiştirmeli ve basınç bölgelerine masaj yapılmalı,

- Soğuk kompres uygulanmalı, doktor istemine göre antihistaminik ve kortikostreoid kullanılmalı,

- Ciltte kuruma ve kaşıntı olması durumunda kaşıntıyı arttırmamak ve cilt bütünlüğünü bozmamak için özellikle kaşınmamak gerektiği hastaya anlatılmalı, doktor istemine uygun nemlendirici ile bakım verilmelidir.

2.5.3.1.24. Psikososyal Problemler ve Hemşirelik Bakımı

Günümüzde en önemli ve güncel sorunlardan biri olan kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal bileşikleri yoğun olan bir sorundur (34,152). Ölüm korkusu, ağrı ve acı çekeceği düşüncesi, bağımlı kalma

sıkıntısı, beden şeklinin bozulması, yeteneklerini kaybetme, kişiler arası ilişkilerde bozulma, rol işlevi kaybı ve ekonomik sorunlar en önemli kaygılardır (14,17). Kanser tanı öncesi aşamadan terminal döneme dek, hastalarda ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır (34,152) .

Hastanın kanserle ilgili algısı, kanserin yol açtığı sorunlar ve hastalığın kültürel anlamı kişinin tepkilerini etkiler (3). Özmen (2002) (18) ve Bahar'ın (2007) (120) aktardığına göre Elizabeth Kübler Ross kanserde psikolojik süreçleri; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralamıştır . Bu süreçler (18,120);

- İnkâr, katlanılması güç olan durumlara karşı geliştirilen bir savunmadır ve bu dönemde hastaya zaman tanınması, tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmenin yapılması ve sosyal desteklerin artırılması önemlidir.

- Öfke aşamasında hasta “neden ben” sorusuna cevap arar. Bu aşamada hastanın duygu ve düşüncelerinin ifade edilmesinin sağlanması, hastayı rahatlatan bir girişimdir. Terminal dönemde ele alınmayan öfke, bireyi depresyona yaklaştıran bir etkidir.

- Pazarlık aşamasında bireyin baş etme yöntemlerinin bilinmesi ve yeni baş etmelerin geliştirilmesi gerekir.

- Depresyon aşamasında ise, hasta önce geçmişin yasını tutar ve yavaş yavaş depresyonu hazırlayan hüznün dönemine girer.

- Bireyin kayıplarının yasını tutmasına izin verilirse ve aile desteği sağlanırsa birey kabullenme evresine geçebilir.

Görüldüğü gibi psikolojik girişimler kanser hastalarının tedavi sürecinde temel oluşturmaktadır. Kanser hastalarında; hayatı tehdit edici semptomlar, uygulanacak tedavilerin ciddiyeti, bu konular hakkında hastaların bilgi eksiklikleri, hastaların hastalıklarına ve olası tedavi komplikasyonlarına bağlı olarak yaşayabilecekleri psikososyal problemlerin düzeyini artırabilmektedir. Ümidi yok etmeden, yalancı ve abartılı bir güvence vermeden, her zaman bir çıkış yolu olduğu hatırlatılarak, gerektiğinde psikiyatrist yardımı olarak bilgilendirme yapılmalıdır (34).

Kanser Hastalarının psikolojik durumları değerlendirilmelidir. Kanser hastalarının psikolojik problemlerini en aza indirmek için ilaç yan etkilerinin kontrol altına alınması büyük önem taşımaktadır. Tedavi sırasında cinsellik ve infertiliteyle

ilgili konular hastaya sıkıntı verebilir. Yorgunluk, kanama korkusu veya enfeksiyon, hastayı olumsuz olarak etkileyebilir. Yeni bir cerrahi, patolojik kırıklar veya immunsupresyon yoksa cinsel ilişki açısından sıkıntı olmadığı bilinmelidir. Hasta tanısını biliyorsa, kanserli hastalarla ilgili destek gruplarına yönlendirilir (3,60,76). Ayrıca hemşireler, hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği sağlamalı, geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirilmeli, uygun yöntemin kullanılmasını sağlamalı ve hasta ve ailesine yeterli psikososyal destek sağlamalıdır (185).

2.5.3.1.25. Cinsel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri ile özel bir yaşantı olarak tanımlanan cinsellik, bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için karşılanması zorunlu olmayan ancak türün sürekliliği için gerekli, cinsel doyumu ve iki insanın bir armoni eşliğinde beraberliklerini içeren bir gereksinimdir. Ancak bu gereksinimin karşılanabilmesi için sağlıklı bir cinsellikten söz etmek gerekmektedir (28,34).

Jinekolojik kanserler nedeniyle tedavi edilen kadınların % 50'sinin ya da daha büyük bir kısmının beden imajı, cinsel işlev ve fertiliteden dolayı cinsel işlev bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir. Radikal vulvektomi sonucu en yaygın cinsel pozisyonun engellendiği belirtilmektedir. Klitoidektomi uygulaması, vaginal manüplasyon yoluyla orgazm olan bazı kadınların orgazma ulaşmasına engel olmakta; histerektomide, uterusun ritmik kontraksiyonunun yokluğu orgazmı önlemede önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Radyasyon ya da kemoterapiden dolayı ooferektomi ya da over ablasyonunda, vaginal kuruluştan ve vaginal yolun daralmasından dolayı dispareni gelişme olasılığı artmaktadır (14). Sağlık bakım profesyonelleri, kanser hastalığının ve uygulanan tedavilerin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirlemede ve cinsel sorunları bulunan kadına yardım etmede çok önemlidir. Cinsel sorunları bulunan hastalara bakım verebilmenin ilk adımı ise cinselliğin değerlendirilmesi ve endişe duyulan konuların tanımlanmasıdır. Kanser tedavilerinin kadın cinsel sağlığı üzerindeki etkileri genel olarak iki düzeyde değerlendirilir (133,134,154,178).

Birinci düzeydeki değerlendirme: Bu değerlendirme, tüm hemşireler tarafından kolaylıkla yapılabilir. Değerlendirmenin amacı; hastalığa ve uygulanan tedavilere bağlı olarak ortaya çıkan sorunları belirlemektir. Değerlendirme zorlayıcı

olmaksızın acık uçlu sorularla yapılmalıdır. Burada önemli bir nokta, beden imgesi gibi daha az gizli konulardan, heyecanlanma ya da orgazm yeteneği gibi daha hassas konulara doğru bir sıranın takip edilmesidir (133,134,154,178).

İkinci düzey değerlendirme: Birinci düzey değerlendirmede tanımlanan bir cinsel sorunun üzerine odaklanmasıdır. Belirlenen sorunun çözümü, bu konuda danışmanlık yapan kişinin bilgi ve yetkisini aşarsa, bu konuda eğitilmiş bir terapistle başvurulmalıdır. Günümüzde pek çok sağlık profesyoneli, hastaları ile cinselliği tartışmada ve sorunları belirlemede Annon tarafından geliştirilen P-LI-SS-IT modelini başarı ile kullanmaktadır (133,134,154,178). Reis'in (2003) aktardığına göre bu yöntemin içeriğinde aşağıdaki ifadeler bulunmaktadır (134);

-İzin Verme (P-Permission): Hasta ve partnerinin, devam eden cinsel aktivitelerinin önemi ve cinselliğe yönelik düşünce/endişelerini ifade etmelerine izin vermeyi kapsar.

-Sınırlı Bilgi (LI- Limited Information): Hastalığın ve uygulanan tedavilerin, cinsel yaşam üzerinde yaratacağı yan etkiler ve bu etkilere yönelik bilgi vermeyi içerir. Bu bilgi fertilité ve menopoz da dahil, uygulanan tedavi etkilerinin bir bütün olarak tartışılmasını kapsar.

-Özel Öneriler (SS-Specific Suggestions): Cinsel aktivitelerin daha doyum verici olması için, hastaya/partnerine önerilen özel stratejileri ve eğitimin bir kısmını içerir. Örneğin, cinsel ilişki sırasındaki rahatsızlığı önlemede kullanılan pozisyonlar ya da kemoterapi ve pelvik ışınlama ile ilişkili vajinal kuruluğu gidermede kullanılabilecek uygun kayganlaştırıcıların tartışılması gibi.

-Yoğun Tedavi (IT-Intensive Therapy): Daha ayrıntılı danışmanlık gerektiğinde hasta ve eşini konu ile ilgili danışmana göndermeyi ifade eder. Örneğin, cinsel değişikliklerden kaynaklanan evlilik stresinin tedavisinde, çiftlere özel olarak yardım almaları önerilebilir. Kanseri tedavilerinin, cinsel yaşam üzerinde yarattığı olumsuz etkileri gidermek için sistematik bir yöntemi benimseme, daha sağlıklı ve doyumlu cinsel ilişkinin gelişmesine yardımcı olacaktır.

Birey ile sık sık yakın ve direk ilişki kuran sağlık profesyonellerinden hemşirenin yeri önemlidir. Hemşire bu konuda, eğitim, öğretim ve danışmanlık rollerini üstlenir. Bireyin cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi de hemşirelik rollerindedir. Rehabilitasyon programlarının hazırlanması ve başarılı olabilmesi için

ise öncelikle gerekli bilgi donanımına sahip ekip üyelerine ve etkili bir cinsel danışmanlık sürecine ihtiyaç vardır.

2.5.4. Yaşam Kalitesinin Güçlendirilmesi

Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme, entelektüel gelişim ve spiritüel iyilik hali olarak tanımlanmaktadır(46). Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi, hastalığın tanısından, bu tanının kişisel anlamından, hastalığın fiziksel etkilerinden, farklı sağaltım biçimlerinin yakın ve uzun dönemli yan etkilerinden, hastanın mental sağlığından, başa çıkma mekanizmalarından ve aile/toplumun tepkisinden büyük ölçüde etkilenir (9).

Kansere yakalanmış olmaya verilen duygusal tepkiler normal sınırlardan uzaklaşarak patolojik hale geldiğinde, hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, hastalıkla mücadelesinde onu güçsüz bırakmakta ve tedavi ile ilgili doğru kararlar almasını engelleyerek tedaviye uyumunu bozmaktadır (91).

Palyatif bakımın amacı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmek olduğundan, hemşire mümkün olduğunca hastanın günlük yaşantısını sürdürebilmesine yardımcı olmalı, bu nedenle acı çekmeye neden olan semptomları yönetmeli ya da yönetilmesine yardım etmelidir.

2.5.5. Ailenin Desteklenmesi

Hasta yakınının güçlendirilmesi hemşirelik yönetmeliğine göre hemşirenin görevidir. Kanser hastalığı söz konusu olduğunda ailenin duygusal yükünün katlanmış olarak artacağı dikkate alınarak aileye yaklaşım planlanmalıdır (161). Aile ile iletişimde bilinen kelime ve kavramların kullanılması, karar almalarına ve destek bulmalarına yardımcı olunması, aile üyelerinin evdeki rol değişikliklerinin tanınması ve tanımlarının sağlanması, destekleyici moral verilmesi önemlidir. Yaşamın son saatlerini yaşayan hastanın bakımı sırasında ailenin bir destek unsuru olarak bakım ve tedavi içinde yer alması sağlanırken hasta ailesi ve yakınlarının da desteğe gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır (44).

2.5.6. Ölüm Sırasındaki Bakım

Ölüm sırasında ki bakım, hastanın ve ailesinin yaşamın son dönemi ve yas sürecindeki gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasını içerir. Hastayı yaşam

sonuna hazırlamak son derece önemlidir. Bakım hedefleri hasta için en iyi ölümü sağlamaya odaklanmalıdır (113). Ölmek üzere olan hastada psişik morbiditeyi ve psikolojik acıyı azaltmak, uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik semptomları düzeltmek, yalnızlık ve izolasyonu önlemek, ağrı ve diğer fizyolojik semptomlarla başetmeye yardım etmek, hastanın tedaviye etkin katılımını sağlamak ve hastanın umutlarını destekleyip güçlendirmek ele alınması gereken temel hemşirelik yaklaşımlarıdır (3). Yaşamın son saatlerini yaşayan hastanın bakımı sırasında ailenin bir destek unsuru olarak bakım ve tedavi içinde yer alması sağlanırken hasta ailesi ve yakınlarının da desteğe gereksinimleri olduğu unutulmamalıdır (19,44). Ölüm sürecinin hasta ailesini derinden etkilediği bilinmektedir. Hastanın öleceğini öğrendikten sonra yaşanan duygusal tepkilerin tümü aile bireyleri tarafından da yaşanır. Aile yoğun olarak keder, çaresizlik, tükenme hissi, suçluluk ve öfke hissedebilir (44). Aile bireylerine karşı mümkün olduğunca duyarlı ve şefkatli olunmalı, ailenin acısı azaltmaya çalışılmalı ve her türlü tepkiye hazırlıklı olunmalıdır.

2.5.7. Yas Sürecinde Bakım

Palyatif bakımın son alanı aktif ölüm sürecini yönetmek ve aileyi ölümden sonra desteklemektir (171). Sevilen birinin beklenmedik ölümü çok trajik bir deneyimdir (3). Hasta bakımı veren konumda olmak, hasta yakınına alıştığı dışında roller ve sorumluluklar yükler ve duygusal yükü artırır (161). Hemşirelerin kayıp yaşayan aileleri acı çekme ve telafisi mümkün olmayan travmalardan korumak için yapacakları yardım son derece önemlidir. Yeterince yardım alamayan pek çok kişinin yıllar boyunca keder yaşamaları ve daha sonra psikiyatrik yardıma gereksinim duymaları önlenemez. Ancak, hastanın ölümünden önce, ölümü sırasında ve sonrasında uygun hemşirelik girişimlerinin kullanılması, aile üyelerinin ölüm gerçeğini kabul etmelerinde yardımcı olabilmektedir (3).

Sonuç olarak; son yıllarda kanser hastalığının tanı ve tedavisinde meydana gelen gelişmelerle birlikte, kanser tedavisinde etkinlik artmakta ve kanserli hastalarının yaşam süreleri uzamaktadır. Kadınlarda görülen kanserler içerisinde önemli bir yere sahip olan jinekolojik kanserlere uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, özellikle hastaların yaşadıkları semptomlarla ilişkili rahatsızlıklar kadınların ve ailelerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi önerilerine uyumlarını

güçleştirmektedir. Bu açıdan günümüzde tedaviye yanıt vermeyen ilerlemiş ve tekrarlayan jinekolojik kanser vakalarında palyatif bakım ve semptom kontrolüne yönelik ilgi artmıştır. Palyatif bakım gereksinimindeki bu artışa paralel olarak; sağlık personelinin özellikle tanı anından ölüme kadar, ölüm sonrası yas sürecinde hasta ve ailesi ile daha fazla zaman geçiren hemşirelerin palyatif bakım hizmetlerini sağlamaları ve bu bakımın uygulamalarının önemli bir parçası olması beklenmektedir. Bu açıdan bu çalışmanın, Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi ile, Sağlık Bakanlığı hedefleri doğrultusunda sağlık personelinin bu konuda gelişmesinin sağlanmasına yönelik verilecek eğitime ve eğitim programlarının düzenlenmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan ve jinekolojik onkoloji üniteleri bulunan üç devlet hastanesi ile üç üniversite hastanesinde yapılmıştır. Bu hastanelerin yatak kapasiteleri, ebe ve hemşire sayıları ve çalışma durumları aşağıda yer almaktadır;

- Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Servisi 34 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte 11 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08-20 ve 20-08 saatleri arasında görev yapmaktadır.
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakülteleri Hastaneleri Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Servisi 12 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte 3 hemşire 3 ebe ve 1 sağlık memuru olmak üzere 7 kişi çalışmaktadır. Hemşire 08-16 ve 16-08 saatleri arasında görev yapmaktadır.
- Gazi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Servisi 27 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte 9 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler 08-16, 16-24 ve 24-08 saatleri arasında görev yapmaktadır.
- Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Servisi 70 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte 7 hemşire 7 ebe olmak üzere 14 kişi çalışmaktadır. Hemşireler 08-17 ve 16-09 saatleri arasında ve hafta sonları 09-09 saatleri arasında görev yapmaktadır.
- Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Servisi 22 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte 5 hemşire ve 4 ebe olmak üzere 9 kişi çalışmaktadır. Hemşireler 08-16 ve 16-08 saatleri arasında saatleri arasında görev yapmaktadır.

–Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Servisi 32 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte 9 hemşire (1'i ayaktan kemoterapi ünitesinde) ve 13 ebe olmak üzere 22 kişi çalışmaktadır. Hemşireler 08-16, 16-08 veya 08-08 saatleri arasında görev yapmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı altı hastanede ebe ve hemşireler jinekolojik onkoloji hastalarına yönelik palyatif bakım uygulamalarından; ağrı kontrolü ve bulantı, kusma, dehidratasyon, konstipasyon, ödem gibi semptom kontrolü, hasta ve aileleri için psikolojik danışmanlık yaptıklarını ifade etmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı altı hastanede jinekolojik kanserli hastalara bakım veren ebe, hemşire ve sağlık memurunun tamamı oluşturmuştur. Evrendeki ebe (27), hemşire (44) ve sağlık memurlarının (1) toplam sayısı 72 'tir.

3.3.2. Örneklem Seçimi

Araştırmanın örnekleme evrendeki ebe, hemşire ve sağlık memurunun tamamının alınması planlanmış ve sağlık memuru hemşire adı altında değerlendirilmiştir. Örnekleme oluşturan ebe ve hemşirelerden 5 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için (1 kişi Gazi Hastanesi'nden, 1 kişi Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden, 3 kişi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden), 1 kişi doğum izninde (Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden), ve 1 kişi de (Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nden) yıllık izinde olduğu için araştırma kapsamına alınmamıştır. Çalışmanın örneklemini toplam 65 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Örnekleme alınan ebe ve hemşirelerin hastanelere göre dağılımı Tablo 3.2.2.1'de verilmiştir.

Tablo 3.2.2.1 Örneklem Kapsamına Alınan Kişilerin Hastane ve Mesleklere Göre Dağılımı

Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler/Üniversite Hastaneleri	Evren (N) Örneklem (n)	Meslek		Toplam
		Ebe	Hemşire	
Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri	N (n)	0 (0)	11 (10)	11 (10)
Ankara Üniversitesi Tıp Fakülteleri Hastaneleri Cebeci Hastanesi	N (n)	3 (3)	4* (4) *	7 (7)
Gazi Hastanesi	N (n)	0 (0)	9 (8)	9 (8)
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	N (n)	7 (7)	7 (4)	14 (11)
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	N (n)	4 (4)	5 (4)	9 (8)
Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	N (n)	13 (13)	9 (8)	22 (21)
TOPLAM	N (n)	27 (27)	45 (38)	72 (65)

*Çalışanlardan 1 kişi sağlık memurudur. Hemşire grubuna dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama formu, araştırmacı tarafından konuya ilişkin ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (4,48,107,117,124,132,140,159,166,171,177,183,186). Veri toplama formu araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin demografik özelliklerine, palyatif bakım konusunda bilgi alama durumuna, jinekolojik onkoloji hastalarında karşılaştıkları semptomlara, palyatif bakım konusunda uygulamalarına

ve karşılaştıkları engellere ilişkin ifadeleri içeren likert tipi form ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Aynı zamanda veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği alanında iki uzman kişiden^{1,2} görüş alınmıştır.

Veri toplama formu beş bölümden oluşmaktadır (Ek 1):

Birinci bölümde (1-6. sorular); Katılımcıların demografik verileri; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı ve jinekoloji onkoloji kliniğinde çalışma süreleri;

İkinci bölümde (7-12. sorular); Katılımcıların palyatif bakım konusunda eğitim ve bilgi alma durumlarına yönelik sorular;

Üçüncü bölümde (13. Soru); Jinekolojik kanserlerde sık rastlanan 36 semptomun görülme sıklığı ve karşılaşılan semptomların kontrolüne yönelik yapılan uygulamalar (Dispne, lenf ödemi, asit, bulantı, iştahsızlık, anemi, cinsel isteksizlik, anksiyete gibi) ;

Dördüncü bölümde (14. soru); katılımcıların palyatif bakım uygulamalarına yönelik hemşirelik girişimlerini (9 girişim) uygulama durumu, hangi hemşirelik girişimlerini yaptığı ya da yapmadığı (Hasta ve yakınlarını, hastalığın ve tedavinin seyri hakkında bilgilendiriyorum; hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşuyorum; aileyi ölüm sonrası yas sürecinde destekliyorum gibi);

Beşinci bölümde (15. soru); palyatif bakım uygulamasında karşılaşılabilecek engellere katılma durumunu belirten ifadeler (doktor, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitimi eksiktir; semptom kontrolünde standartlar bilinmemektedir; evde bakım gibi bazı palyatif bakım programları sağlık sigortalarının kapsamı dışında kalmaktadır gibi) bulunmaktadır.

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Lale Taşkın

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kafiye Eroğlu

3.4.2. Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla ;ön uygulama, 15 Haziran 2012 - 22 Haziran 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama formu, örneklem kapsamına alınan kişilerin %10'unu temsil edecek şekilde araştırma kapsamı dışında bırakılan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Ünitesinde çalışan 4 ebe ve 3 hemşireye uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formunda “palyatif bakıma yönelik hemşirelik girişimleri” bölümde hemşirelik girişimini uygulama durumuna “kısmen”, “palyatif bakım uygulamasında karşılaşılan engeller” bölümde katılma durumunu belirten ifadelerle “bir fikrim yok” seçeneği eklenmiş, veri toplama formuna son şekli verilmiştir.

