



## Palyatif Bakımda Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Şahizer ERAYDIN<sup>a</sup>, Kübra Nur UÇAR<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, 60250, Tokat, Türkiye. [sahizer.eraydin@gop.edu.tr](mailto:sahizer.eraydin@gop.edu.tr)

<sup>b</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 60250, Tokat, Türkiye. [knurucar60@gmail.com](mailto:knurucar60@gmail.com)

### ÖZET

“Palyatif Bakım” yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olan girişimlerdir. Palyatif bakım, hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak amacıyla hastaya ve ailesine yapılan tüm bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Palyatif bakımda hemşireler, holistik bir yaklaşımla hastaya fiziksel, psiko-sosyal ve manevi bakım sağlamaktadır. Bu olgu sunumunda; Mide Korpus Antrum Ca tanısı bulunan ve altı kür kemoterapi almış olan 32 yaşında erkek hasta geçirdiği GİS kanaması sonucu palyatif klinikte tedavi edilmektedir. Hasta Gordon’un “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli” ile değerlendirilmiş ve hemşirelik bakımı yapılmıştır. Bu bakım modeline göre olguya 11 fonksiyon alanında, 19 hemşirelik tanısı ve bir ortak tanı belirlenmiş ve uygulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler :** Palyatif Bakım, Hemşirelik Bakımı, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Mide Kanseri

### Nursing Care in Palliative Care According to Functional Health Patterns: Case Report

#### ABSTRACT

“Palliative care” is the initiatives aimed at improving the quality of life of the patient and her family who encounter a life-threatening disease. Palliative care covers all care services provided to the patient and his family in order to make the remaining life of the patient meaningful and valuable. In palliative care, nurses provide physical, psycho-social and spiritual care to the patient with a holistic approach. In this case report; A 32-year-old male patient, who was diagnosed with stomach corpus antrum Ca and received six cycles of chemotherapy, is treated in the palliative clinic as a result of GIS bleeding. Patient was evaluated with Gordon's "Functional Health Patterns Nursing Care Model" and nursing care was performed. According to this care model, 19 nursing diagnoses and a common diagnosis were determined and performed in 11 function areas.

**Keywords :** Palliative Care, Nursing Care, Functional Health Patterns, Stomach Cancer

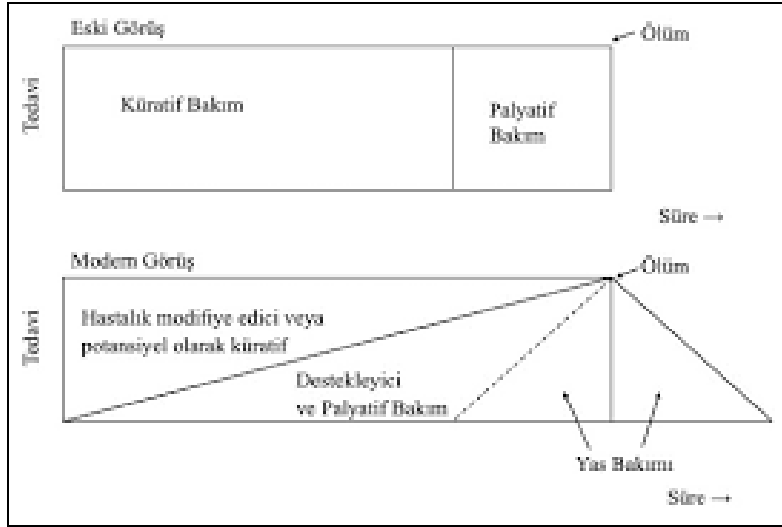
#### GİRİŞ

Kanser vakaları, 2019 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünyada altı ölümden birini oluşturarak küresel olarak ikinci önde gelen ölüm nedeni olmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018). 2018 yılında dünyada yaklaşık 18,1 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkarken, 9.6 milyon kişi de kanserden yaşamını yitirmiştir. Dünyada kanserden ölüm sıralamasında akciğer, meme, prostat, karaciğer, serviks kanserlerinden sonra 6. sırada mide kanserleri gelmektedir(WHO, 2019). 2018 yılında mide kanserini dünyada insidansı %5.7 ve mortalitesi ise %8.2’dir (WHO, 2018). Türkiye’de 2018 yılında mide kanseri tüm kanserler arasında %8.6 lık bir mortaliteye sahiptir (WHO, 2020). Ülkemizde 2016 yılı verilerinde en sık görülen kanserlerin cinsiyete göre sıralamasında erkeklerde beşinci, kadınlarda altıncı sırada mide kanseri görülmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018).

