

GERM HÜCRELİ OVER KANSERİ: OLGU SUNUMU

Dr. Gül Pınar¹, Dr. Hülya Akdemir², Dr. Aysel Abbasoğlu³

ÖZET

Giriş: Over kanseri, kadın genital kanserleri içinde en çok ölüme neden olan kanserlerden biridir. Hastalık ileri evreye gelene kadar herhangi bir belirti vermemektedir. Tanı konulduğunda olguların %75'i ileri evrededir.

Amaç: Bu çalışmamızda; karaciğer, omentum ve karın ön duvarına metastaz yapmış germ hücreli over kanserli olgumuzda hemşirelik yaklaşımlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmanın verileri, jinekoloji veri toplama formu ile elde edilmiştir. Bu form; veri toplama-değerlendirme, tanılama ve günlük planlama olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Elde edilen veriler, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları-NANDA tarafından onaylanan hemşirelik tanıları ve NIC Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması çerçevesinde ele alınmıştır.

Olgu Sunumu: 28 yaşındaki hastamız, 11-04-2007 tarihinde 10 gündür süren karın ağrısı, şişkinlik, retrosternal ağrı ve son 2 gündür devam eden bulantı-kusma ve çarpıntı şikayeti ile Başkent Üniversitesi acil ünitesine başvurmuş ve daha sonra kliniğimize yatışı uygun bulunmuştur. Her iki overi içeren Evre III'de tümör pelvis dışına peritoneal yayılım, retroperitoneal lenf nodu tutulumu, omentuma histolojik olarak kanıtlanmış tümör infiltrasyonu bulunmaktadır. Tedavide cerrahi olarak BSO, omendektomi, appendektomi, PALND ve LND yapıldı, 4 kür kemoterapi uygulandı. Batında dolgunluk hissi ve karın ağrıları tarif etmesi üzerine 8. 3. 2008 tarihinde kliniğimize yatışı yapılan hastamız bu tarihten itibaren 1.5 ay süreyle hemşirelik bakım planı ile izlenmiştir.

Sonuç: Bireyselleşmiş bakımı ve anlayışı sağlayacak, iyi geliştirilmiş hemşirelik tanı ve girişimleri ile ilgili çalışmalar ortak dil oluşturarak hemşirelik bakımının belgelenmesine imkan tanımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kadın genital kanserler, Over kanseri, Germ hücreli over kanseri.

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cancer is one of the genital cancer which most causes death. The illness gives no symptom till to the advanced phase. %75 of phenomenons are in advanced phase when diagnosed.

Objective: In this study, we have tried to provide nursing approach to the with malignant germ cell tumors of the ovary that metastases the liver, omentum and abdominal front muscle.

Materials and Methods: The study's datas are obtained by gynaecology data collection form. This form constitutes three section such as data collection-evaluation, diagnose and everyday planning. The obtained datas are evaluated according to nursing diagnosis accepted by North American Nursing Diagnosis Association -NANDA and Nursing Intervention Classification-NIC.

Case: Our 28 years old patient applied to Baskent University emergency services on 11 April 2007 with her complaint about stomachache lasting 10 days, inflation, retrosternal pain, nausea-vomit and palpitation complaint and continuing for the last 2 days and whose lying on our infirmary was preferred. In the stage III that includes both two over, there are peritoneal spread outer to the tumour pelvis, retroperitoneal lymph node involment, tumour infiltration proved as omentum histological. In the surgical treatment, like BSO, omentectomy, appendectomy, PALND and LND were done and 4 cure chemotherapy was applied. On our patient's complaint about abdominal repletion sense and stomachache who was staying in our clinic from 8 March 2008, she was observed with nursing care plan for 1.5 months by this time.

Conclusion: The studies about well-developed nursing diagnosis and interference that will provide individualised care and concept make it enable to document nursing care by composing a common language.

Key Words: Woman genital cancers, Ovarian cancer, Ovarian germ-cell cancer.