3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulaması

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelere veri toplama formu 30 Haziran 2012 – 30 Eylül 2012 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama formunun doldurulması araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür. Veri toplama formunun uygulaması sırasında ebe ve hemşirelerin uygun oldukları şift ve saatleri belirlenmiş, uygulamaya ara verilmeden tek kişilik odalarda görüşülmüştür.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülmesinde, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (Sayı:B.30.2.HAC.0.05.07.00/663, 29 Ağustos 2012) (Ek 2) alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın uygulandığı;

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ön uygulama), Ulus Devlet Hastanesi (ön uygulama), Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi için Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü' den (Sayı: B.10.4.İSM.4.06.00.09-773/99, 16 Mayıs 2012) (Ek 3)

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri (Sayı:B.30.2.HAC.0.HD.00.00/D-1626, Sayı:B.30.2.HAC.0.70.10.09/958, 21 Mayıs 2012) (Ek 4),

Ankara Üniversitesi Tıp Fakülteleri Hastaneleri Cebeci Hastanesi (Sayı:B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/3642, 04 Haziran 2012) (Ek 5),

Gazi Hastanesi'nden (Sayı:B.30.2.GÜN 0.H1.02.00/1947, 11 Mayıs 2012) (Ek 6) yazılı alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebe, hemşire ve sağlık memuruna veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı ve formun doldurulmasına yönelik bilgi verilmiş ve uygulamanın yapılabilmesi için kendilerinden yazılı izin (Ek 7) alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan ve jinekolojik onkoloji üniteleri bulunan üç devlet hastanesi ve üç üniversite hastanesinde çalışan ebe, hemşire ve sağlık memurlarını kapsamaktadır. Bu nedenle Ankara ili sınırları dışında bulunan tüm hastanelere ve jinekoloji onkoloji kliniklerine genellenemez.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19.0 for Windows istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktararak, bilgisayar ortamında analiz edilmiş ve tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ebe ve hemşirelerin karşılaştıkları semptomlara yönelik uygulamaları niteliksel veri olarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış, daha sonra elde edilen veriler gruplandırılarak nicel veriye dönüştürülmüştür. Oluşturulan gruplara ait dağılım bilgileri sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

4.BULGULAR

Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular, aşağıda yer alan dört başlık altında ele alınmıştır;

4.1. Ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ve palyatif bakım konusunda eğitim ve bilgi alma durumu ve diğer değişkenlere ilişkin veriler,

4.2. Ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda görülebilen semptomlar ile karşılaşma sıklıkları ve karşılaştıkları semptomlara yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri,

4.3. Ebe ve hemşirelerin palyatif bakıma yönelik hemşirelik girişimleri,

4.4. Ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarında karşılaştıkları engeller

4.1. Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Palyatif Bakım Konusunda Eğitim ve Bilgi Alma Durumu ve Diğer Değişkenlere İlişkin Veriler

Tablo 4.1.1. Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Toplam n=65	
	Sayı	%
Meslek Grubu		
Ebe	28	43.1
Hemşire	37	56.9
Yaş Grubu		
29 yaş ve altı	22	33.8
30-39 Yaş	27	41.6
40 yaş ve üzeri	16	24.6
$\bar{X}= 33.25$; $S=6.43$		
Eğitim Durumu		
Lise	10	15.4
Önlisans	11	16.9
Lisans	44	67.7
Cinsiyet		
Kadın	64	98.5
Erkek	1	1.5
Meslekte Çalışma Süresi		
1-9 yıl	26	40.0
10-19 yıl	23	35.4
20 yıl ve üzeri	16	24.6
$\bar{X}= 12.94$; $S=7.53$		
Jinekolojik Onkoloji Ünitesi'nde Çalışılan Süre		
1 Yıl Altı	15	23.1
2-5 Yıl Arası	24	36.9
5 Yıl Üzeri	26	40.0
$\bar{X}= 4.49$; $S=4.23$		

*1 kişi sağlık memurudur. ** \bar{X} :Ortalama, S:Standart sapma

Tablo 4.1.1'de jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin bazı sosyo- demografik özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, çalışanların % 56.9' unu hemşirelerin (1 kişi: sağlık memuru) ,% 43.1'ini ebelerin oluşturduğu görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin % 41.6'sının 30-39 yaş grubunda, % 67.7' sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Ebe ve hemşirelerin çoğunluğunu kadınlar (% 98.5) oluşturmaktadır. Ebe ve hemşirelerin % 40.0'ı 1-9 yıl arasında meslekte çalıştıklarını; 5 yıl ve üzeri süredir jinekolojik onkoloji ünitesinde çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1.2. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Almaya Yönelik Bazı Değişkenlerinin Dağılımı

Palyatif Bakıma İlişkin Bazı Değişkenler	Toplam n=65	
	Sayı	%
Bilgi Alma Durumu		
Alan	31	47.7
Almayan	34	52.3
Bilgi Kaynağı*		
Üniversite Eğitimi	9	29.0
Hizmet İçi Eğitimler	22	71.0
İnternet	3	9.7
Kitap ve Dergiler	3	9.7
Kongre ve Seminerler	6	19.3
Alınan Bilginin İçeriği*		
Kötü Haber verme	14	45.2
İletişim Becerileri	30	96.8
Etik ve Yasal Konular	26	83.9
Ağrı Yönetimi	30	96.8
Semptom Kontrolü	30	96.8
Yas Süreci İle Baş Etme	19	61.3
Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu		
Evet	10	32.3
Hayır	21	67.7

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, ebe ve hemşirelerin %52.3'ü palyatif bakım konusunda bilgi almadığı ifade etmiştir. Palyatif bakım konusunda bilgi aldıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin bilgiyi nereden aldıkları incelendiğinde, palyatif bakım konusunda bilgiyi en fazla hizmet içi eğitimlerden (% 71.0) aldıklarını belirtmişlerdir.

Palyatif bakım konusunda bilgi aldıklarını ifade eden ebe ve hemşireler, aldıkları bilginin içeriği incelendiğinde, iletişim becerileri (% 96.8), ağrı yönetimi (% 96.8) ve semptom kontrolüne (% 96.8) yönelik bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumu incelendiğinde, çoğunluğunun palyatif bakım konusunda aldıkları bilgiyi yeterli bulmadıkları (% 67.7) görülmektedir.

Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre palyatif bakım konusunda aldıkları bilgiyi yeterli bulmayan ebe ve hemşirelere başka

hangi konularda eğitim almak istedikleri sorulmuş ve ebe ve hemşirelerin tamamı palyatif bakım konularında (kötü haber verme, iletişim becerileri, palyatif bakımda etik ve yasal konular, ağrı yönetimi, semptom kontrolü, yas süreci ile baş etme gibi) daha kapsamlı bir eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.3. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Konusunda Çalışılan Kurumda Hizmet İçi Eğitime İlişkin Bazı Değişkenlerin Dağılımı

Çalışılan Kurumda Hizmet İçi Eğitime İlişkin Bazı Değişkenler	Toplam n=65	
	Sayı	%
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu		
Alan	15	23.1
Almayan	50	76.9
Hizmet İçi Eğitim Programının İçeriği		
Kötü Haber Verme	6	40.0
İletişim Becerileri	15	100.0
Etik ve Yasal Konular	12	80.0
Ağrı Yönetimi	15	100.0
Semptom Kontrolü	15	100.0
Yas Süreci İle Baş Etme	8	53.3
Hizmet İçi Eğitim Programının İçeriği		
40 dk ve altı	4	26.7
41-120 dk.	4	26.7
120 dk. ve üzeri	7	46.7

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo incelendiğinde, ebe ve hemşirelerin % 76.9'u çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programının olmadığını belirtmiştir. Palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim programının içeriğinde en fazla yer alan konular iletişim becerileri (% 100), ağrı yönetimi (% 100) ve semptom kontrolü (% 100) olarak belirtilmiştir.

Çalıştıkları kurumda palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim programının süresi incelendiğinde ebe ve hemşirelerin % 46.7'si 120dk. ve üzeri eğitim almıştır.

4.2. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıkları ve Karşılaştıkları Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimleri

4.2.1. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıklarına Yönelik İfadeler

Tablo 4.2.1.1. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıklarına Yönelik İfadelerin Dağılımı (n=65)

Sistemler	Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar	Semptomlar İle Karşılaşma Sıklığı					
		Hiç		Nadiren		Sıklıkla	
		n	%	n	%	n	%
Solunum Sistemi	Dispne	7	10.7	33	50.8	25	38.5
	Lenf Ödemi	17	26.2	34	52.3	14	21.5
Kardiyo-vasküler Sistem	Derin ven Trombozu	22	33.8	38	58.5	5	7.7
	Asit Birikimi	8	12.3	30	46.2	27	41.5
	Yorgunluk	1	1.5	8	12.3	56	86.2
	Mukozit	28	43.1	34	52.3	3	4.6
Gastrointestinal Sistem	Barsak Obstrüksiyonu	18	27.7	34	52.3	13	20
	Konstipasyon	3	4.6	24	36.9	38	58.5
	Diyare	9	13.8	40	61.6	16	24.6
	Bulantı-Kusma	1	1.5	4	6.2	60	92.3
	İştahsızlık	3	4.6	22	33.8	40	61.6
	Kaşeksi	18	27.7	42	64.6	5	7.7
	Dehidratasyon	15	23.1	36	55.4	14	21.5
	Tat Değişikliği	34	52.3	20	30.8	11	16.9
Üro-Genital Sistem	Vajinal Kanama	2	3.1	28	43.1	35	53.8
	Rektovajinal Fistül	45	69.2	20	30.8	0	0
	Vezikovajinal Fistül	47	72.3	18	27.7	0	0
	Menopozal Semptomlar	32	49.2	15	23.1	18	27.7
	Üriner Obstrüksiyon	40	61.5	22	33.8	3	4.6
Hematolojik Sistem	Kanama	32	49.2	30	46.2	3	4.6
	Anemi	0	0	19	29.2	46	70.8
	Lökopeni	14	21.5	33	50.8	18	27.7
	Trombositopeni	12	18.4	36	55.4	17	26.2
Nörolojik Sistem	Deliryum	39	60	26	40	0	0
	Uykusuzluk	2	3.1	25	38.5	38	58.4
	Ağrı	0	0	0	0	65	100
Deri	Ciltte Kuruma	8	12.3	43	66.2	14	21.5

Tablo 4.2.1.1. (Devam) Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıklarına Yönelik İfadelerin Dağılımı (n=65)

	Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar	Semptomlar İle Karşılaşma Sıklığı					
		Hiç		Nadiren		Sıklıkla	
		n	%	n	%	n	%
Psikososyal Durum	Anksiyete	1	1.5	27	41.6	37	56.9
	Ölüm Anksiyetesi	10	15.3	30	46.2	25	38.5
	Öfke	13	20	36	55.4	16	24.6
	İnkar	27	41.5	25	38.5	13	20
	Ümitsizlik	7	10.8	34	52.3	24	36.9
	Depresyon	2	3.1	36	55.4	27	41.5
Cinsel Yaşam	Cinsel İsteksizlik	57	87.7	7	10.8	1	1.5
	Cinsel Doyumsuzluk	60	92.3	4	6.2	1	1.5
	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	58	89.3	6	9.2	1	1.5

Tablo 4.2.1.1’de ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda görülebilen semptomlar ile karşılaşma durumu verilmiştir. Jinekolojik kanserli hastalarda en sık görülen semptomlar “ağrı” (% 100), “bulantı-kusma” (% 92.5), “yorgunluk” (% 86,2), “anemi” (% 70.8), “iştahsızlık” (% 61.5), “konstipasyon” (% 58.5) ve “uyku bozukluğu” (% 58.5) olup diğer semptomlar bunları izlemektedir. Tablo incelendiğinde ebe ve hemşireler; solunum sisteminde “dispne” (% 38.5), kardiyovasküler sistemde “yorgunluk” (% 86.2), gastrointestinal sistemde “bulantı-kusma” (% 92.3), üro-genital sistemde “vajinal kanama” (%53.8), hematolojik sistemde “anemi” (% 70.8), nörolojik sistemde “ağrı” (% 100), deride “ciltte kuruma” (% 21.5), psiko-sosyal durumda “anksiyete” (% 56.9) ve cinsel yaşam ile ilgili sorunlarda “cinsel isteksizli/doyumsuzluk/fonksiyon bozukluğu” (% 1.5) semptomları ile daha sık karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

4.2.2. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Karşılaştıkları Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimleri

Tablo 4.2.2.1. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Solunum Sisteminde Görülebilen Semptomla Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Solunum Sistemi		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Dispne (n=58)*		
Doktor istemine göre oksijen uygulama	57	98.3
Hastaya uygun pozisyon (ortopne) verme	16	27.6
Satürasyon değerini takip etme	11	19.0
Doktor istemine göre medikal tedavisini uygulama	5	8.6
Çevrede hastayı rahatlatacak uygulamalar (pencereyi ve kapıyı açma vb.) yapma	4	6.9
Vital bulguları sık takip etme	2	3.4
Sıvı elektrolit dengesini takip etme	1	1.7

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.1’de ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda solunum sisteminde görülebilen “dispne” semptomuna yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. Bu semptom ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98.3’ü doktor istemine göre oksijen uyguladıklarını, % 27.6’sı hastaya uygun pozisyon (ortopne) verdiklerini ve % 19.0’ı hastanın satürasyon değerini takip ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda sıvı elektrolit dengesini takip ettikleri (% 1.7), vital bulguları sık takip ettikleri (% 3.4) ve çevrede hastayı rahatlatacak uygulamalar yaptıkları (%6.9) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2.2. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kardiyovasküler Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Kardiyovasküler Sistem		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Lenf Ödemi (n=48)*		
Bacak elevasyonu uygulama	37	77.1
Varis çorabı giymesini sağlama	31	64.6
Hastanın sık mobilize olmasını sağlama	14	29.2
Doktor istemine göre antitrombolitik tedavisini uygulama	10	20.8
Ödemli bölgeyi ısı renk vs. açısından değerlendirme	2	4.2
Aldığı çıkardığı takibi yapma	2	4.2
Bası ülserleri açısından değerlendirme	2	4.2
Ödemli bölgeye masaj uygulama	1	2.1
Pasif egzersizler yaptırım	1	2.1
Laboratuar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	1	2.1
Hastaya yatak istirahati uygulama	1	2.1
Kilo takibi yapma	1	2.1
Derin ven Trombozu (n=43)*		
Doktor istemine göre antitrombolitik tedavisini uygulama	29	67.4
Hastanın mobilizasyonunu kısıtlama	24	55.8
Varis çorabı giymesini sağlama	20	46.5
Bacak elevasyonu uygulama	19	44.2
Derin ven trombozu olan bölgeyi ödem, ısı renk vs. açısından değerlendirme	5	11.6
Yatak içi pasif egzersiz yaptırma	3	7.0
Hastanın sık mobilize olmasını sağlama	2	4.7
Laboratuar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	2	4.7
Doktor istemine göre oksijen tedavisi uygulama	2	4.7
Vital bulguları sık takip etme	2	4.7
Asit Birikimi (n=57)*		
Parasentez uygulamasında doktoru ekarte etme	37	64.9
Laboratuar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	15	26.3
Vital bulguları sık takip etme	11	19.3
Hastayı semifowler pozisyonunda yatması konusunda bilgilendirme	5	8.8
Ödem takibi yapma	2	3.5
Satürasyon takibi yapma	2	3.5
Hastanın sık mobilize olmasını sağlama	2	3.5
Bası ülseri açısından değerlendirme	1	1.8
Doktor istemine göre antiemetik uygulama	1	1.8
Cilt bakımı yapma	1	1.8

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdelere “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.2. (Devam) Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kardiyovasküler Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Kardiyovasküler Sistem		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Yorgunluk (n=64)*		
Yatak istirahati uygulama	57	89.1
Diyetisyen ile işbirliği yapma	19	29.7
Yorgunluk nedenlerini sorgulama	8	12.5
Laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	5	7.8
Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlama	4	6.3
Aktivite ve dinlenme aralarını düzenleme	4	6.3
İntravenöz yoldan hidrate etme	3	4.7
Günlük yaşam aktivitelerini uygulaması konusunda destekleme	3	4.7
Ağrı kontrolünü sağlama	2	3.1
Yorgunluğun nedenleri konusunda bilgilendirme	2	3.1
Yatak içi iki saate bir pozisyon verme	2	3.1
Aldığı çıkardığı takibi yapma	1	1.6
Yeterli uyumasını sağlama	1	1.6

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.2’de ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda kardiyovasküler sistemde görülebilen “lenf ödemi”, “derin ven trombozu” ve “asit birikimi” ve “yorgunluk” semptomlarına yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. “Lenf ödemi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 77.1’i hastaya bacak elevasyonu uyguladıklarını, % 64.6’sı, hastanın varis çorabı giymesini sağladıklarını ve % 29.2’si hastanın sık mobilize olmasını sağladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın kilosunu takip ettikleri (% 2.1), hastaya yatak istirahati uyguladıkları (% 2.1) ve hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri (% 2.1) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 6.3’ü bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Derin ven trombozu” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 67.4’si doktor istemine göre antitrombolitik tedavi uyguladıklarını, % 55.8’i hastanın mobilizasyonunu kısıtladıklarını ve % 46,5’i hastanın varis çorabı giymesini sağladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın

vital bulgularını sık takip ettikler (% 4.7), doktor istemine göre oksijen tedavisi uyguladıkları (% 4.7) ve hastanın labaratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri (%4.7) belirlenmiştir.

“Asit birikimi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 64.9’u parasentez uygulamasında doktoru ekarte ettiklerini, % 26.3’ü hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettiklerini ve % 19.3’ü hastanın vital bulguları sık takip ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastaya cilt bakımı yaptıkları (% 1.8), doktor istemine göre hastaya antiemetik uyguladıkları (% 1.8) ve hastayı bası ülseri açısından değerlendirdikleri (% 1.8) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 12.3’ü bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Yorgunluk” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 89.1’i hastaya yatak istirahati uyguladıklarını, % 29.7’si diyetisyen ile işbirliği yaptıklarını ve % 12.5’i hastasında yorgunluk nedenlerini sorguladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın yeterli uyumasını sağladıkları (% 1.6), hastaya aldığı çıkardığı takibi yaptıkları (% 1.6) ve yatak içi iki saate bir pozisyon verdikleri (% 1.6) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2.3. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Gastrointestinal Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Gastrointestinal Sistem		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Mukozit (n=37)*		
Sodyumbikarbonat ile ağız bakımı yapma	35	94.6
Doktor istemine göre medikal tedavisini uygulama	9	24.3
Ağız içi bakım konusunda bilgilendirme	9	24.3
Diyetisyen ile işbirliği yapma	1	2.7
Labaratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	1	2.7
Barsak Obstrüksiyonu (n=47)*		
Oral sıvı alımı ve beslenmesini yasaklama	39	83.0
Hastayı hidrate etme	27	57.4
Nazogastrik sonda uygulama sonrasında çıkardığı sıvının takibini (renk, içerik, miktarı) yapma	8	17.0
Aldığı çıkardığını takip etme	7	14.9
Laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	4	8.5
Doktor istemine göre total parantral nütrüsyon uygulama	3	6.4
Gaita sıklığını takip etme	3	6.4
Doktor istemine göre laksatif uygulamasını yapma	3	6.4
Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlama	2	4.3
Hastanın sık mobilize olmasını sağlama	1	2.1
Doktor istemine göre ağız içi bakıma yönelik medikal tedavisini uygulama	1	2.1
Barsak seslerini dinleme ve değerlendirme	1	2.1
Doktor istemine göre antiemetik uygulama	1	2.1
Konstipasyon (n=62)*		
Doktor istemine göre laksatif uygulama	56	90.3
Hastayı hidrate etme	27	41.5
Hastanın sık mobilize olmasını sağlama	14	22.6
Gaita sıklığını takip etme	12	19.4
Diyetisyenle işbirliği yapma	12	19.4
Beslenme eğitimi yapma	4	6.5
Tuvalet eğitimi yapma	1	1.6
Barsak seslerini dinleme ve değerlendirme	1	1.6
Diyare (n=56)*		
Hastayı hidrate etme	27	48.2
Doktor istemine göre medikal tedavisini uygulama	17	30.4
Gaita sıklığını takip etme	15	26.8
Diyetisyenle işbirliği yapma	11	19.6
Doktor istemine göre gaita tetkiki alma	8	14.3
Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlama	5	8.9
Aldığı çıkardığı takibi yapma	4	7.1
Beslenme eğitimi verme	2	3.6
Santral venöz basınç ölçümü yapma	1	1.8

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.3. (Devam) Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Gastrointestinal Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Gastrointestinal Sistem		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Bulantı-Kusma (n=64)*		
Doktor istemine göre antiemetik uygulama	64	100.0
Hastayı hidrate etme	12	18.8
Beslenme eğitimi verme	2	3.1
Diyetisyenle işbirliği yapma	6	9.4
Nedenini sorgulama	2	3.1
Odanın havalanmasını sağlama	6	9.4
Hastayı nedenleri konusunda bilgilendirme	3	4.7
Bulantısını azaltacak tuzlu kraker gibi besin tüketmesini sağlama	3	4.7
Solunum yolu açıklığının sürdürülmesini sağlama	2	3.1
Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlama	2	3.1
Aldığı çıkardığı takibi yapma	2	3.1
İştahsızlık (n=62)*		
Diyetisyen ile işbirliği yapma	48	77.4
Sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yapma	21	33.9
Doktor istemine göre total parenteral beslenme uygulama	12	19.4
Hastayı intravenöz yoldan hidrate etme	8	12.9
Enteral yüksek kalorili beslenme sağlama	7	11.3
Beslenme eğitimi verme	5	8.1
Nedenini sorgulama	5	8.1
Doktor istemine göre antiemetik uygulama	2	3.2
Kilo takibi yapma	1	1.6
Kaşeksi (n=47)*		
Doktor istemine göre total parenteral beslenme uygulama	39	83.0
Diyetisyen ile işbirliği yapma	27	57.4
Enteral yüksek kalorili beslenme sağlama	10	21.3
Hastayı intravenöz yoldan hidrate etme	7	14.9
Sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yapma	3	6.4
Kilo takibi yapma	3	6.4
Beslenme eğitimi verme	1	2.1
Dehidratasyon (n=50)*		
Hastayı hidrate etme	49	98.0
Aldığı çıkardığı takibi yapma	33	66.0
Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlama	4	8.0
Vital bulguları sık takip etme	4	8.0
Laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	3	6.0
Diyetisyen ile işbirliği yapma	1	2.0
Nemlendirici ile vücut bakımı yapma	1	2.0
Deri turgorunu değerlendirme	1	2.0
Tat Değişikliği (n=31)*		
Ağız bakımı uygulama	16	51.6
Sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yapma	3	9.7
Beslenme eğitimi verme	3	9.7
Diyetisyen ile işbirliği yapma	2	6.5
Hasta için uygunsa naneli meyveli şeker yemesini sağlama	1	3.2
Tat değişikliği nedenini sorgulama	1	3.2

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.3'te ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda gastrointestinal sistemde görülebilen “mukozit”, “barsak obstrüksiyonu”, “konstipasyon”, “diyare”, “bulantı-kusma”, “iştahsızlık”, “kaşeksi”, “dehidratasyon” ve “tat değişikliği” semptomlarına yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. “Mukozit” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 94.6 'sı sodyumbikarbonat ile ağız bakımı yapma yaptıklarını, % 24.3'ü doktor istemine göre medikal tedavisini uyguladıklarını ve % 24.3'ü hastayı ağız içi bakım konusunda bilgilendirdiğini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın labaratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri (% 2.7) ve diyetisyen ile işbirliği yaptıkları (% 2.7) belirlenmiştir.