Mide kanserinin etiyolojisinde; helicobacter pylori enfeksiyonu, tütülenmiş veya tuzlu gıdalar, pernisiyöz anemi, daha önceden geçirilmiş mide cerrahisi, kronik atrofik gastrit, intestinal metaplazi, pilor yoluyla geçen duodenogastrik reflü, çevresel predispozan faktörler, genetik, beslenme bozukluğu, obesite, sigara, astbest ve stres gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir (Alacalı, 2012; Çaycı Erdoğan, Çantay, Orman, Akar, Demirci, 2017; Destek Gül, Kapran, Balık, Buğra, Akyüz, 2019). Mide kanserinin erken evrelerinde belirti bulgulara çok rastlanmayabilir ancak ilerleyen evrelerde görülen semptomlar; kilo kaybı, anoreksiya, iştahsızlık, yutmayla takılma hissi, bulantı, kusma, gastrik ağrı, halsizlik, dispeptik şikâyetler (epigastrik dolgunluk, şişkinlik, yanma ve geçirtme gibi), disfaji, regürjitasyon, hematemez ve melenadır (Alacalı, 2012; Eren, Durmuş İskender, 2019). Mide kanserinin erken evresinde hastaların fizik muayenesi genellikle normaldir. İleri evre tümörlerde fizik muayene bulguları; epigastriumda palpasyonla kitle, hepatomegali, asit, sol supraklaviküler lenfadenomegalidir (Alacalı, 2012). Mide kanserlerinde çeşitli tanı yöntemleri kullanılmaktadır. Görüntüleme Yöntemleri; baryumlu özefagus-mide-duodenum grafisi, endoskopi, ultrasonografi, endoskopik ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonansdır. Laboratuvar Bulguları: Anemi dışında genellikle dikkat çekici bulgu saptanmaz. Yaygın karaciğer metastazlarında AST ve ALT yüksekliği saptanabilir. Gaitada gizli kan oldukça sık rastlanan bir bulgudur. Elektrolit ve serum albumin değerlerinde de anormalliklere rastlanabilir. Mideden alınan biyopsi kesin tanı için gereklidir (Alacalı, 2012; Çaycı vd., 2017). Mide kanserlerinin tedavisinde tümörün bulunduğu bölgeye göre cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi, kemoradyoterapi gibi yöntemler izlenmektedir. Kemoterapi uygulamasında tedavinin tümör hücreleri dışında normal hücrelere zarar vermesi sonucu istenmeyen bulgular ortaya çıkabilmektedir. Anemi, trombositopeni, nötropeni, kemoterapi uygulama bölgesine yönelik ekstremitasyon, ve diğer tüm sistemleri etkileyen semptomlar görülebilmektedir (Eren, Durmuş İskender, 2019). Mide kanserli olgularda 5 yıllık sağ kalım tüm agresif tedavilere rağmen %30 seviyesindedir. Kötü prognoz en önemli nedeni tanının geç evrelerde konulmasıdır (Çaycı vd., 2017). Prognozu giderek kötüleşen, iyileştirici tedaviye cevap vermeyen, ileri düzeye ulaşmış, hayatı tehdit eden hastalıklar palyatif bakıma ihtiyaç duyarlar.

Palyatif bakım, DSÖ'nün tanımına göre “yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailesinde; ağrının ve diğer semptomların, erken tanı ve ayrıntılı bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve manevi bakım gereksinimlerin karşılanması ve acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır (<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/2020>). Palyatif bakım, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığı olan tüm bireylerde, semptomların azaltılmasını ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artırılmasına odaklanmaktadır (Uzelli Yılmaz, Akın Korhan, Khorshid, 2017). Yakın zamana dek palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken, günümüzde palyatif bakım ilkelerinin, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenen tüm hastalarda olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği yaygın kabul görmektedir (Şekil 1). Palyatif bakımın amacı, yaşam süresini uzatmak değildir. Temel amaç, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hasta ve ailesine anlamlı bir yaşam sürdürmelerine yardım ederek yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmaktır. Palyatif bakımda hasta ve ailesi her zaman merkezde yer almaktadır. Hasta ve ailesi ile açık ve duyarlı bir iletişimin sürdürülmesi palyatif bakımın temel ilkelerindedir (Elçigil, 2012; Kahveci Gökçinar, 2014). Bu temel yaklaşıma ek olarak palyatif bakım, tedavinin kısıtlanması ve sonlandırılması hakkında karar verebilmelerini sağlayacak yeterli ve etkili bilgi aktarımının sağlanması, bilginin erken dönemde başlatılması, hasta ve aile/bakım verenlerin yaşam sonu bakım, yas ve kayıp süreci konularında profesyonel destek almalarının

sağlanması, yaşam sonu bakımın tartışılması, ölümün gerçekleşmesini istedikleri yerin belirlenmesi konularını da içermektedir (Sucaklı, Koşar, 2016; Arslan, Albaş, Küçükerdem, Pamuk, Can, 2016).