Geliş tarihi: 18/11/2008

Kabul tarihi: 19/12/2008

¹Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ANKARA

²Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Jinekoloji Servisi ANKARA

³Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü ANKARA

İletişim: Dr. Gül Pınar

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ANKARA

E-posta: gpınar@baskent.edu.tr

Giriş

Günümüzde jinekolojik kanser türlerinin artması, tedavi sürecindeki alternatiflerin çoğalması, jinekolojik kanserlerin çoğunluğunun cerrahi müdahale gerektirmesi, tedavi süresinin uzun olması, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımının önemini ortaya koymaktadır (1). Over kanseri, kadın genital kanserleri içinde en çok ölüme neden olan kanserlerden biridir. Hastalık ileri evreye kadar herhangi bir belirti vermemektedir. Tüm genital kanserlerin % 20-25'ini oluşturur. Over kanseri; epitelyumial (%90-95) ve germ hücreli (%5-10) tümörler olmak üzere ayrılır. Epitelial tümörler genellikle orta ve ileri yaş grubunda (50-60 yaş) gözlenirken, germ hücreli tümörler genellikle genç yaş grubunda (30 yaşlarında) görülür, ancak epitelial over tümörlerine göre çok daha hızlı büyürler (2).

Bu çalışmamızda; karaciğer, omentum ve karın ön duvarına metastaz yapmış matür kistik teratom'lu olgumuzda hemşirelik yaklaşımlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın verileri, "Jinekoloji Veri Toplama Formu" ile elde edilmiştir. Bu form; veri toplama-değerlendirme, tanılama ve günlük bakım planı olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Elde edilen veriler, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları-NANDA tarafından onaylanan "Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine" göre yapılmıştır (3). Bu örüntüler; "Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi, Beslenme-Metabolik, Eliminasyon, Aktivite-Egzersiz, Uyku-Dinlenme, Bilişsel-Algısal, Kendini Algılama-Rol İlişki, Cinsellik-Üreme, baş etme-Stres Toleransı, Değer-İnanç" şeklinde ele alınmaktadır.

Hemşirelik bakım planına göre belirlenen hemşirelik uygulamaları ise "Nursing Intervention Classification-NIC Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi"ne göre adlandırılmıştır. NIC sistemi, 7 alana ayrılmakta (1. Fizyolojik: Temel Fonksiyonlar, 2. Fizyolojik: Karmaşık Fonksiyonlar, 3. Davranışsal Terapi, 4. Güvenlik, 5. Aile, 6. Sağlık Sistemi, 7. Toplum) toplam 30 sınıf ve 514 girişimden oluşmaktadır (4,5).

Verilerin değerlendirilmesinde; 514 hemşirelik girişimi ve aktiviteleri araştırmacılar tarafından ince-

lenmiş, Germ Hücreli Over Kanserli Olgu'nun bakım planındaki hemşirelik uygulamaları NIC alan ve sınıflama sistemine uygun olarak adlandırılmıştır.

Etik Boyut

Hastamıza araştırma hakkında bilgi verilmiş olup sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için Başkent Üniversitesi Araştırma ve Etik Kurul onayı alınmıştır.

OLGU SUNUMU

28 yaşındaki hastamız 11-04-2007 tarihinde 10 gündür süren karın ağrısı, şişkinlik, retrosternal ağrı ve son 2 gündür devam eden bulantı-kusma ve çarpıntı şikayeti ile Başkent Üniversitesi Acil Servisi'ne başvurmuş ve daha sonra kliniğimize yatışı uygun bulunmuştur.