“Barsak obstrüksiyonu” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 83.0'ı hastanın oral sıvı alımı ve beslenmesini yasakladıklarını, % 57.4'ü hastayı hidrate ettiklerini ve % 17.0'si hastaya nazogastirik sonda uyguladıklarını, sonrasında çıkardığı sıvının takibini (renk, içerik, miktarı) yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda doktor istemine göre hastaya antiemetik uyguladıkları (% 2.1), hastanın barsak seslerini dinledikleri ve değerlendirdikleri (% 2.1) ve doktor istemine göre ağız içi bakıma yönelik medikal tedavisini uyguladıkları (% 2.1) belirlenmiştir.

“Konstipasyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 90.3'ü doktor istemine göre laksatif uyguladıklarını, % 41.5'i hastayı hidrate ettiklerini ve % 24.2'si hastanın sık mobilize olmasını sağladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın barsak seslerini dinledikleri ve değerlendirdikleri (% 1.6), hastaya tuvalet eğitimi (% 1.6) ve beslenme eğitimi yaptıkları (% 6.5) belirlenmiştir.

“Diyare” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 48.2'si hastayı hidrate ettiklerini, % 30.4'ü hastanın gaita sıklığını takip ettiklerini ve % 26.8'i doktor istemine göre medikal tedavisini uyguladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın santral venöz basıncını ölçtükleri (% 1.8), hastaya beslenme eğitimi verdikleri (% 3.6) ve hastanın aldığı çıkardığı takibini yaptıkları (% 7.1) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 5.4'ü bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Bulantı-kusma” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin tamamı doktor istemine göre antiemetik uyguladıklarını, % 18.0’i hastayı hidrate ettiklerini ve % 3.1’i hastaya beslenme eğitimi verdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastaya aldığı çıkardığı takibi yaptıkları (% 3.1), hastanın sıvı elektrolit dengesinin (% 3.1) ve solunum yolu açıklığının sürdürülmesini sağladıkları (% 3.1) belirlenmiştir.

“İştahsızlık” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 77.4’ü diyetisyen ile işbirliği yaptıklarını, % 33.9’u sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yaptıklarını ve % 19.4’ü doktor istemine göre total parenteral beslenme uygulama uyguladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastaya kilo takibi yaptıkları (% 1.6), doktor istemine göre antiemetik uyguladıkları (% 3.2) ve iştahsızlığın nedenini sorguladıkları (% 8.1) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 3.2’si bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Kaşeksi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 83.0’ı doktor istemine göre total parenteral beslenme uyguladıklarını, % 57.4’ü diyetisyen ile işbirliği yaptıklarını ve % 21.3’ü hastanın enteral yüksek kalorili beslenmesini sağladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastaya beslenme eğitimi verdikleri (% 2.1), kilo takibi yaptıkları (% 6.4) ve hastanın sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yaptıkları (% 6.4) belirlenmiştir.

“Dehidratasyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98,0’ı hastayı hidrate ettiklerini, % 66,0’ı hastaya aldığı çıkardığı takibi yaptıklarını ve % 8,0’i hastanın sıvı elektrolit değerinin sürdürülmesini sağladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın deri turgorunu değerlendirdikleri (% 2.0), nemlendirici ile vücut bakımı yaptıkları (% 2.0) ve diyetisyen ile işbirliği yaptıkları (% 2.0) belirlenmiştir.

“Tat değişikliği” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98,0’ı hastaya ağız bakımı uyguladıklarını, % 51.6’sı sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yaptıklarını ve % 9.7’si hastaya beslenme eğitimi verdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastada tat

değişikliğinin nedenini sorguladıkları (% 3.2), hasta için uygunsa naneli meyveli şeker yemesini sağladıkları (% 3.2) ve diyetisyen ile işbirliği yaptıkları (% 6.5) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 22.6'sı bu semptomla yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

Tablo 4.2.2.4. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Üro-Genital Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Üro-Genital Sistem		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Vajinal Kanama (n=63)*		
Kanama pet takibi yapma	63	100.0
Laboratuar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	25	39.7
Vital bulguları sık takip etme	7	11.1
Doktor istemine göre kan tranfüzyonu uygulama	3	4.8
Hastayı hidrate etme	2	3.2
Perine hijyeninin sürdürülmesini sağlama	1	1.6
Rektovajinal Fistül (n=20)*		
Perine hijyeni konusunda eğitim verme	7	35.0
Perine hijyeninin sürdürülmesini sağlama	4	20.0
Asepsiye uygun bakım verme	3	15.0
Vital bulguları sık takip etme	3	15.0
Enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemlleme	3	15.0
Diyetisyen ile işbirliği yapma	1	5.0
Vezikovajinal Fistül (n=18)*		
Perine hijyeni konusunda eğitim verme	7	38.9
Enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemlleme	4	22.2
Asepsiye uygun bakım verme	3	16.7
Perine hijyeninin sürdürülmesini sağlama	3	16.7
Üriner Obstrüksiyon (n=25)*		
Aldığı çıkardığı takibi yapma	19	76.0
Mesane egzersizi yaptırma	3	12.0
Sıvı kısıtlaması yapma	3	12.0
İdrar sondası uygulama	2	8.0
Laboratuar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	1	4.0
Santral venöz basınç takibi yapma	1	4.0
Vital bulguları sık takip etme	1	4.0
Menopozal Semptomlar (n=33)*		
Psikiyatri ile işbirliği yapma	3	9.1
Menopoz kliniğine yönlendirme	2	6.1
Psikiyatri ile işbirliği yapma	1	3.0
Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlama	1	3.0
Doktor istemine göre medikal tedavisini uygulama	1	3.0
Çevrede hastayı rahatlatıcı uygulamalar yapma	1	3.0
Hastanın dikkatini başka yöne çekmeye çalışma	1	3.0

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.4’te ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda üro-genital sistemde görülebilen “vajinal kanama”, “rektovajinal fistül” ve “vezikovajinal fistül”, “üriner obstrüksiyon” ve “menopozal semptomlar” a yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. “Vajinal kanama” semptomu ile karşılaşan ebe

ve hemşirelerin tamamı hastaya kanama pet takibi yaptıklarını, % 39.7'si hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettiklerini ve % 11.1'i hastanın vital bulguları sık takip ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın perine hijyeninin sürdürülmesini sağladıkları (% 1.6), hastayı hidrate ettikleri (% 3.2) ve doktor istemine göre kan tranfüzyonu uyguladıkları (% 4.8) belirlenmiştir.

“Rektovajinal fistül” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 35'i hastaya perine hijyeni konusunda eğitim verdiklerini, % 20'si hastanın perine hijyeninin sürdürülmesini sağladıklarını ve % 15'i aseptiye uygun bakım verdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda diyetisyen ile işbirliği yaptıkları (% 5.0), hastada enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemledikleri (% 15.0) ve hastanın vital bulgularını sık takip ettikleri (% 15.0) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin %30'u bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Vezikovajinal fistül” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 38.9'u hastaya perine hijyeni konusunda eğitim verdiklerini ve % 22.2'si hastada enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda aseptiye uygun bakım verdikleri (% 16.7) ve hastanın perine hijyeninin sürdürülmesini sağladıkları (% 16.7) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 27.8'i bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Üriner obstrüksiyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 76.0'ı aldığı çıkardığı takibi yaptıklarını, % 12.0'ı hastaya mesane egzersizi yaptırdıklarını ve % 12.0'ı hastaya sıvı kısıtlaması yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın vital bulgularını sık takip ettikleri (% 4.0), hastaya santral venöz basınç takibi yaptıkları (% 4.0) ve hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri (% 4.0) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 16'sı bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.“

“Menopozal semptomlar” ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 15.2'si hastayı menopoz konusunda bilgilendirdiklerini, % 12.1'i hastanın vital bulgularını sık takip ettiklerini ve % 9.1'i psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve

hemşirelerin çok az oranlarda hastanın dikkatini başka yöne çekmeye çalıştıkları (% 3.0), çevrede hastayı rahatlatacak uygulamalar yaptıkları (% 3.0) ve doktor istemine göre hastanın medikal tedavisini uyguladıkları (% 3.0) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 69.7'u bu semptomu yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır. Tablo da yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen başka bir bulguya göre hiç (% 49.2) cevabını veren ebe ve hemşirelerin % 75.0'i hastalarında bu semptomu sorgulamadıklarını ve hastalarının da bu semptomu yaşadıklarını ifade etmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.2.5. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Hematolojik Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Hematolojik Sistem		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Kanama (n=33)*		
Laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	21	63.6
Kanama belirtilerini takip etme	16	48.5
Doktor istemine göre kan tranfüzyonu uygulama	8	24.2
Vital bulguları sık takip etme	8	24.2
Doktor istemine göre medikal tedavisini uygulama	4	12.1
Hastayı hidrate etme	3	9.1
Aldığı çıkardığı takibi yapma	1	3.0
Anemi (n=65)*		
Doktor istemine göre kan tranfüzyonu uygulama	61	93.8
Laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	36	55.4
Asepsiye uygun bakım verme	25	49.0
Doktor istemi oral anemi tedavisini uygulama	19	29.2
Beslenme konusunda eğitim verme	6	9.2
Lökopeni (n=51)*		
Enfeksiyondan korunma konusunda eğitim verme	21	41.2
Laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	20	39.2
Diyetisyen ile işbirliği yapma	13	25.5
Hastayı izole etme	12	23.5
Doktor istemi medikal tedavisini uygulama	8	15.7
Ziyaretçi kısıtlaması yapma	8	15.7
İnvaziv işlemlerden kaçınma	2	3.9
Vital bulguları sık takip etme	2	3.9
Hasta yakınlarına, enfeksiyondan hastalarını koruma konusunda eğitim verme	1	2.0
Trombositopeni (n=53)*		
Doktor istemine göre trombosit süspansiyonu uygulama	28	52.8
Laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip etme	21	39.6
Travmadan koruma	17	32.1
Cildin ekimoz vs değerlendirme	14	26.4
İnvaziv işlemlerden kaçınma	8	15.1
Hastayı trombositopeni konuda bilgilendirme	5	9.4
Kanama takibi yapma	5	9.4
Hastayı izole etme	2	3.8

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.5'te ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda hematolojik sistemde görülebilen “kanama”, “anemi”, “lökopeni” ve “trombositopeni” semptomuna yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. “Kanama” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 63.6'sı hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettiklerini, % 48.5'i kanama belirtilerini takip ettiklerini ve % 24.2'si doktor istemine göre kan tranfüzyonu uyguladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastaya aldığı çıkardığı takibi yaptıkları (% 3.0), hastayı hidrate ettikleri (% 9.1) ve doktor istemine göre hastanın medikal tedavisini uyguladıkları (% 12.1) belirlenmiştir.

“Anemi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 93.8'i doktor istemine göre kan tranfüzyonu uyguladıklarını, % 55.4'ü hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettiklerini ve % 49.0'ı hastaya asepsiye uygun bakım verdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastaya beslenme konusunda eğitim verdikleri (% 9.2) ve doktor istemi oral anemi tedavisini uyguladıkları (% 29.2) belirlenmiştir.

“Lökopeni” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 49.0'ı asepsiye uygun bakım verdiklerini, % 41.2'si hastaya enfeksiyondan korunma konusunda eğitim verdiklerini ve % 29.2'si hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hasta yakınlarına, enfeksiyondan hastalarını koruma konusunda eğitim verdikleri (% 2.0), invaziv işlemlerden kaçındıkları (% 3.9) ve hastanın vital bulgularını sık takip ettikleri (% 3.9) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 3.9'u bu semptomla yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Trombositopeni” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 52.8'si doktor istemine göre trombosit süspansiyonu uyguladıklarını, % 39.6'sı hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettiklerini ve % 32.1'si hastayı travmadan koruduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastayı izole ettikleri (% 3.8), hastaya kanama takibi yaptıkları (% 9.4) ve hastayı trombositopeni konusunda bilgilendirdikleri (% 9.4) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2.6. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Nörolojik Sistemde Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Nörolojik Sistem		
Hemşirelik Girişimleri	Sayı	%
Deliryum (n=26)*		
Psikiyatri ile işbirliği yapma	16	61.5
Doktor istemine göre medikal tedaviyi uygulama	13	50.0
Hastaya kısıtlama uygulama	3	11.5
Psikolog ile işbirliği yapma	2	7.7
Nedenini sorgulama	1	3.8
Çevresel uyarınları azaltma	1	3.8
Hastanın oryantasyonu ve kooperasyonu değerlendirme	1	3.8
Hasta kısıtlanmış ise en erken dönemde kısıtlamayı kaldırmaya çalışma	1	3.8
Uykusuzluk (n=63)*		
Psikiyatri ile işbirliği yapma	18	28.6
Psikolog ile işbirliği yapma	17	27.0
Tedavi ve takipleri uyku düzenine göre planlama	17	27.0
Çevresel uyarınları azaltmaya çalışma	10	15.9
Doktor istemine göre medikal tedavisini uygulama	5	7.9
Uykusuzluğun nedenini değerlendirme	3	4.8
Yatağa yatmadan kısa süre önce ılık süt vs tüketmesini sağlama	2	3.2
Ağrı (n=65)*		
Doktor istemine göre analjezik uygulama	64	98.5
Ağrı skalası ile ağrı değerlendirmesi yapma	44	67.7
Analjezik sonrası ağrı değerlendirmesi yapma	30	46.2
Algoloji doktoru ile işbirliği yapma	6	9.2
Nedenini sorgulama	5	7.7
Hastanın rahat edeceği pozisyonda yapmasını sağlama	3	4.6
Ağrı nedenlerine yönelik bilgilendirme yapma	2	3.1
Vital bulguları sık takip etme	1	1.5
Ağrıyı azaltan ve arttıran yöntemleri belirleme	1	1.5
Non farmakolojik ağrı yöntemleri kullanma (hayal kurma, nefes alma vs)	1	1.5

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.6’da ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda nörolojik sistemde görülebilen “deliryum”, “uykusuzluk” ve “ağrı” semptomlarına yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. “Deliryum” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 61.5’i psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını, % 50.0’ı doktor istemine göre medikal tedaviyi uyguladıklarını ve % 11.5’i hastaya kısıtlama uyguladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hasta kısıtlanmış ise en erken dönemde kısıtlamayı kaldırmaya çalıştıkları (% 3.8), hastanın oryantasyonu ve kooperasyonu değerlendirdikleri (% 3.8) ve çevresel uyaranları azalttıkları (% 3.8) belirlenmiştir.

“Uykusuzluk” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 28.6’sı psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını, % 27.0’ı psikolog ile işbirliği yaptıklarını ve % 27.0’ı tedavi ve takipleri hastanın uyku düzenine göre planladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın yatağa yatmadan kısa süre önce ılık süt vs. tüketmesini sağladıkları (% 3.2), uykusuzluğun nedenini değerlendirdikleri (% 4.8) ve doktor istemine göre hastanın medikal tedavisini uyguladıkları (% 7.9) belirlenmiştir. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin % 22.2’si bu semptomla yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır.

“Ağrı” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98.5’i doktor istemine göre analjezik uyguladıklarını, % 67.7’si hastanın ağrısını ağrı skalası ile değerlendirdiklerini ve % 46.2’si analjezik sonrası ağrı değerlendirmesi yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda non farmakolojik ağrı yöntemleri kullandıkları (% 1.5), ağrıyı azaltan ve arttıran yöntemleri belirledikleri (% 1.5) ve hastanın vital bulgularını sık takip ettikleri (% 1.5) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2.7. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Ciltte Görülebilen Ciltte Kuruma Semptomuna Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Cilt		
Hemşirelik Girişimleri***	Sayı	%**
Ciltte Kuruma (n=57)*		
Nemlendirici uygulama	54	94.7
Genel vücut bakımı verme	7	12.3
Yatak içi iki saate bir pozisyon verme	4	7.0
Dermatolog ile işbirliği yapma	3	5.3
Hastayı hidrate etme	2	3.5
Soğuk uygulama yapma	1	1.8
Bası ülseri açısından değerlendirme yapma	1	1.8
Güneşten korunma konusunda bilgilendirme	1	1.8

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdeler “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.7’de ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda ciltte görülebilen “ciltte kuruma” semptomuna yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. “Ciltte kuruma” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 94.7’si hastaya nemlendirici uyguladıklarını, % 12.3’ü hastaya genel vücut bakımı verdiklerini ve % 7.0’ı hastaya yatak içi iki saate bir pozisyon verdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastayı güneşten korunma konusunda bilgilendirdikleri (% 1.8), bası ülseri açısından değerlendirdikleri (% 1.5) ve hastaya soğuk uygulama yaptıkları (% 1.5) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2.8. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Psikososyal Durumunda Görülebilen Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Hemşirelik Girişimleri***	Psikososyal Durum	
	Sayı	%**
Anksiyete (n=64)*		
Psikolog ile işbirliği yapma	54	84.4
Hasta ile terapotik iletişime girme	45	70.3
Psikiyatri ile işbirliği yapma	37	57.8
Aile ile işbirliği yapma	7	10.9
Bilgi eksikliğini giderme	7	10.9
Hastayı ve yakınlarını bakıma dahil etme	2	3.1
Hastanın baş etme yöntemleri belirler ve uygulaması sağlama	1	1.6
Çevresel uyaranları en aza indirmeye çalışma	1	1.6
Ölüm Anksiyetesi (n=55)*		
Psikolog ile işbirliği yapma	49	89.1
Hasta ile terapotik iletişime girme	38	69.1
Psikiyatri ile işbirliği yapma	35	63.6
Aile ile işbirliği yapma	8	14.5
Bilgi eksikliğini giderme	6	10.9
Hastayı ve yakınlarını bakıma dahil etme	2	3.6
Hastanın bireysel baş etme yöntemleri belirleme ve uygulaması sağlama	1	1.8
Öfke (n=52)*		
Psikolog ile işbirliği yapma	43	82.7
Hasta ile terapotik iletişime girme	37	71.2
Psikiyatri ile işbirliği yapma	35	68.6
Bilgi eksikliğini giderme	10	19.2
Aile ile işbirliği yapma	8	15.4
Hastayı ve yakınlarını bakıma dahil etme	2	3.8
Inkar (n=38)*		
Psikolog ile işbirliği yapma	30	78.9
Psikiyatri ile işbirliği yapma	27	71.1
Hasta ile terapotik iletişime girme	23	60.5
Aile ile işbirliği yapma	7	18.4
Bilgi eksikliğini giderme	5	13.2
Hastayı ve yakınlarını bakıma dahil etme	2	5.3
Depresyon (n=63)*		
Psikolog ile işbirliği yapma	53	84.1
Hasta ile terapotik iletişime girme	42	66.7
Psikiyatri ile işbirliği yapma	40	63.5
Bilgi eksikliğini giderme	9	14.3
Aile ile işbirliği yapma	8	12.7
Doktor istemine göre medikal tedavisini uygulama	6	9.5
Hastayı ve yakınlarını bakıma dahil etme	2	3.2
Hastanın baş etme yöntemlerini belirler ve uygulamasını sağlama	1	1.6

*Semptom ile “nadiren” ve “sıklıkla” karşılaştıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin sayısıdır.

** Ebe ve hemşireler birden fazla yanıt verdikleri için yüzdelere “n”e göre alınmıştır.

Tablo 4.2.2.8’de ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda psikososyal durumda görülebilen “anksiyete”, “ölüm anksiyetesi”, “inkar”, “öfke” ve “depresyon” semptomlarına yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri yer almaktadır. “Anksiyete” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 84.4’ü psikolog ile işbirliği yaptıklarını, % 70.3’ü hasta ile terapotik iletişime girdiklerini ve % 57.8’i psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda çevresel uyaranları en aza indirmeye çalıştıkları (% 1.6), hastanın baş etme yöntemlerini belirledikleri ve uygulamasını sağladıkları (% 1.6) ve hastayı ve yakınlarını bakıma dahil ettikleri (% 3.1) belirlenmiştir.

“Ölüm anksiyetesi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 89.1’i psikolog ile işbirliği yaptıklarını, % 69.1’i hasta ile terapotik iletişime girdiklerini ve % 63.6’sı psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın bireysel baş etme yöntemlerini belirledikleri ve uygulamasını sağladıkları (% 1.8), hastayı ve yakınlarını bakıma dahil ettikleri (% 3.6) ve hastanın bilgi eksikliğini giderdikleri (% 10.9) belirlenmiştir.

“Öfke” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin %82.7’si psikolog ile işbirliği yaptıklarını, % 71.2’si hasta ile terapotik iletişime girdiklerini ve % 68.6’sı psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastayı ve yakınlarını bakıma dahil ettikleri (% 3.8), aile ile işbirliği yaptıkları (% 15.4) ve hastanın bilgi eksikliğini giderdikleri (% 19.2) belirlenmiştir.

“İnkar” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 78.9’u psikolog ile işbirliği yaptıklarını, % 71.1’i psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını ve % 60.5’i hasta ile terapotik iletişime girdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastayı ve yakınlarını bakıma dahil ettikleri (% 5.3), hastanın bilgi eksikliğini giderdikleri (%1 3.2) ve aile ile işbirliği yaptıkları (% 18.4) belirlenmiştir.

“Depresyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 84.1’i psikolog ile işbirliği yaptıklarını, % 66.7’si hasta ile terapotik iletişime girdiklerini ve % 63.5’i psikiyatri ile işbirliği yaptıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin çok az oranlarda hastanın baş etme yöntemlerini belirledikleri ve uygulamasını sağladıkları (% 1.6), hastayı ve yakınlarını bakıma dahil ettikleri (% 3.2) ve doktor istemine göre hastanın medikal tedavisini uyguladıkları (% 9.5) belirlenmiştir.

Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin cinsel yaşamda görülebilen “cinsel isteksizlik”, “cinsel doyumsuzluk” ve “cinsel fonksiyon bozukluğu” semptomlarına yönelik yaptıkları hemşirelik girişimleri belirlenmiştir. “Cinsel isteksizlik” (n=8) semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 12.5’i hastayı eşi ile beraber değerlendirdiklerini ve % 12.5 hastayı psikologa yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin % 75.0’ı “cinsel isteksizlik”, tamamı “cinsel doyumsuzluk” ve “cinsel fonksiyon bozukluğu” semptomlarına yönelik bir hemşirelik girişimi yapmamaktadır. Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen başka bir bulguya göre “cinsel isteksizlik” (% 87.7), “cinsel fonksiyon bozukluğu” (% 89.3) ve “cinsel doyumsuzluk” (% 92.3) semptomları ile “hiç karşılaşmıyorum” cevabını veren ebe ve hemşirelerin tamamı hastalarında bu semptomu sorgulamadıklarını ve hastalarının da bu semptomu yaşadıklarını ifade etmediklerini belirtmişlerdir.

Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre bir hemşire sosyal izolasyon ve güçsüzlük semptomunu hastalarında nadiren gözlemlediğini belirtmiştir. Sosyal izolasyona yönelik bir hemşirelik girişimi yapmadığını belirtmiştir. “Güçsüzlük” semptomu ile karşılaşan hemşire güçsüzlüğün nedenini sorguladığını ve nedenine yönelik bakım sağladığını, hastanın bireysel baş etme yöntemleri belirlediğini ve uygulamasını sağladığını, yakınlarından destek alması sağladığını ve hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettiğini belirtmiştir.

4.3. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Tablo 4.3.1. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimlerini Uygulama Durumuna Göre Dağılımı (n=65)

Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri	Uygulama Durumu					
	Evet		Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Hasta yakınlarının yaşam kalitesini geliştirici girişimlerde bulunma	20	30.8	23	35.4	22	33.8
Hasta ve yakınlarını, hastalığın ve tedavinin seyri hakkında bilgilendirme	14	21.5	28	43.1	23	35.4
Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma	4	6.2	13	20.0	48	73.8
Yaklaşan ölümü fark etme	62	95.4	3	4.6	0	0.0
Hasta ve ailesini yaklaşımda olan ölüme hazırlama	10	15.4	11	16.9	44	67.7
Hastanın spirutual gereksinimlerine, kültürel değerlerine duyarlı olma	47	72.3	18	27.7	0	0.0
Yaşam sonu bakım uygulamalarında etik ilkelere dikkat etme	65	100	0	0.0	0	0.0
Etik ikilem yaşanması durumunda hastanenin hangi biriminden yardım alacağını bilme	26	40	10	15.4	29	44.6
Aileyi ölüm sonrası yas sürecinde destekleme	31	47.7	13	20.0	21	32.3

Tablo 4.3.1’de ebe ve hemşirelerin palyatif bakıma yönelik hemşirelik girişimlerini uygulama durumunun dağılımı verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin tamamın yaşam sonu bakım uygulamalarında etik ilkelere dikkat ettiklerini, % 43.1’i hasta ve yakınlarını, hastalığın ve tedavinin seyri hakkında kısmen bilgilendirdiklerini, % 73.8’inin hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşmadıklarını belirtmiştir.

Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerden “hasta yakınlarının yaşam kalitesini geliştirici girişimlerde bulunma” hemşirelik girişimine “evet” yanıtını verenlerin % 70’i hasta ve yakınlarını bakıma dahil ettiklerini ; “kısmen” yanıtını verenlerin % 52.2’si bilgi eksikliklerini giderdiklerini ve “hayır” yanıtını veren ebe ve hemşirelerin % 72,7’si hemşirelik girişimini uygulamama nedeni olarak hasta yakınlarına bakım uygulamaya fırsat

bulamadıklarını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerden “hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirme” hemşirelik girişimine “evet” yanıtı verenlerin % 50’si ekip ile işbirliği içinde bilgilendirdiklerini ; “kısmen” yanıtı verenlerin % 82.1’i hemşirelik girişimleri konusunda bilgilendirdiklerini ve “hayır” yanıtı verenlerin tamamı hemşirelik girişimini uygulamama nedeni olarak hasta ve yakınlarını doktora yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerden “hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma” hemşirelik girişimine “evet” ve “kısmen” yanıtı verenlerin tamamı bu konuda konuşmak istedikleri zaman iletişimi açık tuttıklarını ve onlarla konuştuklarını; “hayır” yanıtı verenlerin % 85.4’ü hemşirelik girişimini uygulamama nedeni olarak ölüm konusunda konuşmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Ek Tablo 1).

Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerden “yaşanan ölümü fark etme” hemşirelik girişimine “evet” yanıtı verenlerin % 75.8’i, “kısmen” yanıtı verenlerin % 50’si hastanın vital bulgularını daha sık takip ettiklerini belirtmişlerdir. Bu hemşirelik girişimini uygulama durumuna “hayır” yanıtı verilmemiştir. Ebe ve hemşirelerden “hasta ve ailesini yaklaştırmakta olan ölüme hazırlama” hemşirelik girişimine “evet” yanıtı verenlerin % 90’ı ve “kısmen” yanıtı verenlerin % 72.7’si terminal dönem hastaların aileleri ile ölümün yakın olduğu, hazırlıklı olmaları konusunda konuştuklarını; “hayır” yanıtı verenlerin % 88.6’sı hemşirelik girişimini uygulamama nedeni olarak ölüm konusunda konuşmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Ek Tablo 2).

Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerden “hastanın spirüel gereksinimlerine, kültürel değerlerine duyarlı olma” hemşirelik girişimine “evet” yanıtı verenlerin % 70.2’si, “kısmen” yanıtı verenlerin % 69.2’si hasta bakımını aksatmayacak ise duyarlı olduklarını belirtmişlerdir. Bu hemşirelik girişimini uygulama durumuna “hayır” yanıtı verilmemiştir. Ebe ve hemşirelerden “etik ikilem yaşanması durumunda hastanenin hangi biriminden yardım alacağımı bilme” hemşirelik girişimine “evet” yanıtı verenlerin % 34.6’sı hasta hakları biriminden ve/veya “klinik şefinden yardım aldıklarını; “kısmen” yanıtı verenlerin % 52.2’si başhemşirelikten yardım aldıklarını ve “hayır” yanıtı verenlerin tamamı hemşirelik girişimini uygulamama nedeni olarak daha önce karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerden

“aileyi ölüm sonrası yas sürecinde destekleme” hemşirelik girişimine “evet” yanıtını verenlerin % 71’i, “kısmen” yanıtını verenlerin % 76.9’u ailenin yanında olmaya çalıştıklarını ve “hayır” yanıtını verenlerin % 42.9’u hemşirelik girişimini uygulamama nedeni olarak ailenin ölüm sonrası kısa süre serviste kaldıkları için yardımcı olamadıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Ek Tablo 3).

Tablolarda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre ebe ve hemşirelerin tamamı yaşam sonu bakım alanlarında etik ilkelere dikkat ettiklerini ve etik ilkelere dikkat ederek bakım uyguladıklarını belirtmişlerdir.

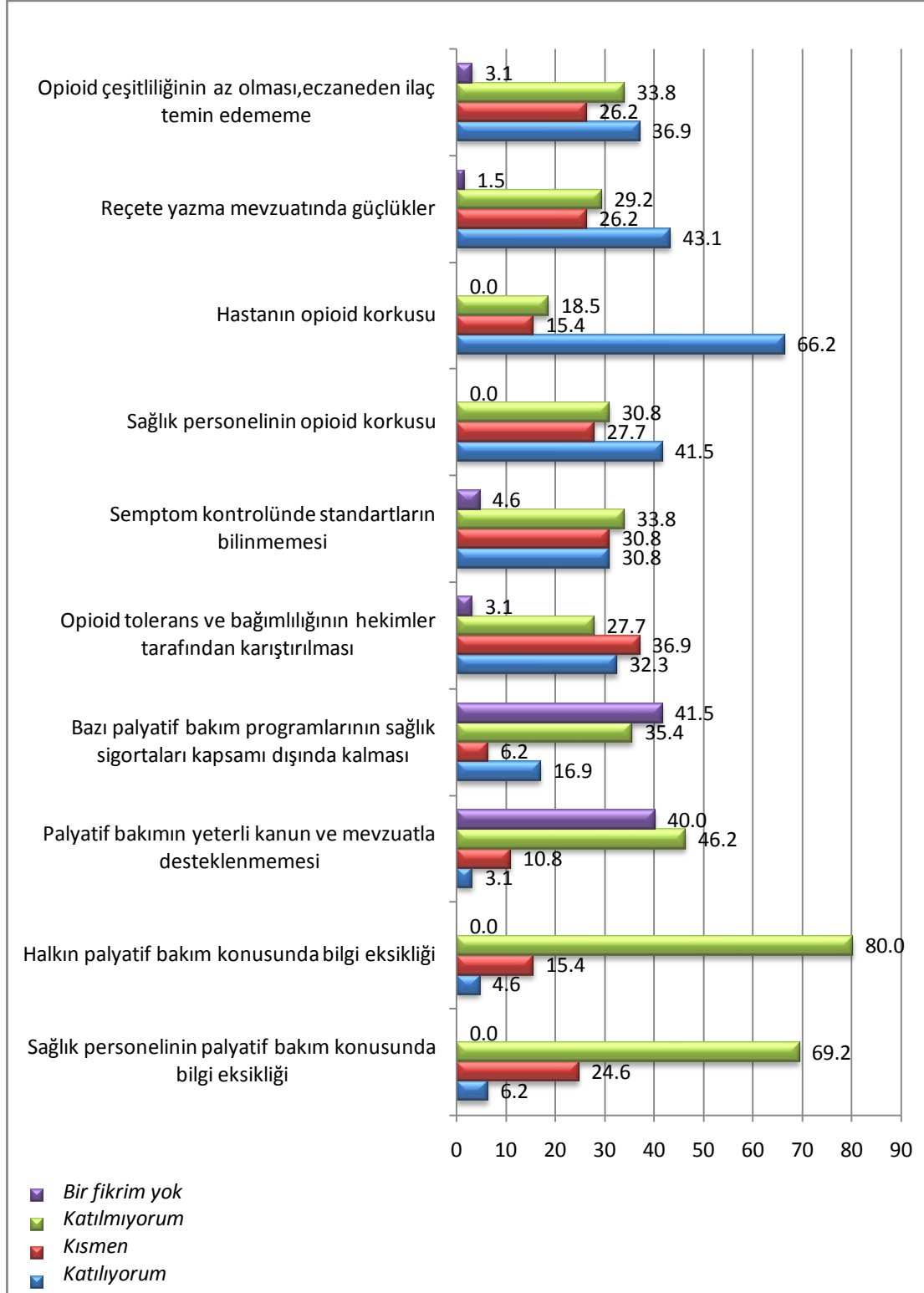
4.4. Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaştıkları Engeller

Tablo 4.4.1. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaştıkları Engellerin Yüzde Dağılımı (n=65)

PALYATİF BAKIM UYGULAMASINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER*	Katılıyor	Kısmen	Katılmıyorum	Bir Fikrim Yok
Doktor, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitimi eksiktir.	6.2	24.6	69.2	0.0
Halkın palyatif bakım konusunda bilgisi yetersizdir ve bu hastalar yeterince destek tedavisi talep etmemektedir.	4.6	15.4	80	0.0
Palyatif bakım yeterli kanun ve mevzuatla desteklenmemiştir.	3.1	10.8	46.2	40
Evde bakım gibi bazı palyatif bakım programları sağlık sigortalarının kapsamı dışında kalmaktadır.	16.9	6.2	35.4	41.5
Ağrı yönetiminde opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılır ve bağımlılık yan etkisi çok abartılır.	32.3	36.9	27.7	3.1
Semptom kontrolünde standartlar bilinmemektedir.	30.8	30.8	33.8	4.6
Sağlık personelinin opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar...) vardır.	41.5	27.7	30.8	0.0
Hastanın opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar...) vardır.	66.2	15.4	18.5	0.0
Kırmızı ve yeşil reçete ulaşılabilirliğinde ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler vardır.	43.1	26.2	29.2	1.5
Ağrı yönetiminde kullanılan opioidlerin çeşitliliği azdır ve eczanelerden temin edilmesindeki engeller vardır.	36.9	26.2	33.8	3.1

*Yüzde olarak belirtilmiştir.

Grafik 4.4.1. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Karşılaştıkları Engellerin Yüzde Dağılımı (n=65)



Tablo 4.4.1’de ve Grafik 4.4.1 ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamasında karşılaştıkları engellere yönelik dağılım yer almaktadır. Ebe ve hemşirelerin çoğunluğu “hastanın opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar...) vardır” (% 66.2) ifadesine katıldıklarını, “ağrı yönetiminde opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılır ve bağımlılık yan etkisi çok abartılır” (% 36.9) ifadesine kısmen katıldıklarını, “halkın palyatif bakım konusunda bilgisi yetersizdir ve bu hastalar yeterince destek tedavisi talep etmemektedir” (% 80) ifadesine katılmadıklarını ve “evde bakım gibi bazı palyatif bakım programları sağlık sigortalarının kapsamı dışında kalmaktadır” ifadesine yönelik bir fikirlere olmadığını belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Palyatif bakım, kanser ile mücadelenin en önemli yapıtaşlarından biridir (27,28,171). Dünya Sağlık Örgütü (2008) tüm ülkeler için palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesini öngörmektedir. Bu açıdan, gelir düzeyleri düşük olan gelişmemiş ülkelerin kanser konusunda bir palyatif bakım hizmet ağı kurması önerilmektedir (27,79). Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye’de ise palyatif bakım uzun yıllar göz ardı edilen bir konu olmuş ve ülkemizin kanser kontrol faaliyetlerinin en zayıf noktasını oluşturmuştur (167). Palyatif bakım gereksinimindeki artışa paralel olarak hemşirelerin, palyatif bakım hizmetlerini sağlamalarının önemi artmıştır (31). Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Projesi Payla-Türk ile hemşire temelli, toplum tabanlı bir proje gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (167).

Palyatif bakım geleneksel olarak sağlık personelinin eğitim ve çalışma programı kapsamında yer alan öncelikli konulardan birisi değildir (22,29). Palyatif bakım uygulamasında ki engellerden birisi sağlık personelinin örgün eğitiminde palyatif bakım eğitiminin eksik olmasıdır (23,25,167,183). Bu durum sağlık personelleri ile kanser hastaları ve aileleri arasındaki iletişimi, uygulamaları olumsuz etkilemiştir. Literatürde sağlık personelinin semptom yönetimi ve palyatif bakım becerileri konusunda eğitim ve bilgi eksikliği çalışmalarda vurgulanmaktadır (67,122,136,146,166). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin yarıdan fazlası (% 52.3) palyatif bakım konusunda bilgi almadıklarını ve % 76.9’u çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programında palyatif bakım konusunun yer almadığını belirtmişlerdir. Palyatif bakım konusunda bilgi aldığını ifade eden sağlık personelinin (% 47.7) bilgiyi hizmet içi eğitimlerden (% 71.1) aldıkları % 67.7’si aldıkları bilgiyi yeterli bulmadıkları; aldıkları bilginin içeriğinde ise çoğunlukla iletişim becerileri (% 96.8), ağrı yönetimi (% 96.8) ve semptom kontrolü (% 96.8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2; Tablo 4.1.3). Tabloda gösterilmeyen, ancak araştırmadan elde edilen bir bulguya göre, palyatif bakım konusunda aldıkları bilgiyi yeterli bulmayan (% 67.7) ebe ve hemşirelere başka hangi konularda eğitim almak istedikleri sorulmuş, ebe ve hemşirelerin tamamı palyatif bakım konularında (kötü haber verme, iletişim becerileri, palyatif bakımda etik ve yasal konular, ağrı yönetimi, semptom kontrolü, yas süreci ile baş etme gibi) daha kapsamlı bir eğitim

almak istediklerini belirtmişlerdir. Turgay'ın çalışmasında (2010) sağlık çalışanlarının çoğunluğunun palyatif bakım konusunda bilgi almadığı, bilgi alanların çoğunluğunun ise üniversite eğitimleri sırasında bilgi aldıkları belirtilmiş ve bunun nedeni olarak da araştırmaya katılan sağlık personelinin çoğunluğunun aynı üniversiteden mezun oldukları ve lisans eğitiminde palyatif bakım konusunun seçmeli bir ders olarak verilmesi gösterilmiştir(166). Lofmark ve arkadaşları (2007) hemşire ve doktorların palyatif bakım kavramına ilişkin karmaşa yaşadıklarını, hastalarının küratif tedaviden palyatif tedaviye geçişi konusunda karar veremediklerini ve bu durumu kabullenemediklerini belirtmişlerdir. Sağlık personeli arasında, hasta-aileleri ile iletişimde ve karar verme sürecinde belirsizlik olduğunu belirlemişler; özellikle yaşam sonu bakımda iletişim konusunda eğitime ihtiyaç olduğunu saptamışlardır (100). Amerika'da ise Ferrel ve arkadaşları (2010) tarafından son 10 yıla ait (2000- 2010) hemşirelikte palyatif bakım eğitimi verileri incelenerek yapılan çalışmada kanser hastaları ve ailelerinin hastalık süresince ciddi fiziksel, psikososyal belirtiler ile ruhsal endişeler taşıdıkları belirlenmiş ve bu nedenle onkoloji hemşirelerinin hasta ve ailelerine hak ettikleri bakımı sağlayabilmeleri için palyatif bakım alanında eğitilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır (68). Çalışmamızda da literatür ile benzer buldular elde edilmiş ve ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu duruma ebe ve hemşirelerin örgün eğitimlerinde ve hizmet içi eğitimlerinde palyatif bakım konusuna yer verilmemesi neden olabilir. Çalışmamız Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Programı'nda palyatif bakım bilincini geliştirilmesine yönelik öneriyi desteklemektedir. Bu program kapsamında palyatif bakım bilincini geliştirmek için üniversiteler, eğitim ve araştırma hastaneleri ve sivil toplum kuruluşları ile anlaşma yapılması, tıp fakülteleri, hemşirelik okulları ve ilgili meslek gruplarının lisans ve lisansüstü eğitim müfredatında palyatif bakım konusunun yer alması ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması önerilmektedir (67).

Kanserin ilerlemesi ya da kanser tedavisinin lokal ve sistemik etkileri, vücudun tüm sistemlerini güçlü bir biçimde etkileyebilmektedir (135). Hastalar tedavi sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile de fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde

yaşamaktadırlar (13,68,156,186). Çalışmamızda ebe ve hemşirelere bu semptomlar ile karşılaşma sıklıkları sorulmuştur. Ebe ve hemşireler jinekolojik onkoloji hastalarında en sık karşılaştıkları semptomları “ağrı” (% 100), “bulantı-kusma” (% 92.5), “yorgunluk” (% 86.2), “anemi” (% 70.8), “iştahsızlık” (% 61.5), “konstipasyon” (% 58.5) ve “uyku bozukluğu” (% 58.5) olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1.1). Kuru ve arkadaşlarının (2008) jinekolojik onkoloji hastaları ve aileleri ile iletişimde yaşanan zorlukları inceledikleri çalışmada hastaların belirgin günlük yakınmasının yorgunluk (% 40.6), ağrı ve bulantı-kusma (% 29.7) olduğu saptanmıştır (95). Walsh ve arkadaşlarının (2000) ileri evre kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada hastalarda sık görülen semptomları bulantı (% 90), dispne (% 90), yorgunluk (% 90), ağrı (% 80), kilo kaybı (% 80), iştahsızlık (% 80) ve anksiyete (% 25) olarak belirlemişlerdir (174). Jinekolojik kanser hastalarında semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri olan ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomlar da yoğun bir şekilde yaşanmaktadır (9,128). Wenzel ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hastaların tedavilerinin yan etkileri olarak, ağrı, bulantı kusma, anemi, yorgunluk, periferal nöropati, emosyonel distres ve seksüel disfonksiyon yaşadıkları belirlenmiştir (177). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin literatür ile uyumlu olarak, tanı ve tedavi sürecinde hastaların yaşadıkları benzer semptomlar ile karşılaştıkları belirlenmiştir.

Literatürde, jinekolojik kanser hastalarının yaşadıkları semptomların hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (36,128,133,158). Bu durum onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri içinde öncelikli bir konuyu oluşturmaktadır. Bu nedenle verilen bakımda bu semptomların azaltılması veya yok edilmesi esas alınmaktadır (13,68,156,186). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin solunum sisteminde (Tablo 4.2.2.1), kardiyovasküler sistemde (Tablo 4.2.2.2), gastrointestinal sistemde (Tablo 4.2.2.3), üro-genital sistemde (Tablo 4.2.2.4), hematolojik sistemde (Tablo 4.2.2.5), nörolojik sistemde (Tablo 4.2.2.6), ciltte (Tablo 4.2.2.7), psikososyal durumunda (Tablo 4.2.2.8) ve cinsel yaşam’da görülebilecek semptomlara yönelik hemşirelik girişimleri belirlenmiştir. Buna karşın hastalarında gözlemledikleri semptomlara yönelik yapmaları gereken ancak hiç

yapmadıkları hemşirelik uygulamaları da bulunmaktadır. Palyatif bakımın ilk amacı hastaların yaşadıkları ağrı ve diğer semptomların (dispne, lenf ödemi, konstipasyon, bulan-kusma, anemi, deliryum menepozal semptomlar gibi) kontrol altına alınmasıdır (117,182). Yapılan çalışmalar hastalık ilerlediğinde bakımın amacının yaşam süresini uzatmak yerine, yaşam kalitesini yükseltmeye dönüştürülmesi gerektiğini belirtmiş ve semptom kontrolünde palyatif bakımın önemi üzerinde durmuştur (8,36,158). Ayrıca tedavi sürecinde, semptom kontrolü sayesinde, hastaların yaşam kalitelerinin tedavi öncesine göre daha iyi olduğu ve tedavi sürecine uyum sağlayabildikleri belirlenmiştir (36,158). Ağrı jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesinin tüm boyutlarını etkileyen en rahatsız edici semptomdur (139). Metastaz olan hastaların % 50'sinden fazlasında ve ileri evredeki hastaların % 90'ından fazlasında ağrı olduğu tahmin edilmektedir (187). Çalışmamızda ebe ve hemşireler hastalarının tamamında sıklıkla gözlemledikleri semptomu “ağrı” olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1). Ağrı; tümör ve tümöre bağlı gelişen vücuttaki yapısal değişiklikler (% 62-78), tedaviler (% 19-25), kanserle ilişkili olmayan faktörler (% 3-10), hareketsizlik, inflamasyon, sinirlerin baskı altında kalması, etkilenen organa kan desteğinin azalması ya da engellenmesi nedeniyle görülebilmektedir (42,115). Metastaz olan hastaların % 50'sinden fazlasında ve ileri evredeki hastaların % 90'ından fazlasında ağrı olduğu tahmin edilmektedir (187). Pınar ve arkadaşları (2008) çalışmalarında jinekolojik kanserli hastalarda yaşanan sıkıntıların tek başına “ağrı”ya bağlı olmadığı ancak ağrı ile baş etmede güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (128). Ağrının azaltılmasındaki ilerlemelere karşın, kanser ağrısının, hastaların tamamında belirgin olarak yönetilememekte olduğu bildirilmektedir. Bu durum; hastaların fonksiyonel durumunda ve yaşam kalitesinde azalma, yorgunluğun artması (92), hastaların yaşamının her alanında bozucu ve zararlı etkiye sahip olması, uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulmasına neden olmaktadır (6). Palyatif bakımın temel unsuru olan “ağrı” kontrolünün olmaması verilen hizmetin kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir.