Şekil 1. Palyatif bakım süreci

Bakım verme, hastayı bir bütün olarak çok yönlü değerlendirebilmek ve gereksinimlerini dikkate alarak, bakımın yürütülmesini sağlamak için hastanın ihtiyacı olabilecek tüm alanlarda verilecek desteğin düzenlenmesini içeren, hastalara sunulan bakım etkinliklerini planlamak ve uygulamak şeklinde tanımlanmaktadır (Berman vd., 2008; Aşti, Karadağ, 2011; Aşti ve Karadağ, 2019). Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kanser hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak birçok sorun yaşamaktadır. Tedaviye cevap alınmadığı noktada başlayan palyatif bakım hasta ve ailesi için hemşirelik bakımının sürdürüldüğü alandır. Çalışmada, Mide Corpus Antrum Ca'lı hasta ve yakınına açıklamalar yapılarak sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Olguda, Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Hemşirelik Bakım Modeli kullanılarak hazırlanmış standart bir form ile veriler toplanmıştır. NANDA hemşirelik tanıları ile değerlendirilmiştir (NANDA sınıflandırılması 13 alan, 47 sınıf ve 235 hemşirelik tanısı içermektedir) (Birol, 2013; Erdemir, 2012; Karadağ, Çalışkan, Baykara, 2017; Kapucu, Akyar, Korkmaz, 2018). Bireyleri kapsamlı bir şekilde biyopsiko-sosyal boyutta ele alan bu model, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda açıklamaktadır. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplamayı ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini sağlamaktadır. Bu olgu sunumunun amacı, palyatif bakım kliniğinde izlenen hastanın, holistik bakış açısıyla Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre hemşirelik süreci ile bakımını gerçekleştirmektir.

## OLGU SUNUMU

Erkek 32 yaşında olgu, lise mezunu, evli, bir çocuğu var ve işçi olarak çalışmaktadır. Olgu 172 cm boyunda 58 kg'dır (BKİ:19.6). Herhangi bir alerjisi olmayıp, kan grubu 0 Rh+ ve alkol kullanımı yoktur. 15 yıl günde bir paket sigara içmiştir. Geçirdiği herhangi bir ameliyat ve önemli bir hastalık yoktur. Bilgilerin alındığı kişiler: Kendisi, eşi ve babasıdır.

**Geçmiş sağlık hikâyesi:** Hasta, en az iki yıldır devam eden pirozis, mide ağrısı, mide ekşimesi şikâyetleri ile hastaneye başvurmuştur. Yapılan endoskopi (özefago-gastro-duodenoskopi) tanılama yönteminde; mide içeriğinde az miktarda pıhtılaşmamış hemorajik

mayii bulunmuştur. Antrum ve korpusu tutan, pilorda deformasyona sebep olarak pasajı daraltan ancak pasajı tam kapatmayan yer yer sızıntı tarzında üzeri kanamalı tümöral kitle saptanmıştır. Olguya 16.05.2018 tarihinde Mide Corpus Antrum Ca tanısı konulmuştur. Tedavisinde kemoterapi almasına karar verilmiş ve 6 kür kemoterapi almıştır.

**Şimdiki sağlık hikayesi:** 2019 yılının Ocak ayında evinde baygınlık geçirmesi, mide içeriğinde ve gaitada kan görülmesi sonucu acil servise başvurmuş ve palyatif bakım kliniğine yatışı yapılmıştır. Üç yıldır mevcut olan pirozis, mide ağrısı, mide ekşimesi şikâyetlerine ek olarak halsizlik, yorgunluk, bel ağrısı, bulantı ve karında şişlik hissetmektedir. Hasta planlanan 6 kür kemoterapi tedavisini almıştır. Hastanın devam eden GIS kanması olduğu için orali durdurulmuş ve TPN ile beslenmeye başlanmıştır.

**Laboratuvar Değerleri:** RBC= 2.89 (L); HB 8.8 (L); HCT 24.7 (L); PLT 91 (L); BUN=23,1; Kreatin= 1.33; ALT= 3.8; CRP= 89.3, olduğu saptanmıştır.

## FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI

### 1-Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi

GIS kanamasına bağlı olarak oral alımı durdurulmuş olduğu için kendini yorgun hissettiğini, susuz ve aç olmasından dolayı da rahatsız olduğunu ifade etmektedir. Hastanede yatmaktan yakınlarıyla birlikte olamamaktan ve konfor alanı dışında olmaktan rahatsız olduğunu bir an önce yaşadığı yere gitmeyi umduğunu ifade etmektedir.

### Hemşirelik Tanısı 1: Düşme Riski

**Beklenen Sonuç:** Hastanın düşmemesi, travmanın yaşanmaması, travmalara karşı korunması

**Hemşirelik Girişimleri:** Yardım çağırma sistemleri açıklanması, gece yardım istemesi için cesaretlendirilmeli, odanın yeterli aydınlıkta olması sağlanmalıdır. Yataktan düşmesi önlenmeli, yatakta yattığı sürece yatak üst kenarlarının kapalı tutulması, banyoda yalnız bırakılmaması ve oturarak yıkanması sağlanmalıdır. Koruyucu önlemler konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmeli, sık kullandığı eşyalar (bardak, peçete vb.) yatak yakınına yerleştirilmelidir. Rahat terlik ya da ayakkabı giymelidir. Ortostatik hipotansiyonu değerlendirilmeli, baş dönmesi, yorgunluk, güçsüzlük durumunda hasta yakından izlenmelidir. Pozisyonunu yavaş yavaş değiştirilmeli, ani ve sert hareketlerden kaçınılmalıdır. Mobilizasyona geçiş aşamalı olarak gerçekleştirilmelidir. Güç ve esnekliği arttıran egzersizler yorgunluk durumuna göre seçilmelidir.

### 2-Beslenme ve Metabolik Durum

Hastanın iştahı ve tat duyusu değişmiş, bulantı, kusma, yutma güçlüğü mevcuttur. Hastaneye yatmadan önce 3 öğün beslenen hasta, hastaneye yattıktan sonra GIS kanama nedeniyle oral alımı durdurulmuştur ve TPN ile beslenmektedir. Hastanın Braden Skalası 15 olarak hesaplanmıştır. Dr. tarafından Neoflex %0,9 NaCl 2\*1 1000ml (saatte 60cc), Kabiven peripheral I.V. infüzyon İçin Emülsiyon (1440 cc ) istem edilmiştir. Hastanın oral alımı açılmış ve az miktarda su alabileceği ve oral yolla besleneceği ifade edilmiştir.

### Hemşirelik Tanısı 2: Bulantı -Kusma

**Beklenen Sonuç:** Bulantı ve kusmanın durması ya da azalması, dehidrasyon bulgularının olmaması, sıvı dengesinin sağlanması ve iştahın artırılması

**Hemşirelik Girişimleri:** Bulantı-kusma sıklığı, miktarı, zamanı yönünden değerlendirilmeli. Hasta bulantı kusma riski ve var olan bulantı kusma yönünden değerlendirilmeli, Bulantı kusmayı azaltan faktörler belirlenmeli (yiyecek, ilaçlar). Bulantı kusmanın tedaviyle, pozisyonla ilişkisi değerlendirilmeli ve hasta bilgilendirilmeli. Bulantı kusma durumunda aspirasyon riskine karşı koruyucu önlemler alınmalı ve bu önlemlere yönelik hasta ve ailesi bilgilendirilmeli. Hastanın ağrısı varsa yemek öncesinde ağrısı kontrol altına alınmalı, gerekirse ağrı kesici yapılması için doktorla iş birliği yapılmalı. Eğer yorgunluk varsa yemek öncesinde hastanın dinlenmesi sağlanmalı, yemeklerden sonra yarı oturur pozisyonda dinlenmesi sağlanmalı ve en az 2 saat düz pozisyonda yatması engellenmeli. Hasta soğuk yiyecekler, sıvı ve yumuşak gıdalar almaya teşvik edilmeli, bulantı kusmayı artıracığı için yemeklerden bir saat önce ve yemek sonrası sıvı alımını kısıtlaması önerilmeli. Kusmayı engelleyebileceği için kusma refleksi meydana geldiği sırada derin nefes alıp vermesi önerilmeli. Az az ve sık sık yemek yemesi ve gerektiğinde öğünlerin artırılması için diyetisyenle iş birliği yapılmalı. Kusma sonrası ağız bakımı önerilmelidir. Doktor istemi ile antiemetik ilaçlar uygulanabilir. Bulantı kusmaya karşı hasta ve aile bilgilendirilmelidir.