Özgeçmişinde; PID, CYBH öyküsü ve sigara-alkol kullanımı yok. Menarş yaşı 15 y, siklusu düzenli, infertilite öyküsü yok, nullipar. Soy geçmişi, herhangi bir özellik yok. Fizik muayene; adnekslerde palpabl kitle ve karında asiti düşündürülen fluktuasyonlar mevcut. Abdominal BT de, maling dejenerasyon gösteren germ hücreli teratom düşünüldü. Sağ overde 4x1 mm, sol overde 18x17 mm matur kist bulundu. Her iki overi içeren Evre III'de tümör pelvis dışına peritoneal yayılım (+), retroperitoneal lenf nodu tutulumu, omentuma histolojik olarak kanıtlanmış tümör infiltrasyonu bulunmaktadır. Tümör belirteçleri; (11.4.2007) AFP: 0.805 IU/ml, CA125: 452.7'dir.

16.4.2007'de hastamıza sol salphingo ooferektomi omentektomi, apendektomi ve LND yapıldı. Sağ over biyopsisi alındı ve hasta bir hafta sonra taburcu edildi. Ameliyat sonu patoloji raporu: malign germ hücreli over tümörü. Sağ over biyopsi sonucu: malign germ hücreli over tümörü tespit edildi.

10.05.2007'de 21gün arayla 4 kür adjuvan BEP (Bleomicyn, Etoposid Cisplatin) almasına karar verildi. (Bu tarihte hastamız 1. kür kemoterapiyi aldı) 25.5.2007 karın şişliği şikayeti ile tekrar yatışı yapıldı. Parasentezle 3000 cc sıvı alındı. Nötropeni nedeniyle Neupogen ve 2 ünite TDP aldı. Asit mai sitolojide neoplastik hücre bulunmadı. CA125: 73.79 IU/ml, AFP:2.24 olarak geldi. 2.6.2007 de hastamız 2. kür kemoterapiyi aldı. 8.6.2007 de tekrar karın şişkinliği ile hastanemize başvuran hastamıza parasentez uygu-

landı. P/S örneğinde bol lökosit izlendi, peritonit nedeniyle tedavisi yapıldı. (rocephin, vanko, tienam, flagyl). Asit mai sitolojisinde neoplastik hücre bulunmadı. 27.6.2007 de alt ekstermitede ödem ile hastaneye başvuran hastamıza KVC konsültasyonu istendi. Bacak elevasyonu ve antikoagülan tedavi başlandı.

Albumin düşük olduğu için (2.4) nütrisyon konsültasyonu istendi ve albumin replasmanı yapıldı. TPN desteği ve neupogen uygulandı. Trombositopeni nedeniyle TDP verildi. 27.6.2007 de hastamız 3. kür kemoterapi aldı. 9.7.2007 de taburcu edildi. 24.7.2007 de ise 4. kür kemoterapiyi aldı ve 28.7.2007 de taburcu edildi.

Tablo 1—NANDA Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü	Tamamlayıcı Özellikler	Hemşirelik Tanıları
Sağlığı Algılama	IV kateter Drenler	Enfeksiyon riski Travma /yaralanma riski
Sağlığın Yönetimi	İleostomi Nötropeni	Bilgi defisiti Terapötik rejimi ineffectif yönetim
Beslenme-Metabolik	İştahsızlık Batında asit Bulantı-kusma	Beslenmede değişim: vücut gereksiniminden daha az beslenme Sıvı elektrolit dengesizliği Sıvı volüm fazlalığı Oral mukoz membranda bozulma Doku bütünlüğünde bozulma İneffectif termoregülasyon
Eliminasyon	İleostomi	Eliminasyon örüntüsünde değişim Sıvı-elektrolit dengesizliği
Aktivite Egzersiz	Kas gücü kaybı Ağrı Batında asit	İneffectif hava yolu temizliği Fiziksel mobilitede bozulma Aktivite intoleransı, yorgunluk Özbakım defisiti Deri bütünlüğünde bozulma Doku perfüzyonunda azalma riski
Uyku-Dinlenme	Uykuya dalmada güçlük	Uyku örüntüsünde değişim
Bilişsel-Algisal	Sözel ve sözel olmayan ağrı ifadesi	Akut ağrı Rahatta değişim Bilgi defisiti
Kendini Algılama	Ooferektomi Kanser hastalığı	Beden imgesinde bozulma Anksiyete
Rol İlişki		Aile içi süreçlerde değişim Acı çekme
Cinsellik-Üreme	Seksüel örüntüde değişim	Güçsüzlük Sözel iletişimde bozulma riski

Potansiyel Komplikasyonlar: Derin ven trombozu, atelektazi, asidoz, hemoraji, tromboemboli.