Kanser hastalarında sıklıkla görülen, çalışmamızda ise ebe ve hemşirelerin sıklıkla gözlemlediği diğer bir semptom “yorgunluk”tur. Kanser hastalarında yorgunluk % 70 – 100 oranında rapor edilmekte ve kemoterapi alan hastalarda bu oranın % 80-100 olduğu belirtilmektedir (89). Curt ve arkadaşları (2000) tarafından

kemoterapi alan 379 hastada yapılan çalışmada yorgunluğun % 76 sıklıkla en sık görülen yan etki olduğu; yaşam kalitesi üzerine etkisinin (% 60) diğer semptomlara göre (bulantı (% 22), depresyon (% 10), ağrı (% 6)) daha fazla etkili olduğu belirlenmiştir (43). Çalışmalar bu semptomun hastalar tarafından mevcut hastalığın doğal bir parçası olarak kabul ettiğini ve ifade edilmeyen yorgunluğun, kliniklerde de sağlık çalışanları tarafından çok fazla irdelenmediğini ve önemsenmediğini ve yeterli girişim yapılmadığını göstermektedir (69,151). Ebe ve hemşireler tarafından bu semptomun farkına varılması ve tanınması, verilecek olan hemşirelik girişiminin planlanması ve uygulanması açısından önemlidir.

Kanser hastalığı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel yaşamı üzerinde olumsuz yan etkilere sahiptir. Bu etkilerin derecesi jinekolojik kanserler de % 80 oranında olduğu belirtilmektedir (178). Cinsellik hemşirelik bakımının önemli bir parçası olarak bilinmesine karşın, hemşirelerin uygulamada bu konuyu ele almada güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (1,129). Magnan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında sağlık çalışanlarının yoğun çalışma şartları, zaman eksikliği, konuyu yeterince bilmemeleri, başka birilerinin işi olarak algılaması, cinsellik hakkında kişisel yanlış inanç-tutumları ve hastanın hazır olmaması gibi nedenlerle hastalarına cinsel sorunları karşısında yardımcı olamadıkları saptanmıştır (104). Zeng ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, hemşirelerin % 76.4'ü cinsellik konusunun özel bir konu olduğunu, % 77.9'u hastalar ile cinsellik konusunu konuşmak için yeterli zaman olmadığını ve % 70 hastaları ile bu konuyu konuşurken kendilerini rahat hissetmediklerini belirlemişlerdir (192). Haboubi ve Lincoln'ün (2003) çalışmasında sağlık çalışanlarının % 79'unun bireyin cinsel yaşamının önemli olduğu konusunda hemfikir oldukları ancak, sadece % 9'unun bireylerle cinsel konuları ele almada ve tartışmada kendilerini rahat hissettikleri, geri kalanın ise hastaya nasıl yaklaşılacağını bilmedikleri belirtilmiştir (80). Pınar (2010) çalışmasında hemşirelerin % 83.4'ünün hastalarında cinsel sorun yaşadıklarını belirttiğini ancak sadece % 25.2'si hastalarının bu konuda kendilerinden danışmanlık talep ettiklerini ve % 94.2'sinin cinsel sorunları rahat bir şekilde kendileri ile paylaşmadıklarını belirlemiştir (129). Çalışmamızda katılımcıların % 87.7'si cinsel isteksizlik, % 92.3'ü cinsel doyumsuzluk, % 89.3'ü cinsel fonksiyon bozukluğu semptomu ile hiç karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Bu semptomlar ile hiç karşılaşmadıklarını ifade

eden katılımcıların tamamı hastalarında bu semptomu sorgulamadıklarını ve hastaların da bu semptomu yaşadıklarını ifade etmediklerini belirtmişlerdir. Oysa ki sağlık ekibi içerisinde anahtar rol üstlenen hemşireler, kanser tanı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve cinsel sorunları bulunan bireylere yardım etmede önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Jinekolojik kanserli kadınlar ya tanı almadan önce ya da tanı sonrası yapılan cerrahi girişim ve radyoterapi uygulamaları nedeniyle menopoza dönemine girmektedirler(159). Bu dönemde östrojen azlığına bağlı çeşitli belirti ve bulgular olur (33,71,74). Çakıl ve Ünsal'ın (2012) kadınların menopozal yakınma ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi amacı ile yaptıkları çalışmada kadınların sıcak basması ve gece terlemesi, unutkanlık, eklem ve kemiklerde ağrı, baş ağrısı gibi menopozal semptomları sıklıkla yaşadıkları belirlenmiştir (33). Çalışmamızda “menopozal semptomlar” ile “hiç” karşılaşmıyorum (% 49.2) (Tablo 4.2.1) cevabını veren ebe ve hemşirelerin tamamı hastalarında bu semptomu sorgulamadıklarını ve hastaların da bu semptomu yaşadıklarını ifade etmediklerini belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin yaklaşık yarısı (% 49.2) hastalarında “menopozal semptomları” sorgulamamakta ve bu semptom ile karşılaştıklarında (% 50.8) ise yeterli hemşirelik girişimlerini uygulamamaktadır (Tablo 4.2.2.4). Bu duruma; ebe ve hemşirelerin tanı ve tedavi sürecinden kaynaklanan diğer semptomların yönetimine odaklanmaları ve menopozal semptomların yönetimi konusunda bilgi eksikliklerinin olması neden olabilir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin diğer tüm semptomlara yönelik yaptığı uygulamalarda eksikler olduğu ve bazı semptomların (diyare, cinsel yaşam ile ilgili semptomlar, üriner obstrüksiyon, ciltte kuruma gibi) yönetiminde de bir uygulama yapmadıkları görülmüştür. Elvidge'nin çalışmasında (2008), sağlık çalışanlarının ileri evre kanser hastalarında semptom yönetimine yönelik yeterli girişim yapmadığı belirlenmiş neden olarak da sağlık hizmeti sağlayan bireylerin bilgi ve davranışlarındaki eksikler olduğu belirtilmiştir (54). Sherwood ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) semptom yönetimine yönelik yapılan geleneksel girişimlerin etkisiz olabildiği belirtilmektedir (135). Elvidge'nin çalışmasında (2008), kanser hastalarında iyi bir semptom yönetimini engelleyen dört öge belirlenmiştir. Bunlar; sağlık hizmeti veren bireylerin semptom yönetimi ve terminal dönemdeki hastanın

bakımı konularında eğitim ve uygulama eksikliklerinin olması, bakım standartlarında ve kanıt temelli uygulamalarda yetersizlik, palyatif bakımın süreklilik gerektirmesine rağmen sağlık bakım hizmetlerinin bölünmesi ve sağlık hizmeti sağlayan kişilerin birlikte ortak çalışmalarının sınırlı olması, ileri evre kanser hastalarına yapılan kaliteli bakımın güvenilir olarak kayıt edilmesinde yetersizlikler olmasıdır (54). Çalışmamızda da ebe ve hemşirelerin semptom yönetiminde eksiklerin olmasının nedeni olarak semptom yönetiminde eğitim ve uygulama eksiklerinin olması, palyatif bakım konusunda çoğunluğunun bilgi sahibi olmaması gösterilebilir.

Palyatif bakım sadece hastalara yönelik değildir; aynı zamanda verilen hizmetler hastaların ailesini de içerir. Kabullenme, bilgilenme ve yas ile mücadele palyatif bakımın önemli parçalarındandır. Hasta ve yakınlarının tüm sorunlarını toplu olarak değerlendirir ve çözüme kavuşturmayı hedefler. Bu nedenle esas amaç var olan tüm kaygılar ile mücadele etmek ve çözüme kavuşturarak yaşam kalitesini yükseltmektir (125,132). Çalışmamızda ebe ve hemşireler, literatür incelemesi ile belirlediğimiz (73,111,145,160,182); “yaşam sonu bakım uygulamalarında etik ilkelere dikkat etme”, “ölümü yaklaşan hastalarda ölüm belirtilerini takip etme”, “hastanın spiritual gereksinimlerine, kültürel değerlerine duyarlı olma”, gibi palyatif bakıma yönelik hemşirelik girişimlerini uygulama durumlarını (Tablo 4.3.1), yaptıkları uygulamaları ve uygulama yapmayanların ise nedenleri (Bkz Ek Tablo1; 2; 3) belirlenmiştir. Buna karşın hemşirelik girişimlerini uygulayan ebe ve hemşirelerin yapmaları gereken ancak hiç yapmadıkları hemşirelik uygulamaları da bulunmaktadır. Jinekolojik kanser hastalarında palyatif bakımın istenilen düzeyde sağlanabilmesi için ebe ve hemşirelerin, hasta ve ailenin yaşadıkları sorunların farkında olması ve bu sorunlara yönelik bireyleri desteklemesi gerekmektedir. Weitzner ve arkadaşlarının çalışmasında (1999) palyatif tedavi alan kanser hastalarına bakım verenlerinin yaşam kalitesinin, küratif tedavi alan kanser hastalarına bakım verenlerinkinden daha düşük olduğu belirlenmiştir (175). Rivera'nın çalışmasında (2009) da kanser hastalarına bakım verenlerin, kanser hastalığı dışında kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlere göre hastalarının semptomlarının yönetiminde daha fazla zaman harcadıkları ve bu nedenle depresyon ve depresyona bağlı yorgunluk, insomnia (uykusuzluk), aşırı uyuma, konsantrasyon ve karar vermede güçlük gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (136). Palyatif bakım ile

hastaların yaşadıkları semptomların yönetilmesinin yanında aile üyelerinin fiziksel, psikososyal, ekonomik ve manevi sorunlara çözüm oluşturabilmekte ve ailenin gereksinimleri karşılanabilmektedir.

Kanserli hastalara bakımdan önce verilmesi gereken en önemli unsur hastanın ve ailesinin hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesidir; bu, hasta ve ailesinin uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir (13,103). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin hasta ve yakınlarını bilgilendirmek için ekip yaklaşımını kullanmadıkları belirlenmiştir (Bkz. Ek Tablo 1). Hasta ve aileyi durumun seyri hakkında bilgilendirmek palyatif bakım ekibinin temel sorumluluklarındandır.

Çalışmamızda da ebe ve hemşirelerin ölüm konusunu hasta ve yakınları ile konuşmaktan kaçındıkları görülmüştür (Bkz. Ek Tablo 1). Ölüm, yaşam sürecinin doğal bir parçasıdır. Ölümü yaklaşan hasta ve ailesinin içinde bulunduğu süreç literatürde “terminal dönem” olarak adlandırılmaktadır (126). Terminal dönemdeki hastayla çalışan hemşireler hastaların korkuları, hastanın bireyselliğinin ve aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve aileyi yas sürecine hazırlama, semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludurlar (19). Yapılan araştırmalar hemşirelerin hastanın ve ailesinin bakımında başarısız, duygusal ve manevi gereksinimlerini karşılamada yetersiz olmaktan korktuklarını belirlemiştir (40,83,109). İnci ve Öz’ün çalışmasında (2012) bu durumun nedeni, hemşirelerin ölüm gerçeği karşısında kendilerini korumak adına ya da ölüm kaygılarının yarattığı duygusal yükü baş etmek için kullandıkları yalıtma gibi savunma mekanizmalarıyla bireysel duyarlılıklarını yitirmesinden kaynaklanıyor olabileceği belirtilmiştir (96). Hemşirelerin böyle bir tutum içerisinde olmaları, ölmekte olan hasta ve ailesinin gereksinimlerini fark etmelerini engelleyebilir ve verdikleri palyatif bakımın niteliğini azaltabilir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin hastalarına bakım uygularken onların spiritüel gereksinimlerini ve kültürel değerlerini dikkate almada eksiklerinin olduğu belirlenmiştir (Bkz. Ek Tablo 2). Spiritüalizme, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur (39). Spiritüalizm, dini uygulamalardan daha kapsamlıdır ancak dini uygulamaları da içerebilir. (20,62,93).

Baldacchino'nun (2006) ve Wong'un (2009) çalışmalarında hemşirelerin bakımın spiritual alanına ilişkin rol hazırlığının kötü/yetersiz olduğunu (21,180), Sawatzky ve Pesut'un çalışmasında (2005) hemşirelerin görev merkezli çalışmasından dolayı spiritual bakımın ihmal edildiğini ve bu nedenle holistik bakımın verilemediğini bildirmektedir (144). Hastaların spiritual gereksinimlerin ve kültürel değerlerinin belirlenmesi hemşirelik sürecinin önemli bir bölümünü oluşturur. Palyatif bakım ekibinde hasta ile sürekli beraber olan hemşirelerin spiritüel gereksinimler ve kültür konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması zorunludur. Hemşireler bakım verdikleri hastayı bu öğeleri de dikkate alarak değerlendirebilmeli ve bu alanlara özgü gereksinimleri doğru saptayabilmeli ve uygun uygulamaları yapabilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin verilmesi, sağlık çalışanları arasındaki sorunlar, klinikte sağlık çalışanı-hasta ilişkisi içerisinde ortaya çıkan sorunlar, etik eğitimi ile ilgili etkinlikler gibi konular klinik etik kurulların işlevleri arasındadır (105). Çobanoğlu ve Algier'in çalışmasında (2004) hemşirelerin etik sorunları doktorlara sorarak çözümlenmeye çalıştığı, etik karar verirken sistematik bir model izlemediği (16), Avcı'nın çalışmasında (2007) ise hemşirelerin % 44'ünün mesleki deneyimleri ve kişisel değerleri ile etik sorunu değerlendirdiği ve çözüm önerisi geliştirdiği (105) belirlenmiştir. Çalışmamızda da katılımcıların etik ikilem ile karşılaşması durumunda çoğunlukla ekip üyelerinden ve hastanedeki farklı birimlerden yardım aldıkları görülmüştür (Bkz. Ek Tablo 3). Bu sonuç ebe ve hemşirelerin etik sorunlara ve yaklaşımlara ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Palyatif bakımın son alanı aktif ölüm sürecini yönetmek ve aileyi ölümden sonra desteklemektir (171). Literatürde, yaşamını kaybeden hastasını ailenin görmesine, vedalaşmasına ve gerekirse bakım aktivitelerine katılımlarına olanak sağlanarak hastasının bedenine dokunmasına izin verilmesi önerildiği görülmektedir. Aileye sessiz bir ortam sağlanarak üzüntü ve kayıpla ilgili açıklamalarının dinlenmesinin, yalnız bırakılmalarının, stres ve anksiyete düzeyinin düşürülmesinde, sağlık çalışanlarının kendilerine ve yaşamını kaybeden hastasına iyi bakım verdikleri düşüncesinde olmalarına önemli etkisi olduğu belirtilmektedir (45,82,147,191). Çelik ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada (2010) hemşirelerin uygun ölüm sonrası bakımı

uyguladıkları, ancak hemşirelerin beden bakımına ailelerini yeterince dahil etmedikleri ve ailelerine yeterli emosyonel destek sağlamadıkları belirlenmiştir (45) Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin yas sürecinde ailenin desteklenmesine ilişkin yeterli rol almadıkları belirlenmiştir (Bkz. Ek Tablo 3). Bu durum; hemşirelerin yas sürecinde aile bakımı konusunda bilgi eksikliğinden, ünitelerde çalışan ebe ve hemşire sayısının yeterli olmamasından ve “palyatif bakım ekibi” yaklaşımının oluşmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin palyatif bakıma yönelik hemşirelik uygulamalarında eksikler olduğu ve bazı hemşirelik girişimlerine (“hasta yakınlarının yaşam kalitesini geliştirici girişimlerde bulunuyorum”, hasta ve yakınlarını hastalığın ve tedavinin seyri hakkında bilgilendiriyorum” gibi) yönelik bir uygulama yapmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.2). Bu durum; sağlık personellerinin birbirleri arasındaki ve sağlık personeli-hasta arasında ki iletişim eksikliğinden, ebe ve hemşirelerin yoğun iş temposundan ve verecekleri bakım hizmetinde ailenin sorunlarının göz ardı edilmesinden, palyatif bakım konusunda eğitim eksikliğinden ve palyatif bakım ekip bilincinin oluşmamasından kaynaklanıyor olabilir. Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan tüm sağlık personelleri ile birlikte ebe ve hemşireler işbirliği içerisinde hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemeli, ihtiyaçlara yönelik bakım verilmesini sağlamalıdır.

Literatürde pek çok çalışmada palyatif bakıma yönelik bir takım engeller olduğu belirtilmiştir. Bu engeller; “sağlık personelinin palyatif bakım konusunda bilgi eksikliğinin olması”, “halkın palyatif bakım konusunda bilgi eksikliği”, palyatif bakımın yeterli kanun ve mevzuat ile desteklenmemesi ve sağlık sigortaları kapsamı dışında bırakılması”, “opioid tolerans ve bağımlılığının hekimler tarafından karıştırılması”, “opioid teminine ilişkin engeller” ve “hasta ve sağlık personelinin opioid korkusu” şeklinde belirtilmiştir (25,123,167,183). Palyatif bakım hastalarında görülebilen “ağrı” jinekolojik kanser hastalarının tamamının karşılaştığı bir semptomdur. Bu semptomun kontrolünde opioidlerin kullanılması kaçınılmazdır. Ancak palyatif bakımda bu analjeziklerin teminine (eczanelerden temin edememe, opioid çeşitliliğinin az olması gibi) gerekse kullanımına (hasta ve ailesinin, sağlık personelinin opioid korkusu, ilacın yan etkilerinden korkma, bağımlılık korkusu gibi) ilişkin bir takım engeller olduğu ifade edilmektedir (10,41,56). Çalışmamızda ebe ve

hemşirelerin çoğunluğu hasta ve yakınlarının “opioid korkusu” olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4.1; Grafik 4.4.1). Hasta ve yakınları opioidlerin bağımlılık yapacağı, yan etkilerinin çok olduğu, son dönem hastalarda kullanıldığı gibi yanlış inanışlar sonucu opioid kullanmaktan kaçınıyor olabilir.

Ülkemizde TBMM'nin Kanser Hastalığı Konusunda Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu'nda hekimlerin morfin kullanımı ve ağrı kontrolü konusunda yeterince eğitilmiş olmaması, morfinin bağımlılık ya da solunum depresyonu gibi bir takım yan etkilerinden korkulması neticesinde, morfini reçete etmekte tereddüt etmelerini (opiofobi) palyatif bakım için önemli bir sorun olarak vurgulanmıştır (167). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun bu engele “kısmen” katıldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4.1; Grafik 4.4.1). Ağrı yönetiminde bilgi eksikliğinden kaynaklanan bu engelin hekimlerin palyatif bakım ve ağrı kontrolü konusunda kapsamlı bir şekilde eğitilmeleri ile aşılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin çoğunluğu halkın palyatif bakım konusunda bilgisinin yeterli olduğu ve yeterince destek tedavi talep ettiklerini belirtmektedir (Tablo 4.4.1; Grafik 4.4.1). Ulusal kanser kontrol programı'nda (2009-2015) halkın palyatif bakım konusunda palyatif bakım programına işlevsellik kazandırılabilmesi için hasta ve ailesinin “palyatif bakım” konusunda bilgilendirilmesini önermektedir (171).

Aynı zamanda çalışmamızda, palyatif bakımın sağlık sigortasının kapsamı dışında bulunmasının ve palyatif bakımın kanun ve mevzuatla yeterince desteklenmemiş olmasının palyatif bakımda önemli bir engel olduğu vurgulanmış ama ebe ve hemşirelerin çoğunluğu bu konuda fikirleri olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.1; Grafik 4.4.1). Palyatif bakıma yönelik evde bakım uygulamaları Sosyal Güvenlik Kurulu (SGK) kapsamında desteklenmemekte ancak geri ödeme yapılmamaktadır (141). Günümüzde palyatif bakım konusunda mevcut bir yasa bulunmamakla beraber, Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda (2009-2015) palyatif bakım konusunda gerekli yasal düzenlemelerin yapılması önerilmektedir (171).

Sonuç olarak çalışmamızda, jinekoloji onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusu bilgi eksiklikleri olduğu, literatürde belirtilen

palyatif bakıma ve semptom kontrolüne yönelik bazı girişimlere odaklandıkları ancak yapılması gereken çoğu girişimi de yapmadıkları belirlenmiştir. Çalışmamız palyatif bakım konusunda ülkemizde yapılan sınırlı çalışmalardan biri olması ve jinekoloji onkoloji alanında yapılan tek çalışma olması nedeni ile ulusal kanser kontrol programı palyatif bakım eylem planına, bu programda belirtilen palyatif bakım konusunda işbirliği yapılması gereken kurumlara (Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığının İlgili Kurumları, Üniversiteler, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sivil Toplum Kuruluşları) ,alanda çalışan sağlık personeline yol gösterici olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1 Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Palyatif Bakım Konusunda Eğitim ve Bilgi Alma Durumu ve Diğer Değişkenlere İlişkin Sonuçları

Çalışanların % 56.9' unu hemşirelerin (1 kişi: sağlık memuru) ,% 43.1'ini ebelerin oluşturduğu; % 41.6'sının 30-39 yaş grubunda, % 67.7'sinin lisans mezunu olduğu, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu (% 98.5) belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin % 40.0'ı 1-9 yıl arasında meslekte çalıştıklarını; 5 yıl ve üzeri süredir jinekolojik onkoloji ünitesinde çalıştıklarını ifade etmişlerdir. (Tablo 4.1.1).