### **Hemşirelik Tanısı 3: Beden Gereksiniminden Az Beslenme**

**Beklenen Sonuç:** Hastanın günlük metabolik gereksinimlerine uygun olarak beslenmesi, kilo değişikliklerinin olmaması

**Hemşirelik Girişimleri:** Hastanın günlük besin tüketim durumunun ve malnutrisyon belirti ve bulgularının (kilo kaybı, iştahsızlık, bulantı, kusma, yorgunluk, güçsüzlük,) değerlendirilmesi, besin gereksinimlerinin karşılanması için diyetisyen ile işbirliği içinde uygun kalorili, proteinli ve vitaminli beslenmenin planlanması, yemek sırasında yorgunluğu azaltmak için öğünlerden önce dinlenme periyotlarının planlanmasıdır. Az ve sık beslenmesi; soğuk yiyecekler tercih etmesi, iyi çiğnemesi, acı, baharatlı aşırı yağlı yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Yemek yediği ortamda istenmeyen kokuların olmamasına dikkat edilmesi, günlük sıvı tüketiminin izlenmesi; hidrasyon durumunun (mukoz membran, nabız ve ortostatik hipotansiyon vb.) izlenmesidir. Hasta ve yakınlarına beslenmenin önemi hakkında bilgi verilmelidir.

### **Hemşirelik Tanısı 4: Sıvı Volüm Eksikliği**

**Beklenen Sonuç:** Dehidratasyon belirti ve bulgularının olmaması, hastanın vücut sıvı ve elektrolitlerinin normal düzeyde olması ve dengenin devamının sağlanması

**Hemşirelik Girişimleri:** Kişinin günlük sıvı alımı düzenlenir ve takip edilmelidir. Günlük ve haftalık olarak düzenli kilo takibi yapılır. Hastanın her gün ödem ve teri turgoru kontrolü yapılır, her gün aldığı çıkardığı takibi yapılır ve denge hesaplanır, idrar çıkışı ve idrar rengi izlenir. Kişinin cildi, oral mukozası ve dudakları kuruluk yönünden gözlemlenir, sık sık yaşamsal bulguları takip edilir. Serum elektrolitleri, BUN, idrar ve serum osmolaritesi düzeyleri izlenir. Kusma, diyare, ateşte ilgili ek sıvı kayıpları dikkate alınır, GİS kanama ve hipovolemi belirti ve bulguları açısından izlenir. Sıvı volüm azlığı var ise yeterli sıvı alımı sağlanır. Hekim istemine göre elektrolitli sıvılar, uygun şekilde verilmelidir. Hastanın bilinç düzeyi değerlendirilmelidir.

### **Hemşirelik Tanısı 5: Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski**

**Beklenen Sonuç:** Ağız bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması, ağızdaki ağrılı durumun oluşmaması, uygun ağız hijyeninin sağlanması

**Hemşirelik Girişimleri:** Hastanın oral alımı kısıtlılığı ve dehidratasyon nedeni ile oral mukoz membranda bozulma olabileceği için ağız doku bütünlüğü ve hijyeni günlük değerlendirilmeli, hasta ve yakını ağız bakımının önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Günlük ağız içine bakılarak olası yara ve görünümü hakkında bilgi elde edilmelidir. Kanama olmaması için yumuşak diş fırçası kullanılmalıdır. Dudaklar gerektiğinde uygun nemlendiriciler ile nemlendirilmelidir. Yemeklerden sonra ağız bakımı yapılması için teşvik edilmeli, aşırı sıcak ve aşırı soğuk, baharatlı ve sert kabuklu besinlerden kaçınması hakkında bilgi verilmeli; oral hijyen düzenli olarak değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir.

### **Hemşirelik Tanısı 6: Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski**

**Beklenen Sonuç:** Bireyin deri bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi, basınç ülserinin oluşmaması

**Hemşirelik Girişimleri:** Cilt bütünlüğü değerlendirilmeli ve cildin genel bir taraması yapılmalı, kontroller ile teşhis için bir ön tanı gerçekleştirilmelidir. Hastanın cildi yakından değerlendirilmeli (Braden bası skalası puanı 15), basınç bölgeleri kontrol edilmeli, cilt temiz tutulmalı ve nemli olmalıdır. Giysiler terletmeyen özellikte, temiz ve kuru olmalı, yatak çarşafı temiz, kuru ve kırışksız olmalıdır. Tırnakları düz ve kısa kesilmelidir. Hasta ve hasta ailesine cilt bütünlüğünün korunmasının önemi, bunun sağlığın devamının sürdürülmesinde ve iyileşme sürecinin kısaltılmasındaki etkisi hakkında bilgi verilmelidir. Hastanın yeterli hidrasyonu sağlanmalı, sınırları dahilinde yeterli mobilizasyonu sağlanmalı. Kan dolaşımını artırmak için ara ara masaj yapılarak aktif hareket etmesi sağlanmalıdır. Hastaya ihtiyaç duyulması halinde havalı veya anti dekübit yatakları kullanılabilir. Vücut bakımı tedavi uygulamalarında cildin özellikle tahriş olmasından kaçınılmalı tedavi metotlarında bu dikkate alınmalıdır. Bası yaralarının önlenmesi ve tedavi edilmesi talimatlarına uygun girişim ve uygulamalar yapılmalıdır.