6 aylık remisyon sürecinden sonra hastamızın; 15.1.2008 de bulantı, kusma, karında şişlik şikayeti ile tekrar kliniğimize yatışı yapıldı. Laboratuvar bulguları; Glikoz: 139, BUN:10, Kre: 0.74, Na:137, K:4.2, CRP:95, Alb: 3.01, Ca: 7.9, Mg:1.5, AST:14, ALT: 8'dir. TİT: Dansite:1024, PH:6, Protein:25, Keton: 40, Eritrosit:3, lökosit: 2 dir. İdrar kültüründe üremesi bulunmadı. Sistem tanılmasında; hastada yorgunluk, halsizlik, çarpıntı, solukluk, konstipasyon, bulantı-kusma, kilo kaybı, iştahsızlık, baş ağrısı, eklem ağrısı, dispne saptanmıştır. Yaşam bulguları; KB:100/60 mmHg, Ateş: 37,4 °C, Nabız: 96/dk, Solunum: 22/dk dir. ABD CT de ince barsak, dalak ve karaciğere metastaz tespit edildi. Biopsi ile teyit edildi. Toraks CT de her iki akciğerde fibrotik değişiklikler izlendi. 17.1.2008 de barsak perforasyonu nedeniyle hastamıza sağ karın ön duvarında ileostomi açıldı. 24.1. 2008 de taburcu edildi.

Periyodik kontrolleri hastanemizce yapılan ve hemşirelik bakım planı ile izlediğimiz hastamızın bakımında kullanılan hemşirelik tanıları; "Enfeksiyon Riski", "Yaralanma Riski", "Solunum Örüntüsünde Bozulma", "Beslenmede Değişim: Vücut Gereksiniminden Daha Az Beslenme", "Oral Mukozada Değişim", "Deri Bütünlüğünde Bozulma", "Yorgunluk", "Güçsüzlük", "Anksiyete", "Bilgi Defisiti", "Benlik Saygısında Bozulma" şekline ele alınmıştır. Potansiyel komplikasyonlar olarak; "derin ven trombozu, ateletazi, asidoz, hemoraji, tromboemboli" durumları göz önünde bulundurulmuştur (Tablo 1). NIC

sistemine göre olgumuzda ele alınan hemşirelik girişimleri; "1. Fizyolojik Alan: Temel Fonksiyonlar, 2. Fizyolojik Alan: Karmaşık Fonksiyonlar, 3. Davranışsal Terapi" alanlarıdır. Hemşirelik girişimleri, Tablo 2'de detaylı olarak verilmiştir.

Hastamıza öncelikle hemşirelik girişimlerinden NaHCO₃'lü ağız bakımı ve tantum gargara verildi. Günlük hijyeni sağlandı. Dren kateter yerinin pansumanı yapıldı. Kızarıklık, akıntı, ısı artışı olmadı. Hasta ve ailesi enfeksiyon belirtileri yönünden bilgilendirildi. Yaşam bulguları takip edildi (A: 36.7, N: 88, S: 28, KB: 120/80 mmHg). Lökosit: 8 bin civarında, pelvis, subklavian kateter ve dren örneklerinde enfeksiyon belirtileri ilk değerlendirmede gözlenmedi. Bu doğrultuda hastamıza yönelik belirlenen hemşirelik tanı ve girişimlerinden bazıları aşağıda ayrıntılı bir şekilde verilmiştir.