Palyatif bakım konusunda bilgi aldıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin aldıkları bilginin içeriği incelendiğinde, iletişim becerileri (% 96.8), ağrı yönetimi (% 96.8) ve semptom kontrolüne (% 96.8) yönelik bilgi aldıkları belirlenmiştir. Palyatif bakım konusunda bilgi aldıklarını ifade eden ebe ve hemşirelerin aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumu incelendiğinde, çoğunluğunun palyatif bakım konusunda aldıkları bilgiyi yeterli bulmadıkları (% 67.7) saptanmıştır (Tablo 4.1.2).

Ebe ve hemşirelerin % 76.9'u çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programının olmadığı; hizmet içi eğitim programının içeriğinde en fazla yer alan konuların iletişim becerileri (% 100), ağrı yönetimi (% 100) ve semptom kontrolü (% 100) olduğu belirlenmiştir. Çalıştıkları kurumda palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim programının süresi incelendiğinde ebe ve hemşirelerin % 46.7'si 120dk. ve üzeri eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).

6.1.2. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserli Hastalarda Görülebilen Semptomlar İle Karşılaşma Sıklıkları ve Karşılaştıkları Semptomlara Yönelik Yaptıkları Hemşirelik Girişimlerine İlişkin Sonuçları

Çalışmamızda jinekolojik kanserli hastalarda en sık görülen semptomların "ağrı" (% 100), "bulantı-kusma" (% 92.5), "yorgunluk" (%86,2), "anemi" (% 70.8),

“iştahsızlık” (% 61.5), “konstipasyon” (% 8.5) ve “uyku bozukluğu” (%58.5) olduğu ve diğer semptomların bunları izlediği belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin; solunum sisteminde “dispne” (% 38.5), kardiyovasküler sistemde “yorgunluk” (% 86.2), gastrointestinal sistemde “bulantı-kusma” (% 92.3), üro-genital sistemde “vajinal kanama” (%53.8), hematolojik sistemde “anemi” (% 70.8), nörolojik sistemde “ağrı” (% 100), deride “ciltte kuruma” (% 21.5), psiko-sosyal durumda “anksiyete” (% 56.9) ve cinsel yaşam ile ilgili sorunlarda “cinsel isteksizli/doyumsuzluk/fonksiyon bozukluğu” (% 1.5) semptomları ile daha sık karşılaştıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.1.1).

Jinekolojik kanserli hastalarda solunum sisteminde görülebilen “dispne” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98.3’ünün doktor istemine göre oksijen uyguladıkları, % 27.6’sının hastaya uygun pozisyon (ortopne) verdikleri ve % 19.0’ının hastanın saturasyon değerini takip ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.1).

Jinekolojik kanserli hastalarda kardiyovasküler sistemde görülebilen “lenf ödemi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 77.1’inin hastaya bacak elevasyonu uyguladıkları, %64.6’sının hastanın varis çorabı giymesini sağladıkları ve % 29.2’sinin hastanın sık mobilize olmasını sağladıkları; “derin ven trombozu” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin %67.4’sinin doktor istemine göre antitrombolitik tedavi uyguladıkları, %55.8’inin hastanın mobilizasyonunu kısıtladıkları ve %46,5’inin hastanın varis çorabı giymesini sağladıkları; “asit birikimi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 64.9’unun parasentez uygulamasında doktoru ekarte ettikleri, % 26.3’ünün hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri ve % 19.3’ünün hastanın vital bulguları sık takip ettikleri; “yorgunluk” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 89.1’inin hastaya yatak istirahati uyguladıkları, % 29.7’sinin diyetisyen ile işbirliği yaptıkları ve % 12.5’inin hastasında yorgunluk nedenlerini sorguladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.2).

Jinekolojik kanserli hastalarda gastrointestinal sistemde görülebilen “mukozit” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 94.6 ‘sının sodyumbikarbonat ile ağız bakımı yapma yaptıkları, % 24.3’ünün doktor istemine göre medikal tedavisini uyguladıkları ve % 24.3’ünün hastayı ağız içi bakım

konusunda bilgilendirdiği; “barsak obstrüksiyonu” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 83,0’ının hastanın oral sıvı alımı ve beslenmesini yasakladıkları, % 57,4’ünün hastayı hidrate ettikleri ve % 17,0’sinin hastaya nazogastirik sonda uyguladıkları, sonrasında çıkardığı sıvının takibini (renk, içerik, miktarı) yaptıkları; “konstipasyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 90,3’ünün doktor istemine göre laksatif uyguladıkları, % 41,5’inin hastayı hidrate ettikleri ve % 24,2’sinin hastanın sık mobilize olmasını sağladıkları; “diyare” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 48,2’sinin hastayı hidrate ettikleri, % 30,4’ünün hastanın gaita sıklığını takip ettikleri ve % 26,8’inin doktor istemine göre medikal tedavisini uyguladıkları; “bulantı-kusma” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin tamamının doktor istemine göre antiemetik uyguladıkları, % 18,0’inin hastayı hidrate ettikleri ve % 3,1’inin hastaya beslenme eğitimi verdikleri; “iştahsızlık” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 77,4’ünün diyetisyen ile işbirliği yaptıkları, % 33,9’unun sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yaptıkları ve % 19,4’ünün doktor istemine göre total parenteral beslenme uygulama uyguladıkları; “kaşeksi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 83,0’ının doktor istemine göre total parenteral beslenme uyguladıkları, % 57,4’ünün diyetisyen ile işbirliği yaptıkları ve % 21,3’ünün hastanın enteral yüksek kalorili beslenmesini sağladıkları; “dehidratasyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98,0’ının hastayı hidrate ettikleri, % 66,0’ının hastaya aldığı çıkardığı takibi yaptıkları ve % 8,0’inin hastanın sıvı elektrolit değerinin sürdürülmesini sağladıkları; “tat değişikliği” ” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98,0’ının hastaya ağız bakımı uyguladıkları, % 51,6’sının sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda hasta ve yakınları ile işbirliği yaptıkları ve % 9,7’sinin hastaya beslenme eğitimi verdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.3).

Jinekolojik kanserli hastalarda üro-genital sistemde görülebilen “vajinal kanama” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin tamamının hastaya kanama pet takibi yaptıkları, % 39,7’sinin hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri ve % 11,1’inin hastanın vital bulguları sık takip ettikleri; “rektovajinal fistül” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 35’inin hastaya perine hijyeni konusunda eğitim verdikleri, % 20’sinin hastanın perine hijyeninin

sürdürülmesini sağladıkları ve % 15'inin asepsiye uygun bakım verdikleri; “vezikovajinal fistül” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 38.9'unun hastaya perine hijyeni konusunda eğitim verdikleri, % 22.2'sinin hastada enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemledikleri ve % 16.7'sinin asepsiye uygun bakım verdikleri; “üriner obstrüksiyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 76.0'mın aldığı çıkardığı takibi yaptıkları, % 16.0'mın hastaya mesane egzersizi yaptırdıkları ve % 12.0'mın hastaya sıvı kısıtlaması yaptıkları; “menopozal semptomlar” ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 15.2'sinin hastayı menopoz konusunda bilgilendirdikleri, % 12.1'inin hastanın vital bulgularını sık takip ettikleri ve % 9.1'inin psikiyatri ile işbirliği yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.4).

Jinekolojik kanserli hastalarda hematolojik sistemde görülebilen “kanama” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 63.6'sının hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri, % 48.5'inin kanama belirtilerini takip ettikleri ve % 24.2'sinin doktor istemine göre kan tranfüzyonu uyguladıkları; “anemi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 93.8'inin doktor istemine göre kan tranfüzyonu uyguladıkları, % 55.4'ünün hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri ve % 29.2'sinin doktor istemi oral anemi tedavisini uyguladıkları; “lökopeni” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 49.0'mın asepsiye uygun bakım verdikleri, % 41.2'sinin hastaya enfeksiyondan korunma konusunda eğitim verdikleri ve % 29.2'sinin hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri; “trombositopeni” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 52.8'sinin doktor istemine göre trombosit süspansiyonu uyguladıkları, % 39.6'sının hastanın laboratuvar değerlerini anormal bulgular açısından takip ettikleri ve % 32.1'sinin hastayı travmadan korudukları belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.5).

Jinekolojik kanserli hastalarda nörolojik sistemde görülebilen “deliryum” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 61.5'inin psikiyatri ile işbirliği yaptıkları, % 50.0'mın doktor istemine göre medikal tedaviyi uyguladıkları ve % 11.5'inin hastaya kısıtlama uyguladıkları; “uykusuzluk” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 28.6'sının psikiyatri ile işbirliği yaptıkları, % 27.0'mın psikolog ile işbirliği yaptıkları ve % 27.0'ı tedavi ve takipleri hastanın uyku düzenine göre

planladıkları; “ağrı” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 98.5’inin doktor istemine göre analjezik uyguladıkları, % 67.7’sinin hastanın ağrısını ağrı skalası ile değerlendirdikleri ve % 46.2’sinin analjezik sonrası ağrı değerlendirmesi yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.6).

Jinekolojik kanserli hastalarda ciltte görülebilen “ciltte kuruma” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 94.7’sinin hastaya nemlendirici uyguladıkları, % 12.3’ünün hastaya genel vücut bakımı verdikleri ve % 7.0’ının hastaya yatak içi iki saate bir pozisyon verdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.7).

Jinekolojik kanserli hastalarda psikososyal durumda görülebilen “anksiyete” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 84.4’ünün psikolog ile işbirliği yaptıkları, % 70.3’ünün hasta ile terapötik iletişime girdikleri ve % 57.8’inin psikiyatri ile işbirliği yaptıkları; “ölüm anksiyetesi” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 89.1’inin psikolog ile işbirliği yaptıkları, % 69.1’inin hasta ile terapötik iletişime girdikleri ve % 63.6’sının psikiyatri ile işbirliği yaptıkları; “öfke” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin %82.7’sinin psikolog ile işbirliği yaptıkları, % 71.2’sinin hasta ile terapötik iletişime girdikleri ve % 68.6’sının psikiyatri ile işbirliği yaptıkları; “inkar” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 78.9’unun psikolog ile işbirliği yaptıkları, % 71.1’inin psikiyatri ile işbirliği yaptıkları ve % 60.5’inin hasta ile terapötik iletişime girdikleri; “depresyon” semptomu ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 84.1’inin psikolog ile işbirliği yaptıkları, % 66.7’sinin hasta ile terapötik iletişime girdikleri ve % 63.5’inin psikiyatri ile işbirliği yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.8).

6.1.3. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimlerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin tamamının yaşam sonu bakım uygulamalarında etik ilkelere dikkat ettikleri, % 43.1’inin hasta ve yakınlarını, hastalığın ve tedavinin seyri hakkında kısmen bilgilendirdikleri, % 73.8’inin hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3.1).

6.1.4. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarında Karşılaştıkları Engellere İlişkin Sonuçları

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun “hastanın opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar...) vardır” (% 66.2) ifadesine katıldıkları, “ağrı yönetiminde opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılır ve bağımlılık yan etkisi çok abartılır” (% 36.9) ifadesine kısmen katıldıkları, “halkın palyatif bakım konusunda bilgisi yetersizdir ve bu hastalar yeterince destek tedavisi talep etmemektedir” (% 80) ifadesine katılmadıkları ve “evde bakım gibi bazı palyatif bakım programları sağlık sigortalarının kapsamı dışında kalmaktadır” ifadesine yönelik bir fikirleri olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5.1; Grafik 4.5.1).

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun palyatif bakım konusunda bilgi almadığı, bilgi alanların ise bu bilgiyi daha çok hizmet içi eğitim programlarından aldığı saptanmıştır. Ayrıca palyatif bakım konusunda bilgi aldığını ifade eden ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun aldıkları bilgiyi yeterli bulmadıklarını ve tüm palyatif bakım konularında daha kapsamlı bir eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olduğu saptanmış ancak çok az bir kısmının lisans eğitiminde palyatif bakım konusunda bilgi aldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Palyatif bakım veren ünitelerde çalışan ebe, hemşire ve diğer sağlık personellerinin palyatif bakım konusunda farkındalığının artırılması ve temel prensiplerin öğretilmesi için; hizmet içi eğitim programları güçlendirilebilir.

- Mezuniyet öncesi eğitime hemşirelik ve ebelik okullarının lisans eğitim müfredatına palyatif bakım konusu entegre edilebilir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserli hastalarda, palyatif bakıma yönelik hemşirelik girişimi uygulamalarında eksiklikler olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamasında karşılaştıkları engellerin daha sıklıkla “ağrı” semptomunun yönetimine yönelik olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ebe ve hemşirelere, palyatif bakımda hasta ve ailesinde görülebilen fiziksel ve psikolojik semptomların sistematik olarak değerlendirilmesi ve bu semptomların kontrolünde yapılacak hemşirelik aktivitelerine rehberlik edecek klavuzlar geliştirilebilir.

- Palyatif bakım veren ünitelerde çalışan ebe, hemşire ve diğer sağlık personellerine yönelik tüm palyatif bakım konularında (kötü haber verme, iletişim becerileri, palyatif bakımda etik ve yasal konular, ağrı yönetimi, semptom kontrolü, yas süreci ile baş etme gibi) eğitim programları oluşturulabilir.

- Sağlık Bakanlığı, Onkoloji Hemşireliği Derneği ve konu ile ilgilenen diğer kuruluşlar (Ortadoğu Kanser Konsorsyumu (MECC), Palyatif Bakım Derneği gibi) ile işbirliği yapılarak sertifika programları düzenlenebilir, materyaller geliştirilebilir.

7.KAYNAKLAR

1. Albaugh, J. A., Kellogg, S. K. (2003). Sexuality And Sexual Health: The Nurse's Role and Initial Approach To Patients. *Urologic Nursing*, 23(3), 227-228.
2. Alhberg, K., Ekman, T., Gaston, J. F. (2005). The Experience Of Fatigue, Other Symptoms And Global Quality Of Life During Radiotherapy For Uterine Cancer. *International Journal Of Nursing Studies*, 42, 377-386.
3. Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık
4. Algier L. (2005). Çocuklarda Palyatif Bakım. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58, 132- 135.
5. Alıcı,S., İzmirli, M., Doğan,E. (2006). Yüzüncü Yıl Üniveritesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na Başvuran Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 21(2), 87-97.
6. Allard, P., Maunsell, E., Labbe, J., Dorval, M. (2001). Educational Interventions To Improve Cancer Pain Control: A Systematic Review. *Journal Of Palliative Medicine* 2001, 4 (2), 191-203.
7. American Society of Clinical Oncology.(2012). Integrating Palliative Care into Standard Oncology Care: ASCO Guidance. Erişim: 31.10.2012, <http://chicago2012.asco.org/ASCODailyNews/PalliativeCarePCO.aspx>
8. Anderson, B. (1994). Quality Of Life İn Progressive Ovarian Cancer. *Gynecologic Oncology*, 55, 151-155.
9. Anderson, B., Lutgendorf, S. (2000). Quality Of Life As An Outcome Measure İn Gynecologic Malignancies. *Current Opinion İn Obstetrics And Gynecology* 12, 21-26.
10. Aslan, F. E. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-15.
11. T. Aslan, H., Kömürcü, N., Gençalp, N. S., Eryılmaz, H.Y., Engin, F., Ekşi, Z., Can, Ö. (2001). Üriner İnkontinanslı Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Bunlarla Başa Çıkma Yolları. *Hemşirelik Formu Dergisi*, 4(6), Sayfa 15-19.
12. Aslan, Ö. (2003). Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Semptomların Değerlendirilmesi ve Bu Semptomların Kontrolünde Hemşirelik Eğitiminin Rolü. Doktora tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

13. Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2006). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1), 16-27.
14. Ateşçi, F., Oğuzhanoglu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2), 145-152.
15. Audette, C., Waterman, J. (2010). The Sexual Health Of Women After Gynecologic Malignancy. Journal Of Midwifery And Women's Health, 55(4), 357-362.
16. Avcı K. Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007
17. Babacan, G. A. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3), 129-135.
18. Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1), 105-111.
19. Bahar, A. (2007). Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6),147-158.
20. Baker, D. C. (2003). Studies Of Inner Life: The Impact Of Spirituality On Quality Of Life. Quality Of Life Research, 12(1), 51-57.
21. Baldacchino, D. R. (2006). Nursing Competencies For Spiritual Care. Journal Of Clinical Nursing, 15(7), 885-896.
22. Barclay, S., Wyatt, P., Shore, S., Finlay, I., Grande, G., Todd, C. (2003). Caring For The Dying: How Well Prepared Are General Practitioners? A Questionnaire Study In Wales. Palliative Medicine, 17(1),27-39.
23. Bartlett, N., Koczwara, B. (2002). Control Of Nausea And Vomiting After Chemotherapy : What Is The Evidence? Internal Medicine Journal, 32(8), 401-408.
24. Bingley, A., Clark, D. (2008). Palliative Care İn The Region Represented By The Middle East Cancer Consortium. Erişim: 20 Ocak 2012, <http://mecc.cancer.gov/PCMONOGRAPH.pdf>

25. Bingley, A., Clark, D. (2009). A Comparative Review Of Palliative Care Development In Six Countries Represented By The Middle East Cancer Consortium (Mecc). *Journal Of Pain and Symptom Management*, 37(3), 287-96.
26. Bond, S. M., Neelon, V. J., Belyea, M. J. (2006). Delirium In Hospitalized Older Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 6(33), 1775-1783.
27. Boyle, P., Levin, B. (2008). Dünya Kanser Raporu [Elektronik Sürüm]. Lyon: Uluslar Arası Kanser Araştırma Kurulu.
28. Bruner, D. W. , Berk, L. (2004). Altered Body Image And Sexual Health. C. H. Yarbro, M. H. Frogge, M. Googman (Ed.). *Cancer Symptom Management* (s. 166-126). Boston: Jones And Barlett Publishers.
29. Bush,T., Shahwan-Akl, L. (2012). Palliative Care Education: Does It Influence Future Practice?. *Contemporary Nurse*, 2(4), 2-5
30. Bülbül, M. (2006). Üst Üriner Sistem Obstrüksiyonlarında Perkütan Nefrostomi Öncesi ve Sonrası Biyokimyasal verilerin Böbrek Sintigrafi verileri İle Fonksiyonel Rezerv Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
31. Cairns, W., Yates, P. M. (2003). Education And Training In Palliative Care. *Medical Journal Of Australia*, 179(6), 26-28.
32. Çakıcı, N. I. (2010). Hekim ve Hemşirelerin Kanserli Çocuklara Yönelik Palyatif Bakım Uygulamaları. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
33. Çakıl, A. N. (Ekim 2012). Kırşehir İl Merkezindeki Orta Yaş Dönemi Kadınların Menopozal Yakınma ve Öz-Etkililik Algılarının Değerlendirilmesi [Bildiri]. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa
34. Can, G. (2007). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. İstanbul: Mavi İletişim Danışmanlık Anonim Şirketi.
35. Canan, D. B., Mert, H. (2012). Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 11(2), 219-224
36. Carter, J. R., Chen, M. D., Fowler, J. M. (1997). The Effect Of Prolonged Cycles Of Chemotherapy On Quality Of Life In Gynaecologic Cancer Patients. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research*, 23(2), 197-203.
37. Centeno, C., Clark, D., Lynch, T, Racafort, J., Greenwood, A., Brasch, S. ve Diğerleri. (2007). Facts And Indicators On Palliative Care Development In 52

Countries Of The Who European Region: Results Of An Eapc Task Force. Palliative Medicine, 21(6), 463-471.

38. Çelik, H., Gürateş, B., Kavak, B., Aygün, B., Aygen, E., Aygün, C. (2009). Jinekolojik Onkolojide Şilöz Asit ve Yönetimi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 12(3), 53-59.

39. Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A. (2003). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. Adnan Menderes Tıp Fakültesi Dergisi, 8(1),47-50.

40. Cherlin, E., Schulman, G. D., Mccorkle, R., Johnson, H. R., Bradley, E. (2004). Family Perceptions Of Clinicians' Outstanding Practices İn End-Of-Life Care. Journal Of Palliative Care, 20 (2), 113-116.

41. Cherny, N. I., Portenoy, R. K. (1993). Cancer Pain Management. Cancer Supplement, 72(11), 3393-3415.

42. Coşkun, U., Özkurt, Z. N., Günel, N. (2002). Kanser Ağrısına Yaklaşım. Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi,12(1), 45-55.

43. Curt, G. A. (2000). The İmpact Of Fatigue On Patients With Cancer: Overview Of Fatigue 1 And 2, The Oncologist, 5 (2): 9-12.

44. Çavdar, İ. (2011). Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. Türk Onkoloji Dergisi, 26(3), 142-147.

45. Çelik, S., Uğraş, A. G., Aksoy, G. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşamını Kaybetmiş Hasta ve Hasta Ailesine verdikleri Bakımın İncelenmesi İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 18(2), 80-86.

46. Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H. H. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Gülhane Tıp Dergisi, 53(4), 248-253.

47. Çobanoğlu N, Algier L. A. qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. Nursing Ethics 2004; 11 (5):444-458.

48. Çolak, D., Özyılkan, Ö. (2006). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Türkiye Klinikleri, 2(10), 1-9.