### **Hemşirelik Tanısı 7: Enfeksiyon Riski**

**Beklenen Sonuç:** Hastanede kaldığı süre içinde nozokomiyal enfeksiyon gelişmemesi. Enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini kendisi ve yakınının bilmesi ve enfeksiyondan korunmak için uygun önlemleri aldığını göstermesi

**Hemşirelik Girişimleri:** Enfeksiyonun klinik belirtileri (ateş, ağrı, idrarda bulanıklık, kan değerleri vb.) gözlenmeli, el hijyenine özen gösterilmelidir. Hastada enfeksiyon gelişmesini önlemek için standart koruyucu önlemler (eldiven, maske, önlük vb) alınmalı, invaziv girişimlerde aseptik tekniğe dikkat edilmeli, kateter giriş yerleri ve inzisyon bölgeleri enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmelidir. Tek kişilik odada yatırılmalı, vital bulguları kontrol edilmeli, ziyaretçi sayısı kısıtlanmalıdır. Dr istemine uygun ilaç tedavisi zamanında uygulanmalıdır.

### **3-Boşaltım**

Hastanın normal defekasyon alışkanlığı günde bir kez ve gaita rengi normal renkte iken GİS kanaması ile gaitada kan varlığında rengi siyaha dönmektedir. Abdomen gergin, sert ve hassastır. Bağırsak sesleri mevcuttur.

### **Hemşirelik Tanısı 8: Diyare Riski**

**Beklenen Sonuç:** Bireyin bağırsak alışkanlıklarının düzelmesi, diyare belirti ve bulgularının olmaması

**Hemşirelik Girişimleri:** Sıvı gıda ve alımı artırılır (çorba, meyve suyu vb.). Çok sıcak ve çok soğuk sıvılar verilmez. Pişirilmeden hazırlanan besinlerden uzak durulur. Yağlı, posalı besinler ve süt ürünleri verilmez. Sodyum ve potasyum içeren sıvılar (elma suyu, zencefilli içecek) verilir. Taze meyveleri ve sebzelerin kabuğunu soyarak yemesi önerilir. Katı besinlerin tüketimine aniden başlanmaz yavaş yavaş başlanır. İdrar dansitesinin (yoğunluğunun) normal olması için oral alım sınırları dahilinde arttırılır.

### **4-Aktivite Egzersiz**

Vital bulguları; kan basıncı 130/80, nabız 70/dk, vücut ısısı 36.5 °C, solunum 18/dk , periferel nabız gücü 2 (orta derecede) apikal ritim düzenli, kapiller dolum normal olarak değerlendirilmiştir. Solunum sistemi değerlendirilmesinde ventilasyonda zorluk yoktur ve ara sıra balgamlı öksürük bulunmaktadır. Hasta yardımcı araç gereç kullanmıyor alt ve üst extremitte eşit kuvvette ve ROM'da sınırlılık yoktur. Mobilizasyonda herhangi bir problemi olmayan hasta bel, mide ağrısı, kemoterapi tedavisi sonrası, kan değerlerinin düşüklüğü ve oral yetersiz beslenmeye bağlı kendini yorgun hissetmektedir, aktiviteyi tolere edememektedir. Hastalık bireyin aktivitelerini tolere edememesine sebep olduğu için aktivitesi kısıtlıdır. Hasta kendini halsiz ve güçsüz hissetmektedir. Ağrı nedeniyle yataktan kalkmakta, tualete gitmekte, üzerini değiştirmede zorlanmaktadır. Bu durumda yanında refakatçi olarak kalan babasından yardım almaktadır.