1. Hemşirelik Tanısı: Kemik iliği baskılanması, immunosüpresyon, doku hasarı, dren-katetere bağlı "Enfeksiyon Riski"

Amaç; Enfeksiyonun önlenmesi ve erken tanınması

Hemşirelik Girişimi: Enfeksiyonu Önlemeye Yönelik Aktiviteler

- IV setlerin ve tespitlerin uygun aralıklarla değiştirilmesi ve bakımı
- İnsizyon bölgesi, kateter, ostomi ve dren yerlerinin lokal enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenmesi (eviserasyon, akıntı, kızarıklık, şişlik, hassa-

Tablo 2—NIC Sistemine Göre Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı

Hemşirelik Girişimi	Hemşirelik Girişimi	Hemşirelik Girişimi
I. Fizyolojik Alan: Temel Fonksiyonlar	Hemşirelik girişimi 2. Fizyolojik Alan:	3. Davranışsal Terapi Alanı
A. Aktivite egzersiz yönetimi	Karmaşık Fonksiyonlar	Q. İletişimi Güçlendirme
B. Eliminasyon yönetimi	G. Elektrolit/Asit Baz Yönetimi	R. Başetme Yardımı
C. İmmobilite Yönetimi	J. Preoperatif bakım	S. Hasta Eğitimi
D. Nutrisyon desteği	H. İlaç yönetimi	- Öğretim: Hastalık süreci
E. Fiziksel Rahatlığı Sağlama	K. Solunum Yönetimi	- Öğretim: İşlem/Tedavi
F. Özbakım Kolaylaştırma	L. Deri yara Yönetimi	T. Psikolojik Rahatlığı
- Özbakım yardımı: banyo-hijyen	- Beslenme yönetimi	Sağlama/Geliştirme
- Ağrı yönetimi	- Beslenmenin izlenmesi	- Anksiyetenin Önlenmesi
	M. Termoregülasyon	- Yanında bulunma
	N. Doku Perfüzyonu	
	- Deri Gözetimi	

siyet, lokal ısı artışı vb), drenaj özelliklerinin kaydedilmesi

- Drenaj tüplerinin pozisyonunun sürdürülmesi
- Enfeksiyon belirtilerinin hastaya öğretilmesi (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı, iltihap)
- İnsizyon bölgesinin aseptik şartlarda pansumanın yapılması, uygun kateter bakımının yapılması
- Antibiyotiğin doktor istemine uygun bir şekilde verilmesi
- Enfeksiyon belirtileri görüldüğünde hemen doktora haber verilmesi
- Yaşam bulgularının takip edilmesi ve uygun bir şekilde kaydedilmesi (septik şok -hipotermi)
- Etken mikroorganizmaların tayini için kültür örneğinin istem üzerine alınması,
- Laboratuvar bulgularının yorumlanması, yeterli dinlenmenin sağlanması
- Hastanın dinlenmesi ve beslenmesine dikkat edilmesi
- Hastanın ağız ve vücut hijyenine önem verilmesi, tırnaklar kısa ve temiz olması
- Hastaya bakım veren hemşirenin hastayla temastan önce su ve sabunla friksiyon yaparak ellerin yıkanması
- Hasta ve ailesinin el yıkamaya özen göstermesi ve öneminin söylenmesi
- ÜSYE geçiren personelin hastaya bakım vermemesi, hasta herhangi bir işlem için üniteden ayrılırken maske takması, diğer hastalarla temasta bulunmamasının sağlanması
- Ziyaretçilerin kısıtlanması

Değerlendirme: İkinci hafta hastamızın dren yerinde candida albicans, gram negatif basil, klebsiella üredi. Yaşam bulguları A: 38, N: 146, S: 28, KB: 110/60 olarak izlendi. Antifungal ve Antibiyotik tedavisi (tienem, targasid) verildi. Lök: 20 binlerde izlendi. Uygun kateter yeri bakımı yapıldı. Ostomi çevresinde sürekli oluşan sızıntı nedeniyle farklı bölgede tekrar daha geniş bir ostomi açılarak eliminasyonu sürdürüldü. Şu an ostomi yerinde sızıntı ve çevre dokularında sorun gözlenmedi.