49. Demirsoy, G. (2008). Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Kemoterapiye Bağlı Semptomların Yönetimi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

50. Dirimeşe, E., Yavuz, M. (2010). Cerrahi Kliniklerde venöz Tromboembolinin Önlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 98-105.
51. Edirne, S.(1993). *Kanserde Palyatif Bakım*. İstanbul: Sandoz Ürünleri Anonim Şirketi.
52. Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 329-334.
53. Elçigil, A. (2005). *Pediyatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(4), 75-81.
54. Elvidge, K. (2008). Improving Pain And Symptom Management For Advanced Cancer Patients With A Clinical Decision Support System. *Health Technology Informatics*, 136, 169-74
55. Emanuel, L. L., Ferris, F. D., Vongunten, C. F., Vonroenn, J. (2005). Education In Palliative And End-Of-Life Care For Oncology Module 3k: Symptoms- Fatigue. Erişim: 10 Eylül 2012, <http://www.ipcrc.net/epco/EPEC-O%20M03a-q%20Symptoms/EPEC-O%20M03k%20Fatigue/EPEC-O%20M03k%20Fatigue%20PH.pdf>
56. Emanuel, L. L., Ferris, F. D., Vongunten, C. F., Vonroenn, J. (2005). Education In Palliative And End-Of-Life Care For Oncology Module 2: Cancer Pain Management. Erişim: 10 Eylül 2012, <http://www.ipcrc.net/epco/EPEC-O%20M02%20Pain/EPEC-O%20M02%20Pain%20PH.pdf>
57. Emanuel, L. L., Ferris, F. D., Vongunten, C. F., Vonroenn, J. (2005). Education In Palliative And End-Of-Life Care For Oncology Module 3i: Symptoms- Diarrhea. Erişim: 10 Eylül 2012, <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/epco/selfstudy/module-3i-pdf>
58. Emanuel, L. L., Ferris, F. D., Vongunten, C. F., Vonroenn, J. (2005). Education In Palliative And End-Of-Life Care For Oncology Module 3g: Symptoms delirium. Erişim: 10 Eylül 2012, <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/epco/selfstudy/module-3g-pdf>
59. Emiroğlu, f. (2010). *Kanser ve Kanserli Hasta Bakımı*. N. Sabuncu ve F. A. Ay (Ed.). *Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi (779-804)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

60. Erdoğan, G. Y. (2011). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi ve Semptom Eğitiminde Eğitimin Rolü. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
61. Erdil, F., Elbaş, N. Ö. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset.
62. Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1), 37-45.
63. Er, Ö. (2007). Kanserli Hastalarda Diyare. Erişim: 11 Kasım 2012, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/epeco/selfstudy/module-3i-pdf>
64. Ersoy, N. (2009). Onkoloji Hemşireliğinde Etik. Türk Onkoloji Dergisi, 24(4), 191-197.
65. Eryiğit, N. (2006). Hemşireleri Derin ven Trombozu Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
66. Fallon, M. T. (1999). Constipation In Cancer Patients: Prevalence, Pathogenesis, And Cost-Related Issues. European Journal Of Pain, 3(1), 3-7.
67. Ferrell, B. R., Grant, M. (2001). Nurses Cannot Practice What They Do Not Know. Journal Of Professional Nursing, 17(2), 107–108.
68. Ferrel, B., Virani, R., Mallay, P., Kelly, K. (2010). The Preparation Of Oncology Nurses In Palliative Care. Seminars In Oncology Nurse, 26(4), 259- 265.
69. Franklin, D. J., Packel, L. (2006). Cancer-Related Fatigue. Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, 87(3): 91-93.
70. Friend, H. P., Pruett, J. (2004). Bleeding And Thrombotic Complications. C. H. Yarbrow, h. M. Frogge, m. Goodman (ed.). Cancer Symptom Manangement-Third Edition (s.116-126). Boston: Jones And Bartlett Publishers.
71. Fugate, N. W., Sullivan E. M., Landis, C. (2005). Anxiety, Hormonal Changes And Vasomotor Symptoms During The Menopause Transition. Menopause. 12(3), 242-245.
72. Gillespie, T. W. (2003). Anemia In Cancer. Cancer Nursing, 26(2),119-128.

73. Gomez, B. X., Porta, S. J., Paz, S., Stjernsward, J. (2008). Palliative Medicine: Models Of Organization. D. Walsh (Ed.). Palliative Medicine (S.116-126). Philadelphia: Elsevier.
74. Görgel, E. B., Çakıroğlu, F. P. (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
75. Grant, M. (1997). Nausea And Vomiting, Quality Of Life, And The Oncology Nurse. *Oncology Nurs Forum*, 24(7), 5-7.
76. Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.
77. Gür, Ö., Gürkan, S., Çakır, H., Gür, Ö. D., Donbaloğlu, O., Turan, E. (2012). Derin ven Trombozu Bulunan Hastalarda Tedavi Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(4), 198-202.
78. Gürsoy, A. A., Erdöl, H., Okuyan, M. (2006). Lenf Ödem. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4), 82-90.
79. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1, 1-6.
80. Haboubi, N. H., Lincoln, N. (2003). Views Of Health Professionals On Discussing Sexual Issues With Patients. *Disability Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
81. Harstäde, C. W., Andershed, B. (2004). Good Palliative Care: How And Where?. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 6(1), 27-35.
82. Harvey, J. (2001). Debunking myths about postmortem care. *Nursing*, 31(7), 44-45.
83. Hopkinson, J. B., Hallet, C. E., Luker, K. A. (2003). Caring For Dying People In Hospital. *Journal Advanced Nursing*, 44(5), 525-533.
84. International Agency for Research on Cancer. (2008). Globocan. Erişim: 15 Şubat 2011, <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
85. İlhan, S. E. (2007). Perioperatif Bakım. N. Akbayrak, S. E. İlhan, G. Ançel, S.A.Albayrak (Ed.). *Hemşirelik Bakım Planları* (S. 631-646). Ankara: Alter Yayıncılık
86. Kaasa, S., Hjermstad, J. M., Loge, H. J. (2006). Methodological And Structural Challenges In Palliative Care Research: How Have We Fared In The Last Decades?. *Palliative medicine*, 20(8), 727-734.

87. Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, T. A., Akın, S. (2012). Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.
88. Karabacak, R. O., Yalçınkaya, F., Demirel, F., Altuğ, U. (2006). vezikovajinal Fistüller. *Kadın Doğum Dergisi*, 4(3), 826-828.
89. Karakoç, T. (2008). Kanser Hastalarında Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 99-118.
90. Kaya, N., Aştı, T. (2007). Larinks Kanseri Bireylerde Hemşirelik Bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 107-115.
91. Kelleci, M. (2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 41-47.
92. Kim, J. E., Dodd, M., West, C. (2004). The PRO-SELF Pain Kontrol Program Improves Patients' Knowledge Of Cancer Pain Management. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1137-1143.
93. Kostak, A. M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 105-115.
94. Kum, N. (2000). Organik Ruhsal Bozukluklar. N. Kum (Ed). *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* (67-81). İstanbul: vehbi Koç Vakfı.
95. Kuru, S., Şenyurek, N., Ciftci, H. (2008). Jinekolojik Onkoloji Hastaları ve Aileleri İle İletişimde Yaşanan Deneyimler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 9(4-1).101-103.
96. İnci, F., Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 178-187.
97. Latimer, E. (1992). Ethical Challenges İn Cancer Care. *Journal Of Palliative Care*, 8(1), 65-70.
98. Lee, Y. M., Mak, S. S., Tse, S. M., Chan, S. J. (2001). Lymphoedema Care Of Breast Cancer Patients İn A Breast Care Clinic: A Survey Of Knowledge And Health Practice. *Support Care Cancer*, 9(8), 634-641.
99. Librach, S. L., Bouvette, M., Farley, J., Oneschuk, D., Syme, A., Pereira, J. L., ve Diğerleri. (2010). Consensus Recommendations For The Management Of Constipation İn Patients With Advanced, Progressive Illness. *Journal Of Symptom Management*, 40(5), 761,773.

- 100.Löfmark, R., Niltsun, T., Bolmsjö, A., (2007). From Cure To Palliation: Concept, Decision And Acceptance. *Journal Of Medical Ethics* ;33 (12) 685-688.
- 101.Luce, J. M., Lemiaire, F. (2001) Two Transatlantic View Points On An Critical Quandry. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 163(4), 818-21.
- 102.Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Ullrich, P., Johnsen, E. L., Buller, R. E., Sood, A. K., Sorosky, J. I., Ritchie, J. (2002). Quality Of Life And Mood İn Women With Gynecologic Cancer. A One Year Prospective Study. *Cancer*, 94, 131-140.
- 103.Lynch, M., Dahlin, C., Coakley, E., Hultman, T. (2011). Palliative Care Nursing: Defining The Discipline?. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 13 (2), 106-111.
- 104.Magnan, M. A., Reynolds, K. E., Galvin, E. A. (2005). Barriers To Addressing Patient Sexuality İn Nursing Practice. *Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 14(5), 282-289.
- 105.McDaniel, C. (1998). Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. *Journal of Nursing Administration*, 28(9), 47-51.
- 106.Meisel, A., Snyder, L., Quill T. (2000). Seven Legal Barriers To Endof-Life Care: Myths, Realities, And Grains Of Truth. *JAMA*, 284(19), 2495-2501.
- 107.Megham, S. H. (2004). A Concept Analysis of Palliative Care İn the United States. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2),152-161.
- 108.Mishra, K. (2011). Gynaecological Malignancies From Palliative Care Perspective. *Indian Journal Of Palliative Care*, 17(4), 45-51.
- 109.Mok, E., Lee, W. M., Wong, F. K. (2002). The İssue Of Death And Dying: Employing Problem-Based Learning İn Nursing Education. *Nurse Education Today*, 22(4), 319-329.
- 110.Moyet, C. J. L. (2005). *Hemsirelik Tanıları El Kitabı* (F. Erdemir, Çev.). İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri.
- 111.National Consensus Project. (2009). National Consensus Project For Quality Palliative Care. Erişim: 6 Mayıs 2012, <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>

- 112.National Research Council. (2003). Improving Palliative Care: We Can Take Better Care of People With Cancer. Erişim: 1 Şubat 2011, <http://www.nap.edu/catalog/10790.html>
- 113.Norton, S. A., Bowers, B. J. (2001). Working Toward Consensus: Providers' Strategies To Shift Patients From Curative To Palliative Treatment Choices. *Research In Nurse And Health*, 24(4): 258-269.
- 114.Osse, B. H., vernooij-Dassen M. J., Schadé, E., Grol, R. P. (2005). The Problems Experienced By Patients With Cancer And Their Needs For Palliative Care. *Support Care Cancer*, 13: 722– 732
- 115.Ovayolu, N. (2007). Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 123-133.
- 116.Özbaş, A. (2003). Radyoterapi Sonucu Gelişen Semptomlarda Bakım. *Hemşirelik Dergisi*, 13(50), 57-73.
- 117.Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M., Karabulut, B. (2010). Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir: Üniversiteliler Ofset.
- 118.Özkan, S. (2010). Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 272-281.
- 119.Özkan, S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1), 69-74.
- 120.Özmen, M. (2002). Gastrointestinal Sistem Kanselerinde Psikososyal Sorunlar. *Tıp Dergisi Gastroenteroloji ve Hepatoloji Özel Sayısı*, 7(4), 7-11.
- 121.Özyılkan, Ö., Karaağaoğlu, E., Topeli, A., Kars, A., Baltalı, E., Tekuzman, G., ve Diğerleri. (1995). Questionnaire For The Assesment Of Quality Of Life İn Cancer Patients İn Turkey. *Materia Medica Polona*, 27(4), 153-156.
- 122.Paice, J.A., Ferrell, B.R., Coyle, N., Coyne, P. ve Callaway, M. (2008). Global Efforts To Improve Palliative Care: The International End-Of- Life Nursing Education Consortium Training Programme. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 173–180.
- 123.Palliative Care İn Cancer. (2010). Erişim: 12 Aralık 2012, <http://www.cancer.gov/Cancertopics/Factsheet/Support/Palliative-Care>

- 124.Palyatif Bakım. (t.y.). Erişim: 11 Ocak 2012,
http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf
- 125.Parrish, P., Stillman, D., Strumpf, N. (2002). Module Six: When People Are Dying: Palliative Care. Erişim: 10 Aralık 2012,
http://www.nursing.upenn.edu/cisa/geroTIPS/tlcltc/Documents/6_palliative_care_module-61.pdf
- 126.Peykerli, G. (2003). Ölümcül Hastalıklara Psikososyal Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesidergisi, 25(4), 62-65.
- 127.Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, O. Elsner, F., Radbruch, L. (2008). A Matter Of Definition Key Elements Identified İn A Discourse Analysis Of Definitions Of Palliative Care. Palliative Medicine, 22 (3), 222-232.
- 128.Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., Ayhan, A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi, 3(18), 141-149.
- 129.Pınar, G. (2010). Kanser Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Danışmanlığa İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi, 52(4), 241-247.
- 130.88 Pınar, R. (2007). İnflamatuar Barsak Hastalıkları. N. Akbayrak, S. E. İlhan, G. Ançel, S.A.Albayrak (Ed.). Hemşirelik Bakım Planları (S. 295-301). Ankara: Alter Yayıncılık.
- 131.Plymale, M. A., Sloan, P. A., Johnson, M., Lafountain, P., Snapp, J., Vanderveer, B., ve Diğerleri. (2001). Cancer Pain Education. A Structured Clinical Instruction Module For Hospice Nurses. Cancer Nursing, 24(6):424-429.
- 132.Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Hegedus, K., Nabal, M. et al. (2009). White Paper On Standards And Norms For Hospice And Palliative Care İn Europe Part I. Recommendations From The European Association For Palliative Care. European Journal Of Palliative Care, 16(6), 278-289.
- 133.Reis N. (2003). Jinekolojik Kanserlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(51), 133-141.
- 134.Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 35-39.
- 135.Reis, N. (2006). Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 87-97.

- 136.Rivera, H. R. (2009). Depression Symptoms İn Cancer Caregivers. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 13(2), 195-202.
- 137.Roscoe, J. A., Kaufman, E. M., Matteson, S. E., Palesh, O. G., Ryan, J. L., Kohli, S. (2007). Cancer Related Fatigue and sleep disorders. *Oncologist*, 12(1), 35-42.
- 138.Rubenstein, E. B., Peterson, D. E., Schubert, M., Kefe, D., Epstein, J., Elting, L. S. (2004). Clinical Practice Guidelines For The Prevention And Treatment Of Cancer Therapy-İnduced Oral And Gastrointestinal Mucositis. *Cancer* 100 (9), 2026-2046.
- 139.Rummans, T. A., Frost, M., Suman, V. J., Gendron, T., Johnson R., Hartmann, L. et al. (1998). Quality Of Life And Pain İn Patients With Recurrent Breast And Gynecologic Cancer. *Psychosomatics*, 39(5), 437-444.
- 140.Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı (Epidemiyoloji ve Koruma Şube Müdürlüğü). (2006). 2004-2006 Yılları Arasında Türkiye Kanser İnsidansı. Erişim Tarihi: 05 Şubat 2012, <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/8iL-2006-SON.pdf>
- 141.Sağlık bakanlığı. (2005). Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. Erişim; 12 aralık 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html>
- 142.Salman, C. M., Durukan, B., Deren, Ö., Durukan, T. (2005). Jinekolojide Tromboz Profilaksisi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2(5), 31-36.
- 143.Savaşer, S. (1998). Kemoterapiye Bağlı Kemik İliği Süpresyonu Sonucu Oluşan Kanama ve Enfeksiyona Eğilimli Hastanın Bakımı. *Hemşirelik Forumu Onkoloji Özel Sayısı*,1(5), 211-214.
- 144.Sawatzky, R., Pesut, B. (2005). Attributes Of Spiritual Care İn Nursing Practice. *Journal Of Holistic Nursing*, 23(1), 19-33.
- 145.Sharon, E. (2009). Dünyada Palyatif Bakım ve Hospis. A. M. Tuncer, (Ed.). *Türkiyede Kanser Kontrolü*. A. Murat Tuncer. Dünyada Palyatif Bakım ve Hospis Sistemleri (s. 287-298). Ankara: Koza Matbaacılık.
- 146.Sherman D. W., Matzo M. L., Coyne P., Ferrell B.R., Penn B. K. (2004). Teaching Symptom Management İn End-Of-Life Care: The Didactic Content And Teaching Strategies Based On The End-Of-Life Nursing Education Curriculum. *Journal Of Nurses İn Staff Development*, 20(3), 116–107.

- 147.Sherman, D. W., Matzo, M. L., Pitorak, E., Ferrell, B. R., Malloy, M1. (2005). Preperation and care at the time of death. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(3), 93- 98
- 148.Sherwood, P., Given, B. A., Given, C. W., Champion, V. L., Doorenbos, A. Z., Azzouz, F. (2005). A Cognitive Behavioral İntervention For Symptom Management İn Patients With Advanced Cancer. *Oncology Nurse Forum*, 32(6), 1190-8.
- 149.Sibbald, R. W., Lazar, N. M. (2005) Bench-to-bedside review: Ethical challanges for those in directing roles in critical care units. *Critical Care*, 9(1), 76-80.
- 150.Soriano, D., Lemoine, A., Laplace, C., Deval, B., Dessolle, L., Darai, E., ve Diğerleri.(2001). Results Of Rectovaginal Fistularepair: Retropective Analysis Of 48 Cases. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 96(1), 75-79
- 151.Tavio, M., Milan, I., Tirelli, U. (2002). Cancer-Related Fatigue (Review). *International Journal Of Oncology*, 21(5), 1093-1099.
- 152.Stark, D. P., House, A. (2000). Anxiety İn Cancer Patients. *British Journal Of Cancer*, 83(10), 1261-1267.
- 153.Steginga, S. K., Dunn, J. (1997). Women's Experiences Following Treatment For Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum* 24(8), 1403-1408.
- 154.Stilos, K., Doyle, C., Daines, P. (2008). Addressing The Sexual Health Needs Of Patients With Gynecologic Cancers. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 12(3), 457-463.
- 155.Stone, R., Fliedner, M. C., Smiet, A. C. (2005). Management Of Oral Mucositis İn Patients With Cancer. *European Journal Oncology Nursing* 9(1), 24-32.
- 156.Strasser, F., Sweeney, C., Willey, J., Benisch, T. S., Palmer, J. L., Bruera, E. (2004). Impact Of A Half-Day Multidisciplinary Symptom Control And Palliative Care Outpatient Clinic İn A Comprehensive Cancer Center On Recommendations, Symptom Intensity, And Patient Satisfaction. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 27(6), 481-491.
- 157.Şenarslan, D. A. (t.y.). Derin ven Trombozu ve Trombo Emboli. Erişim: 10 Kasım 2012, Http://Tip.Bozok.Edu.Tr/Viewpage.Php?Page_İd=81

158. Tahmasebi, M., Yarandi, F., Eftekhar, Z. (2007). Quality Of Life İn Gynecologic Cancer Patients. *Asian Pacific Journal Cancer Preventive*, 8, 591-592.
159. Taşkın, L. (2009). Jinekolojik Kanserler. L. Taşkın. (Haz.). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (s. 655-684). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
160. The Council Of Palliative Care Australia. (2005). *Standards For Providing Quality Palliative Care For All Australians* Palliative Care Australia.
Erişim: 13 Eylül 2012,
<http://www.palliativecare.org.au/Portals/46/Standards%20for%20providing%20quality%20palliative%20care%20for%20all%20Australians.pdf>
161. Terakye, G. (2011). Kanserli Hasta Yakınları İle Etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (2), 78-82.
162. The International Association For The Study Of Pain. (2011). *Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. Erişim: 10 Aralık 2012, http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2687
163. Tipton, J. M., Mcdaniel, R. W., Barbour, L., Johnston, M. P., Kayne, M., Leroy, P., ve Diğerleri. (2007). *Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions To Prevent, Manage, And Treat Chemotherapy-Induced Nausea And Vomiting*. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 11(1):69-78.
164. Tortumluoğlu, G. (2004). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Temel Gereksinimlerini Gidermede Hemşirenin Rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. *Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi*, Issn: 1303-5134. Erişim: 6 Aralık 2012, www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/download/.../129
165. Tuncer, A. M., Özgül, N., Gültekin, M. (2008). *Uluslararası Kanser Tedavisi ve Araştırmaları Palyatif Bakım El Kitabı*. Ankara: Lilly Oncology
166. Turgay, G. (2010). *Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri*. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
167. Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2010). *Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.

168. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010 [Elektronik Sürüm]. Ankara: Kalkan Matbaacılık.
169. Türkiye Cumhuriyeti Türkiye İstatistik Kurumu. (2011). Ölüm Nedeni İstatistikleri 2009. Erişim: 5 Şubat 2011, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10711>
170. Ulu, M. B. (2007). Farklı Sürelerdeki Üriner Obstrüksiyon Varlığında Vücut Dışı Şok Dalgalarının Böbrekte Oluşturduğu Değişikliklerin Histopatolojik Olarak ve HSP-70 Ekspresyonu Kullanılarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Afyon Kocetepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
171. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. (2009). Erişim: 03 Ocak 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Kayıt No: 9789755902852
172. Uzunköy, A. (2009). Rektovajinal fistüller: Tanı ve Tedavi. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi, 1(9), 19-21.
173. Ünsar, S., Fındık, Y. Ü., Kurt, S., Özcan, H. (2007). Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5), 89-106.
174. Walsh, d., donnelly, s., rybicki, l. (2000). the symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. Support care cancer, 8(4), 175-179.
175. Weitzner, M. A., Mcmillan, S. C., Jacobsen, P. B. (1999). Family Caregiver Quality Of Life: Differences Between Curative And Palliative Cancer Treatment Settings. Journal Of Pain Symptom Management, 17(6), 418-28.
176. Wells, N. B., Fedric, T. (2001). Helping Patients Manage Cancer-Related Fatigue. Home Healthcare Nurse, 19(8), 486-493.
177. Wenzel, L., vergote, I., Cella ,D. (2003). Quality Of Life İn Patients Receiving Treatment For Gynecologic Malignancies: Special Considerations For Patient Care. International Journal Gynecology Obstetrics, 83(1), 211-229..
178. Wilmoth, M. C., Spinelli, A. (2000). Sexual Implications Of Gynecologic Cancer Treatments. Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing, 29(4), 413-421.
179. Wohlschlaeger, A., Prevention And Treatment Of Mucositis: A Guide For Nurses. Nutrition İn Clinical Practise, 20(4), 281-287.