### **Hemşirelik Tanısı 9: Aktivite İntoleransı**

**Beklenen Sonuç:** Aktiviteye toleransının iyileşmesi, bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi, aktivitelerini intolerans olmadan kendi bakımını sürdürmesi ve tamamlaması

**Hemşirelik Girişimleri:** Bireyin aktivite düzeyinin değerlendirilir, aktiviteye verdiği tepkiler izlenir. Dinlenme halindeyken solunum, kan basıncı ve nabız alınır. Aktivite gerçekleştikten sonra solunum, kan basıncı ve nabız tekrar alınır, dinlenme durumundaki sonuçlarla karşılaştırma yapılır. Karşılaştırmada aşırı değişkenlik varsa aktiviteye ara verilir; karşılaştırmada değişkenlik yoksa aktiviteye devam edilir ve bunlar kaydedilir. Yatak içerisinde aktif-pasif ROM egzersizlerinin yaptırılır, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yardımcı olunur, ziyaretçi sayısı ve süresi kısıtlanır, ihtiyacı olduğu eşyaların rahat uzanabileceği ve alabileceği yerlere yerleştirilir, pulse oksimetre ile oksijen saturasyonun değerlendirilir ve kayıt edilir, hekim istemine göre oksijen tedavisi uygulanır ve izlenir. Bireyin enerjisini koruma yöntemleri açıklanır. Diyafragmatik solunuma yönlendirilir. Solunum kaslarının rahatlatılması için alt ve üst ekstremitelerin nasıl kullanacağı konusunda bilgi verilir gerekirse gösterilir.

### **Hemşirelik Tanısı 10: Öz Bakım Eksikliği ve Hijyenik Gereksinimler**

**Beklenen Sonuç:** Kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılaması, destek istediği noktada kendi bakımına katılarak destek alması

**Hemşirelik Girişimleri:** Özbakım eksikliğine neden olan faktörler belirlenir. Özbakım aktivitesine yönelik bilgisi ve katılabilme yeteneği değerlendirilir. Aktivite toleransına göre

kendi bakımına katılması için cesaretlendirilir. Bireyin kendi öz bakımının karşılanmasına, optimal düzeyde katılması sağlanır. Hijyen uygulamalarında yalnız bırakılmaz güvenlik önlemleri alınır düşme ve travma riski azaltılır ve hasta yakınları bilgilendirilir. Hastayla kısa vadeli hedefler belirlenir. Hastanın lavaboya gitme, banyo yapma gibi ihtiyaçları olduğunda gerekli destek ve ekipman sağlanmalıdır. Hasta öz bakım aktivitelerini en üst seviyede yerine getirirken emniyetli bir şekilde bunu gerçekleştirir. Hastanın aktiviteleri yaptığı sırada yorulması halinde yakınlarının nasıl müdahale etmesi gerektiği öğretilmelidir.

### **Hemşirelik Tanısı 11: Yorgunluk**

**Beklenen Sonuç:** Yorgunluğun nedeni ve yaşamı üzerindeki etkisine ilişkin duygularını paylaşması, aktiviteler için önceliklerini belirlemesi

**Hemşirelik girişimleri:** Yorgunluk nedenleri açıklanır. Yorgunluğun yaşamı üzerindeki etkisine ilişkin duygularını ifade etmesine izin verilir, Günlük yorgunluk skalası çıkarılır ve kayıt edilir, enerjik ve bitkin olduğu zamanlar saptanır, yorgunluğu artıran aktiviteler belirlenir. Objeler ulaşılabilir mesafede olur. Aktivite öncesi ve sonrası dinlendirilir. Yorgun olduğunda desteklenir. Yeterli uyuması ve dinlenmesi sağlanır. Ziyaretçiler kısıtlanır. Yorucu aktiviteler en aza indirilir.

### **5-Uyku ve Dinlenme**

Evde günlük 8 saat uyumaktadır. Hastanın hastane ortamında uyku süresi azalmıştır. Ağrı ve bulantıya bağlı olarak gece yeterince uyuyamadığını ve kendini dinlenmiş hissetmediğini ifade etmiştir. Uykuya dalmadan önce dua etmektedir.

### **Hemşirelik Tanısı 12: Uyku Düzeni Bozukluğu**

**Beklenen Sonuç:** Hastanın uyku uyanıklık döngüsü düzene girer, uykusuzluk ile ilgili problemler yaşamaz, uykusuzluk belirtilerinin azaldığını daha fazla uyuduğunu ve dinlenmiş olduğunu ifade eder.