2. Hemşirelik Tanısı: İmmobilite, batındaki asit, karın ağrısı stoma ve dren kanülü nedeniyle derin soluk alıp vermede çekinme bağlı "Solunum Fonksiyonlarında Değişim Riski"

Amaç: Etkili solunumu sağlama

Hemşirelik Girişimi: Hava Yolu Yönetimine Yönelik Aktiviteler

- Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri, özelliğinin değerlendirilmesi
- Hastanın yeterli gaz alış verişini sürdürebilmesi için semifowler pozisyonunun verilmesi
- Dönme, ROM egzersizleri, öksürük ve derin nefes alıp verme egzersizlerinin öğretilmesi,
- ambulasyonun yapılması, gerekirse pnömotik çorapların uygulanması
- Spirometre kullanımının öğretilmesi, uygun sıklıkta yapması için motive edilmesi ve öneminin anlatılması
- Gerekirse hava yollarının aspire edilmesi
- Yeterli hidrasyonun sağlanması
- Oksijen saturasyonlarının izlenmesi (% 90'nın üzerinde olmasına dikkat edilmeli), gerekirse oksijen verilmesi
- İstetlenen farmakolojik ajanların verilmesi (bronkodilatör, aerosol ted vb)

Değerlendirme: Solunum ritmik, düzenli, wheezing yok, hava yollarında bir miktar sekresyon var, sol sayısı; 26-28/dk, derin solunum öksürük egzersizleri yaptırıldı. Semifawler pozisyonu verildi. Dren bölgesine zarar vereceği korkusu biraz ürkek ancak özenle yapmaya çalışıyor, spirometreyi kullanmakta zorluk çekti, biraz umutsuzluğa kapıldı ancak onu da tekrar denemeler sonucu kullanabildi. Mobilizasyonu sağlandı, saturasyonları % 97 de, hastada solunumla ilgili bir komplikasyon gözlenmedi.

3. Hemşirelik Tanısı: Trombostopeniye bağlı "Hemorajik Riski"

Amaç: Hemorajik belirtilerinin erken tanınması ve travmanın önlenmesi

Hemşirelik Girişimi: Kanamanın Önlenmesine Yönelik Aktiviteler

- Erken kanama belirtilerinin gözlenmesi ve bu belirtilerin hastaya öğretilmesi.
- Deride peteşi, ekimoz kontrolünün yapılması
- Diş eti, burun kanaması, hematüri, hematemez gibi normal olmayan kanamaların rapor edilmesi
- I.M. enjeksiyonlardan kaçınılması
- Sert burun temizliğinden kaçınması konusunda hastaya eğitim verilmesi

- Ağız bakımı için yumuşak diş fırçasının kullanılması
- Hastanın travmadan korunması, Diyetisyen ile işbirliği ile beslenme düzeninin sağlanması
- Ortostatik hipotansiyon-KB, taşikardi, anemi ve PT, PTZ, trombosit sayısında azalma ($150.000/\text{mm}^3$) yönünden izlemesi
- Gerekğinde, ordera uygun trombosit transfüzyon ya da TDP infüzyonun verilmesi
- Yaşam bulgularının takip edilmesi
- Gerekğinde antiasitlerin uygulanması, yeterli hidrasyonun sağlanması

Değerlendirme: Trombosit: 98 (150-350 bin). Hastaya günlük TDP verildi. Trombosit 132'ye yükseltildi. Ptz: 20,9, (N:11-15), INR 1,77 (N:1-1,2) olarak izlendi. Kanama belirtileri gözlenmedi. Hasta ve ailesi konuyla ilgili bilgilendirildi. Ulcuran 3x1 amp IV verildi. Anemi gözlemlendi. hb: 8,66 gr/dl Eritrosit süspanasyonu verildi ve Hb: 12,5' e yükseltildi.