- 180.Wong, K. F., Yau, S. Y. (2009). Nurses' Experiences İn Spirituality And Spiritual Care İn Hong Kong. *Applied Nursing Research*, 23(4), 242-244.
- 181.World Health Organization. (2008). Cardiovascular Diseases . Erişim: 23 Şubat 2011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- 182.World Health Organization. (2004). Integrated Management Of Adult Illnesses, Palliative Care:Symptom Management And End Of Life Care. <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf>
- 183.World Health Organization. (2012). WHO Definition Of Palliative Care. Erişim: 1 Şubat 2011, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 184.World Health Organization. (2008). Cancer. Erişim: 23 Şubat 2011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
- 185.Yazıcı, Y., Kanan, N. (2004). Kanserde Psikososyal Yaklaşım. *Hemşirelik Bülteni*, 13(53),127-137.
- 186.Yeşilbalkan, Ö. U., Akyol, A. D., Çetinkaya, A. T., Ünlü, D.(2005). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21, 13-31.
- 187.**Yıldırım, Y. K., Uyar, M., Fadıloğlu, Ç. (2005).Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisi. *Ağrı*, 17(4), 17-22.
- 188.Yıldırım, A. (2005). Kemoterapi ve Hemşirelik Bakımı Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. TC Sağlık Bakanlığı Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Ankara
- 189.Yılmaz, H., Hacıvelioğlu, S., Dinçer, Ö. (2002). Pelvik Operasyonlarda Mesane ve Üreter Yaralanmaları. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 103 – 105.
- 190.Yılmaz, M. Ç. (2007). Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 4(17), 241-246. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*
- 191.Yiğit, R. (1998). Hasta ve Ailesine Ölümle Baş Etmelerinde Yardım Etme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (2), 9-15.
- 192.Zeng, Y. C., Wang, N., Ching, S. S., Loke, A. Y. (2011). Chinese Nurses' Attitudes And Beliefs Toward Sexuality Care İn Cancer Patients, *Cancer Nursing*, 34(2), 14-20.

193. Zitella, L. J., Friese, C.R., Hauser, J., Gobel, B. H., Woolery, M., Andrews, F. A. (2006). Putting Evidence Into Practice: Prevention Of Infection. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 10 (6):739-750.

ÖZGEÇMİŞ

Fatma USLU, 1988 yılında Keçiören/Ankara'da doğmuştur. İlköğretimi Çağlar İlköğretim Okulu'nda, liseyi Mamak Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır. 2006 Yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne başlamış, 2010 yılında fakülte ikincisi olarak mezun olmuştur. 2011 bahar döneminde Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans programına başlamıştır. Araştırmacı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 2011 Şubat ayında başlamış, doğum ünitesi (1 yıl) ve onkoloji ünitesinde (9 ay) ünite hemşiresi olarak çalışmıştır. Çalışmasına Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi'nde araştırma görevlisi (ÖYP) olarak devam etmektedir (Kasım 2011- ...).

EKLER

EK 1.

VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No:

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında “Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi” amacı ile tez çalışması olarak planlanmıştır.

Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanabilmesi önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Füsun Terzioğlu

Fatma Uslu

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz?

Kadın

Erkek

3. Mesleğiniz nedir?

Hemşire

Ebe

Sağlık Memuru

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

Lise

Önlisans

Lisans

Yüksek lisans / doktora

5. Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?

6. Ne kadar süredir Jinekolojik Onkoloji Ünitesi'nde çalışıyorsunuz?

II. PALYATİF BAKIM KONUSUNDA EĞİTİM VE BİLGİ ALMA DURUMU

7. Palyatif bakım konusunda bilgi aldınız mı?
- Evet
- Hayır (12 . soruya geçiniz.)
8. Bu bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
- Üniversite eğitimi sırasında
- Hizmet içi eğitimlerden
- İnternette
- Kitap ve dergilerden
- Kongre ve seminerlerden
- Diğer (Lütfen belirtiniz.).....
9. Aldığınız bilginin/eğitimin içeriği nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
- Kötü haber verme
- İletişim becerileri
- Palyatif bakımda etik ve yasal konular
- Ağrı yönetimi
- Semptom kontrolü (Bulantı-kusma, dispne, yorgunluk vb.)
- Yas süreci ile baş etme
- Diğer (Lütfen açıklayınız.)
10. Palyatif bakımla ilgili aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?
- Evet
- Hayır
11. Cevabınız hayır ise başka hangi konularda eğitim almak isterdiniz? (Lütfen belirtiniz.)
12. Çalıştığınız kurumda palyatif bakım konusunda düzenlenen hizmet içi eğitim programı var mı?
- Evet (Lütfen içeriğini ve süresini belirtiniz.)
- Hayır

III. JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA SIK RASTLANAN SEMPTOMLAR

13.Aşağıda Jinekolojik kanserli hastalarda görülebilen semptomlar verilmiştir.

Bu semptomlar ile karşılaşma durumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz ve bu semptomlara yönelik yaptığınız hemşirelik girişimlerini lütfen belirtiniz..

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA RASTLANAN SEMPTOMLAR		SEMPTOMLAR İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞI			HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
		HİÇ	NADİREN	SIKLIKLA	
SOLUNMU SİSTEMİ	Dispne				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					
KARDİYO VASKÜLER SİSTEM	Lenf Ödemi				
	Derin Ven Trombozu				
	Asit Birikimi				
	Yorgunluk				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.).....					
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM	Mukozit				
	Barsak Obstrüksiyonu				
	Konstipasyon				
	Diyare				
	Bulantı-Kusma				
	İştahsızlık				

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA RASTLANAN SEMPTOMLAR		SEMPTOMLAR İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞI			HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
		HİÇ	NADİREN	SIKLIKLA	
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM (DEVAM)	Kaşeksi				
	Dehidratasyon				
	Tat Değişikliği				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					
ÜRO-GENİTAL SİSTEM	Vajinal Kanama				
	Rektovajinal Fistül				
	Vezikovajinal Fistül				
	Menopozal Semptomlar (Libido azalması, ateş basması, terleme, çarpıntı, kas-kemik ağrıları, depresyon,dikkat kaybı, vs.)				
	Üriner Obstrüksiyon				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					
HEMATOLOJİK SİSTEM	Kanama				
	Anemi				
	Lökopeni				
	Trombositopeni				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA RASTLANAN SEMPTOMLAR		SEMPTOMLAR İLE KARŞILAŞMA SIKLIĞI			HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
		HİÇ	NADİREN	SIKLIKLA	
NÖROLOJİK SİSTEM	Deliryum				
	Uykusuzluk				
	Ağrı				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					
DERİ	Ciltte Kuruma				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					
PSİKOSOSYAL DURUM	Anksiyete				
	Ölüm Anksiyetesi				
	Öfke				
	İnkar				
	Ümitsizlik				
	Depresyon				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					
CİNSEL YAŞAM	Cinsel İsteksizlik				
	Cinsel Doyumsuzluk				
	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu				
DİĞER (Lütfen belirtiniz.)					

IV. PALYATİF BAKIMA YÖNELİK UYGULAMALAR

14. Aşağıda palyatif bakım uygulamalarına yönelik yapılacak birtakım hemşirelik girişimleri bulunmaktadır. Bu hemşirelik girişimlerini uygulama durumunuzu belirten seçeneği işaretleyiniz. (“**Evet**” seçeneğini işaretlediyseniz sağ taraftaki açıklama kutusuna hangi hemşirelik girişimlerini yaptığınızı, “**Hayır**” seçeneğini işaretlediyseniz nedenini lütfen belirtiniz.)

PALYATİF BAKIMA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	EVET	KISMEN	HAYIR	HANGİ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİ UYGULUYORSUNUZ/ NEDEN BU GİRİŞİMLERİ UYGULAMIYORSUNUZ
Hasta yakınlarının yaşam kalitesini geliştirici girişimlerde bulunuyorum. (Hasta yakınlarını fiziksel, ruhsal, sosyal durumlarını değerlendirmek ve onlara yönelik hemşirelik bakımı planlamak, vs.)				
Hasta ve yakınlarını, hastalığın ve tedavinin seyri hakkında bilgilendiriyorum.				
Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşuyorum.				
Yaklaşanmölümü fark ediyorum. (Vital bulgularda değişim, (apne periyotları, vücut sıcaklığında artış gibi), periferik siyanoz, oligüri/anüri, azalan oral beslenme, inkontinans, vs)				

PALYATİF BAKIMA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ (DEVAM)	EVET	KISMEN	HAYIR	HANGİ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİ UYGULUYORSUNUZ/ NEDEN BU GİRİŞİMLERİ UYGULAMIYORSUNUZ
Hasta ve ailesini yaklaşımda olan ölüme hazırlıyorum.				
Hastanın spiritüel (ruhani, manevi) gereksinimlerine, kültürel değerlerine (dil, din, gelenek-görenek vs.) duyarlı oluyorum. (Farklı kültür ve dini inanca sahip hastalar için, ekibin hangi inanç ve davranışın önemli olduğunu öğrenmesi ve bunlara uyulmasını sağlamak için elinden geleni yapması, vs.)				
Yaşam sonu bakım uygulamalarında etik ilkelere (zarar vermeme-yararlılık ilkesi, özerklik bireye saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesi) dikkat ediyorum.				
Etik ikilem yaşanması durumunda hastanenin hangi biriminden yardım alacağımı biliyorum. (Hasta hakları birimi, hastane etik kurulu, vs.)				
Aileyi ölüm sonrası yas sürecinde destekliyorum.				

IV. PALYATİF BAKIM UYGULAMASINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

15. Aşağıda palyatif bakım uygulamasında karşılaşılabilecek engeller verilmiştir. Bu ifadelerden katılma durumunuzu belirten seçeneği lütfen işaretleyiniz.

PALYATİF BAKIM UYGULAMASINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER	KATILYORUM	KISMEN	KATILMIYORUM	BİR FİKRİM YOK
Doktor, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitimi eksiktir.				
Halkın palyatif bakım konusunda bilgisi yetersizdir ve bu hastalar yeterince destek tedavisi talep etmemektedir.				
Palyatif bakım yeterli kanun ve mevzuatla desteklenmemiştir.				
Evde bakım gibi bazı palyatif bakım programları sağlık sigortalarının kapsamı dışında kalmaktadır.				
Ağrı yönetiminde opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılır ve bağımlılık yan etkisi çok abartılır.				
Semptom kontrolünde standartlar bilinmemektedir.				
Sağlık personelinin opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar...) vardır.				
Hastanın opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar...) vardır.				
Kırmızı ve yeşil reçete ulaşılabilirliğinde ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler vardır.				
Ağrı yönetiminde kullanılan opioidlerin çeşitliliği azdır ve eczanelerden temin edilmesindeki engeller vardır.				

EK 2.

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİN YAZISI**



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580
E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

29 Ağustos 2012

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00/663

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26 TEMMUZ 2012 PERŞEMBE
Toplantı No : 2012/07
Proje No : LUT 12/65 (Değerlendirme Tarihi 03.07.2012)
Karar No : LUT 12/65 - 15

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Füsün Terzioğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, Hemşire Fatma Uslu'nun tezi olan LUT 12/65 kayıt numaralı ve "Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye)
KATILMADI |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer (Üye) | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmenster (Üye) | 13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Meral Aksoy (Üye)
KATILMADI | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye)
KATILMADI | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |

EK 3.

SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

08-2030

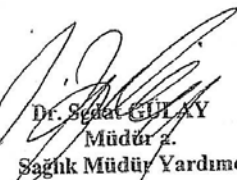
T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

16.05.2012+065178

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09-773/99
Konu : Araştırma İzni (Fatma USLU)HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bil. Fak. Hemşirelik Bölümü)

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi olan Fatma USLU'nun "Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi" Tezinin 15 Haziran-30 Eylül 2012 tarihlerinde Ön uygulamasının Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesinde, Uygulamasının ise aşağıda adı geçen Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yapılması uygun görülmüştür

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Dr. Senat GILAY
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: Anket formu(9 sayfa)

DAĞITIM:**Gereği:**

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hast. ve EAH.
Dr. Sami ULUS Kadın Doğ.Çocuk Sağlığı ve Hast. EAH.
Dr. Zekai Tahir BURAK Kadın Sağlığı ve EAH.
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi(Ön uygulama)
Ulus Devlet Hastanesi(Ön uygulama)

Bilgi:

Hacettepe Üniv.(Sağlık Bil. Fak.Hemşirelik Bölümü)

Eğitim Şube Müdürlüğü Tel: 385 97 00 / 13 96

Adres: Bağdat Cad. No: 16 Gimat Kavşağı Otopazarı Yanı Macunköy / Ankara

Faks: 385 97 00 / 13 97

EK 4.**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN HASTANESİ İZİN YAZISI**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ | Erişkin Hastanesi
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Onkoloji Hastanesi



B.30.2.HAC.0.HD.00.00/D- 1626

21.05.2012

Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü'ne,

İlgi: 08.05.2012 tarih ve 333 sayılı yazınız.

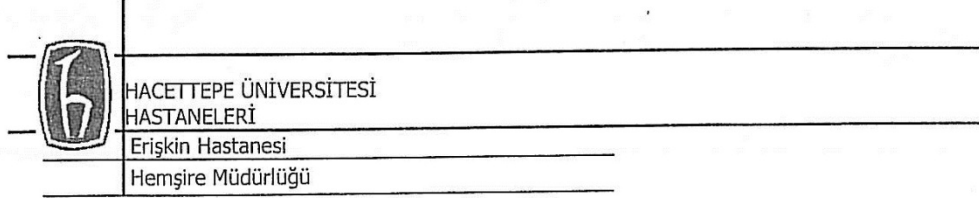
İlgi yazınız Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü tarafından incelenerek cevap yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Prof.Dr. Arzu TOPELİ İSKİT
Erişkin Hastanesi Başhekimi

Ek: 1 sayfa yazı,

ATİ/cd

EK 4. (DEVAM)**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN HASTANESİ İZİN YAZISI**

B.30.2.HAC.0.70.10.09/958

21.05.2012

Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne;

İlgi: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün 333 sayılı ve 08.05.2012 tarihli yazısı.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fatma USLU'nun Ankara İl Merkezinde "Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu tezinin uygulamasını 15.06.2012- 30.09.2012 tarihleri arasında hastanemizde yapması müdürlüğümüzce uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Gönül YILDIRIM
Hemşire Müdürü



EK 5.

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ CEBECİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ İZİN YAZISI**



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/3642
Konu : Fatma USLU'nun Tez Uygulaması Hk.

12305 04.06.2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanlığına

İlgi:Fakültemiz Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğine hitaben yazılan;
08.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/333 sayılı yazımız.

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilmi Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatma USLU'nun Ankara il merkezinde "Jinokolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi" tezinn uygulamasını 15.06.2012-30.09.2012 tarihleri arasında Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.T.Murat ÖZSAN
Dekan.
Dekan Yardımcısı

EK 6.

GAZİ HASTANESİ İZİN YAZISI

15.05.2012
05-1830

15.2.2012 / 292



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

Sayı : B.30.2.GÜN 0.H1.02.00 /1947
Konu :

11.05.2012

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

İLGİ: 08.05.2012 tarih ve 333 sayılı yazınız.

Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Fatma USLU'nun 15.06.2012 - 30.09.2012 tarihleri arasında tez çalışması uygulaması yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Sacit TURANLI
Başhekim

EK 7.**KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU****KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU**

Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda uygulamalarının belirlenmesi amacı ile bir araştırma yapmaktayız. Palyatif bakım, kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlarla yaşayan bireylerde ve ailelerinde, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Araştırmanın ismi “Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Konusunda Uygulamalarının Belirlenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda uygulamalarını belirlemektir. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hemşire Fatma Uslu sizinle görüşmeyi yapacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

EK 7.(DEVAM)**KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU*****KATILIMCI ONAM FORMU***

Sayın Hemşire Fatma Uslu tarafından Jinekolojik Onkoloji Ünite'lerinde çalışan ebe ve hemşirelere bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim.)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Hemşire Fatma Uslu 'yu 0312 306 50 21 ve Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza:

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Füsün Terzioğlu

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü***Yardımcı Araştırmacı***

Fatma Uslu

EK 8. Ek Tablolar

Tablo 1. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Uygulama Durumuna Göre Hangi Hemşirelik Uygulamalarını Yaptığı/Neden Yapmadığı) (n=65)

Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri	Uygulama Durumu					
	Evet		Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Hasta yakınlarının yaşam kalitesini geliştirici girişimlerde bulunma						
Hastayı ve yakınlarını bakıma dahil etme	14	70.0	11	47.8	0	0.0
Bilgi eksiklerini giderme	10	50.0	12	52.2	0	0.0
Hasta yakınları ile terapötik iletişime girme	9	45.0	3	13.0	0	0.0
Refakatçi olarak kalmak istiyorlarsa yardımcı olmaya çalışma	6	30.0	3	4.6	0	0.0
Hasta yakınlarını psikoloğa yönlendirme	3	15.0	1	4.3	0	0.0
Sosyal hizmetler ile işbirliği yapma	1	5.0	2	8.7	0	0.0
Hasta yakınlarına bakım uygulamaya fırsat bulamama	0	0.0	0	0.0	16	72.7
Hasta yakınları ile karşılaşmama	0	0.0	0	0.0	4	18.2
Hasta ve yakınlarını tedavinin seyri hakkında bilgilendirme						
Ekip ile işbirliği içinde bilgilendirme	7	50.0	16	57.1	0	0.0
Hemşirelik girişimleri konusunda bilgilendirme	5	35.7	23	82.1	0	0.0
Yaşadığı semptomlar konusunda bilgilendirme	4	28.6	0	0.0	0	0.0
Doktora yönlendirme	0	0.0	0	0.0	22	100
Hasta yakınlarına bakım uygulamaya fırsat bulamama	0	0.0	0	0.0	16	72.7
Hasta yakınları ile karşılaşmama	0	0.0	0	0.0	4	18.2
Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma						
Ölüm konusunda Konuşmak İstedikleri Zaman İletişimi Açık Tutma ve Onlarla Konuşma	4	100	13	100	0	0.0
Ölüm Konusunda Konuşmaktan Kaçınma	0	0.0	0	0.0	41	85.4
Talep Etmedikleri İçin Ölüm Hakkında Konuşmama	0	0.0	0	0.0	3	6.3
Ölüm İle Hiç Karşılaşmama	0	0.0	0	0.0	2	4.2

Tablo 2. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Uygulama Durumuna Göre Hangi Hemşirelik Girişimlerini Yaptığı/Neden Yapmadığı) (n=65)

Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri	Uygulama Durumu					
	Evet		Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Yaşanan ölümü fark etme						
Vital bulgularını daha sık takip etme	47	75.8	1	50.0	0	0.0
Hastayı monitöre etme	46	74.2	1	50.0	0	0.0
Ekibe Haber verme	44	71.0	0	0.0	0	0.0
Acil arabasını hazırda bulundurma	37	59.7	0	0.0	0	0.0
Aldığı Çıkardığı Takibi yapma	18	29.0	0	0.0	0	0.0
Satürasyon Takibi yapma	10	16.1	0	0.0	0	0.0
Genel fiziksel durumunu değerlendirme	9	14.5	0	0.0	0	0.0
Bilinç durumunu değerlendirme	5	8.1	0	0.0	0	0.0
Mavi Kod verme	5	8.1	0	0.0	0	0.0
Diğer hastaların görmemesi için uygun ortam sağlama	5	8.1	0	0.0	0	0.0
Doktor istemine göre medikal tedavi uygulama	4	6.5	1	50.0	0	0.0
Doktor istemine göre total parenteral nütrüsyon uygulama	3	4.8	0	0.0	0	0.0
Labaratuvar değerlerini anormal bulgular açısından Takip etme	1	1.6	0	0.0	0	0.0
Hastayı tek kişilik odaya alma	1	1.6	0	0.0	0	0.0
Hasta ve ailesini yaklaşmakta olan ölüme hazırlama						
Terminal dönem hastaların aileleri ile ölümün yakın olduğu, hazırlıklı olmaları konusunda konuşma	9	90.0	8	72.7	0	0.0
Terminal dönem hastalarla ekip ile işbirliği içinde yaklaşmakta olan ölüme hazırlama	2	20.0	4	36.4	0	0.0
Ölüm konusunda konuşmaktan kaçınma	0	0.0	0	0.0	39	88.6
Ölüm ile karşılaşmama	0	0.0	0	0.0	3	6.8

Tablo 3. Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri (Uygulama Durumuna Göre Hangi Hemşirelik Girişimlerini Yaptığı/Neden Yapmadığı) (n=65)

Palyatif Bakıma Yönelik Hemşirelik Girişimleri	Uygulama Durumu					
	Evet		Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Hastanın spiritual gereksinimlerine, kültürel değerlerine duyarlı olma						
Hasta bakımını aksatmayacak ise duyarlı olma	33	70.2	9	69.2	0	0.0
Dini uygulamalarda talep ederlerse yardımcı olma	22	46.8	6	46.2	0	0.0
Türkçe bilmeyen kişilerin türkçe bilmeyen yakınlarının yanlarında olmasına izin verme	13	27.7	3	23.1	0	0.0
Hastanın iletişimi zayıf ise refakatçiye izin verme	7	14.9	1	7.7	0	0.0
Türkçe bilmeyen kişilere hastaneden çevirmen sağlama	2	4.3	2	15.4	0	0.0
Etik ikilem yaşanması durumunda hastanenin hangi biriminden yardım alacağını bilme						
Hasta hakları birimi yardım alma	9	34.6	0	0.0	0	0.0
Klinikşefi yardım alma	9	34.6	3	30.0	0	0.0
Başhemşirelik yardım alma	8	30.8	6	60.0	0	0.0
Sosyal hizmetler yardım alma	5	19.2	0	0.0	0	0.0
Servis sorumlu hemşiresi yardım alma	4	15.4	3	30.0	0	0.0
Etik kurul yardım alma	3	11.5	2	20.0	0	0.0
Başhekimlik yardım alma	2	7.7	3	30.0	0	0.0
Daha önce karşılaşmamama	0	0.0	0	0.0	29	100.0
Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşma						
Onların yanında olmaya çalışma	22	71	9	42.9	0	0.0
Sakin bir ortama alma	17	54.8	3	23.1	0	0.0
Hasta yakınları ile terapötik iletişime girme	14	45.2	0	0.0	0	0.0
Psikolog ile işbirliğine girme	4	12.9	0	0.0	0	0.0
Öğrenmek isterlerse cenaze işlemleri hakkında bilgilendirme	3	9.7	0	0.0	0	0.0
Hastayı morga gitmeden önce son hemşirelik bakımını yapma	2	6.5	0	0.0	0	0.0
Talep ederlerse uygun bir şekilde hastalarını görmelerini sağlama	2	15.4	2	15.4	0	0.0
Ölüm sonrasında çok kısa süre serviste kaldıkları için yardımcı olamama	0	0.0	0	0.0	9	42.9
Daha önce karşılaşmama	0	0.0	0	0.0	8	38.1
Hasta yakınlarına vakit ayıramama	0	0.0	0	0.0	2	9.5