4. Hemşirelik Tanısı: Batındaki asitin GIS'e olan etkisi ilaçların yan etkisi nedeniyle bulantı kusma, iştahsızlığa bağlı "Beslenmede Değişim: Beden Gereksiniminden Daha Az Beslenme"

Amaç: Hastanın Yeterli Beslenmesini Sağlamak

Hemşirelik Girişimi: Beslenme Yönetimine Yönelik Aktiviteler

- Günlük besin alımı gözlenerek yeterli kalorige beslenmesinin sağlanması.
- Hastanın gün boyunca az ve sık aralıklarla beslenmesi
- TPN veriliyorsa solüsyonunun içeriği, besin öğelerinin isteme uygun olup olmadığının kontrol edilmesi
- Vücut ağırlığının günlük olarak izlenmesi, Aldığı çıkardığı izleminin yapılması
- Serum albümin, total protein, elektrolit ve glikoz düzeylerini ve biyokimya profilinin izlenmesi

Değerlendirme: Aldığı: 1200 cc oral aldığı ve 1000 cc RL+20 mEq KCL+ 2000 cc TPN den aldığı bulunmaktadır. Çıkardığı: 600 cc +2 TY +drenden gelen yaklaşık 2000cc dir. Rejim III, proteinden zengin TPN uygulaması santral venöz kateter ile günlük 1800 kalori aldı. Boy: 1.70 cm, 55 kg, son üç ayda 12 kg vererek 43 kg a inmişti. Son 1 haftadır aynı kiloda olduğu izlen-

di. Albumin replasmanı yapıldı. Laboratuvar incelemesinde, alb: 2.5-3 g/dl, Hb. 12.5 dir.

5. Hemşirelik Tanısı: Kanser hücresinin pelvis infiltrasyonu, dren yerinde karın ağrısı, şişkinlik ve hareket azlığına bağlı "Ağrı"

Amaç: Hastanın ağrısını mümkün olduğunca azaltmak

Hemşirelik Girişimi: Ağrı Yönetimine Yönelik Aktiviteler

- Hastanın ağrısının skalaya göre değerlendirilmesi.
- Hastanın uygulanan analjeziklere allerjisi olmadığından emin olunması
- Doktor işbirliği ile analjeziklerin verilmesi
- Hastanın ve ailenin ağrının şiddeti, niteliği ve süresini izlemeleri konusunda eğitilmesi
- Hastanın PCA kullanabileceğinin onaylanması gerekli eğitimin yapılması
- Hasta ve aile üyelerine ağrı giderici ilaçların etkileri ve yan etkileri konusunda bilgi verilmesi, Hafif masaj ile ağrının azaltılmaya çalışılması
- Hastanın ağrısı, ilaç dozunun miktarı ve sıklığı, ağrı tedavisine tepkisinin kaydedilmesi
- Ağrıyı uyuracak baskı, ışık, gürültü gibi çevresel etkinliklerin ortadan kaldırılması.
- Uygun pozisyon verilmesi, ekstremitelerin yastıkla desteklenmesi.
- Dikkati başka yöne çekme gibi teknikler uygulanması (radyo, televizyon, müzik dinleme, okuma vb.).

Değerlendirme: İlk gün; Ağrı skalası 5'i tarifliyordu. Hastaya PCA uygulanmaya başlandı, 1 hafta sonra yeterli gelmeyince durajezik 50 mg ve transdermal actiq uygulandı. Hastamız biraz rahatladı ve hastanede kendisi ile yakından ilgilenmemizden duyduğu mutluluğu ifade etti. Ağrısının azaldığını, kendisini daha iyi hissettiğini belirtti, TV izliyor, kulaklıkla müzik dinliyor, mobilize ve yakınları ile sohbet ediyordu.

6. Hemşirelik Tanısı: Ağrıya bağlı yatak içinde hareket etmede isteksizlik, motor fonksiyonlarda azalmaya bağlı "Fiziksel Mobilitede Bozulma"

Amaç: Fiziksel mobilitayı sürdürmek

Hemşirelik Girişimleri: Egzersiz Terapi- Ambulasyona Yönelik Aktiviteler

- Hastaya ROM egzersizlerinin öğretilmesi ve günde en az 4 kez yaptırılması, Komplikasyonları önlemek için her 2 saatte bir pozisyon verilmesi, Egzersiz ve mobilizasyonun öneminin tartışılması.

Değerlendirme: Hastamızın son iki haftada fiziksel mobilitede belirgin bir azalma gözlemlendi. Yatak içi hareketleri mümkün olduğunca desteklendi. 4. hafta değerlendirmesine aktivite intoleransı vardı, çok yorgun olduğu ve hiç hareket etmek istemediği gözlemlendi.

7. **Hemşirelik Tanısı:** Kemoterapinin sitotoksik etkisiyle geçirilmiş stomatitin oluşturduğu hassasiyete bağlı "Oral Mukoz Membranlarda Değişim Riski

Amaç: Oral mukozanın bütünlüğünü korumak

Hemşirelik Girişimleri: Ağız Sağlığını Sürdürmeye Yönelik Aktiviteler

- Ağız mukozasının her gün kızarıklık, beyazlık (mantar), sarılık yönünden kontrol edilmesi, Sıvı dengesinin sürdürülmesi, sıcak, asitli, baharatlı besinlerden kaçınılması
- 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişlerin fırçalanması, NaHCO₃/mukostatin/betadin solüsyonu ile ağız bakımının sürdürülmesi, ve hastaya öğretilmesi,
- Lezyon (stomatit) varsa; 2 saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapıp, dudaklara nemlendirici sürülmesi,

Değerlendirme: Dişlerini düzenli fırçalıyor ve ağız içi solüsyonu kullanıyor. Ağız içinde hafif derecede ödem izlendi, mukozit gözlemlenmedi. Hastamıza hastalık süreci ve işlemler ile ilgili eğitim verildi ve uygun geri bildirim alındı.

Sonuç: Hastamızın günlük yaşantısına olabildiğince devam edebilmesi için uygulanacak tedavi şekli ve daha sonra da karşılaşılabileceği olumsuzluklar hakkında bilgi sahibi olabilmesi, kemoterapinin yan etkilerinin asgariye indirilmesi, psikolojik destek ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik sözü edilen hemşirelik girişimleri bütüncül bakımı sunmak açısından oldukça önemlidir. Bireyselleşmiş bakımı ve anlayışı sağlayacak, iyi geliştirilmiş hemşirelik tanısı ve girişimleri ile ilgili çalışmalar ortak dil oluşturarak hemşirelik bakımının kaliteli hale gelmesine imkan tanımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Öneroğlu SL, Yaralı H, Yüce K. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. İkinci Baskı. Bölüm 6-Jinekoloji Onkoloji. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara, 2008; 1299 .
2. Disaia PJ, Creasman WT. "Germ Hücreli, Stromal ve Diğer Ovarian Tümörler". Altıncı Baskı, Bölüm 12, Güneş Kitabevi. Ankara, 2003;351-377.
3. Gulanick M, Kloop A, Galanes S et al. "Nursing Care Plans": Nursing Diagnosis and Intervention, Fifth Edition. Mosby Inc, USA, 2003.
4. McCloskey JC, Bulechek GM. "Nursing Interventions Classification (NIC)", Mosby, A Harcourt Health Sciences Company, USA, Third Edition 2000: 16-24.
5. Gordon M. "Nursing Nomenclature and Classification System Development" ANA Continuing Education. USA, 2002.