**Hemşirelik Girişimleri:** Birey, ilgili bireysel, çevresel ve tedaviye ilişkin faktörler açısından değerlendirilir. Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıklarını belirlenir. Bireyin varsa korku ve endişelerini ifade etmesine yardımcı olunur. Ağrısını kontrol altına almaya yönelik girişimleri planlanmalıdır. Analjezik ilaç düzenlemesi uyku için yapılmalıdır. Gündüz uykusunun süresi düzenlenir, ziyaretçi sayısının kısıtlanır; dinlenme saatlerinde rahatsız edilmemesi; dinlendirici, sessiz ve sakin ortam oluşturulması sağlanır, gündüz uyumaması için aktiviteleri artırılır. Uyku saatlerinde çevre düzenlemesi sağlanmalıdır (Gürültü-ışık-ısı yönünden). Ortamda sessizlik sağlanır. Uyku sırasında yapılacak işlemler en aza indirgenir. Gece vakti sıvı alımı kısıtlanarak geceleri idrara çıkma engellenir. Kafeinli içecek alımı sınırlandırılır.

### **6-Bilişsel Algılama**

Hastanın işitme problemi mevcut yapılan işitme muayenesinde sağ kulakta duymada kısıtlılık olduğu belirlenmiştir. Hasta normal konuşma tonunda anlatılanları anlamakta problem yaşamakta olup, yüksek sesle iletişim kurulabilmektedir. Bilinç düzeyi uyanık, kişi yer, zaman oryantasyonu mevcut, görme değerlendirilmesi normal, Ağrı skoru 8, ağrı niteliği kasılma spazm şeklindedir.



### **Hemşirelik Tanısı 13: Ağrı**

**Beklenen Sonuç:** Hastanın, ağrının giderildiğini veya ağrı derecesinde azalma olduğunu ifade etmesi, rahatladığının gözlenmesi

**Hemşirelik Girişimleri:** Ağrının yeri, şiddeti ve niteliği değerlendirilir. Ağrıyla ilgili belirti ve bulgular değerlendirilmelidir. Ağrı skala ile derecelendirilir, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler belirlenir. Kontrendike değilse ağrı kontrolü için farmakolojik olmayan yöntemler uygulanarak (kas gevşeme ve solunum egzersizleri, masaj, pozisyon değiştirme vb.) dikkati dağıtılmalıdır. Mümkün olduğunda hasta, stres yapan ve rahatsızlık oluşturan şeylerden uzak tutulmalıdır. Hastanın ağrı kesici ihtiyacı değerlendirilmeli, hekim istemine göre analjezik tedavisi hemen uygulanmalı ya da lüzum halinde analjezik uygulaması yapılmalı ve sonuçları değerlendirilmeli, hastanın konforu artırılmalıdır. Vücudunun rahatlaması için uyku düzeni sağlanmalı, uyumak için teşvik edilmelidir. Hastanın ağrıyı yaşarken ki durumu, yoğunluğu takip edilerek raporlanmalıdır.

### **7-Kendini Algılama**

Hastalığını ilk öğrendiğinde şaşkınlık geçirmiş, şu anki sağlık probleminin onda iç huzursuzluğa sebep olduğunu belirtmektedir, Hastayla yapılan ilk görüşmede içe kapanık, stresli, endişeli görünmekte ve sürekli yatağından televizyon seyretmekteydi. Daha sonra yapılan görüşmelerde hasta daha az endişeli ve rahatlamış olduğu gözlenmiş ve sorulan sorulara istekle cevap vermiştir.

### **Hemşirelik Tanısı 14: Anksiyete**

**Beklenen Sonuç:** Hastanın anksiyete yaşamaması, anksiyete durumunu kontrol altına alabilmesi, etkili başetme yöntemleri geliştirebilmesi

**Hemşirelik Girişimleri:** Hastaya kendini ifade etmesi için olanak sağlanır. Anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilir. Geçmişteki başetme yöntemleri değerlendirilir. Güven ortamı sağlanır. Hastanın yanında bulunarak destek olunur. Hastanın soruları cevaplanır ve sakin olunur. Tüm işlemler öncesi bilgilendirilmiş onam alınır. Gevşeme egzersizleri öğretilir ve yapması sağlanır. Müzik gibi gerilimi azaltıcı girişimler uygulanır. Anksiyeteli diğer hastalarla ilişkileri sınırlandırılır. Gerçekçi olmayan beklentileri algılamasına yardım edilir ve bu beklentilerden uzaklaşması sağlanır.

### **8-Rol İlişki**

Hasta evli ve bir çocuğu var. Hastanın destek sistemleri eşi, annesi, babası, kardeşleri, arkadaşlarıdır. Hastalığı eşinin desteği yeneceğini düşünmektedir. Genellikle babası yanında refakatçi olarak bulunuyor. Hasta hastanede yattığı için çalışmıyor ve ailesi ve arkadaşlarıyla eskisi gibi vakit geçirememektedir.

### **Hemşirelik Tanısı 15: Sözel İletişimde Bozulma**

**Beklenen Sonuç:** Etkin iletişim kurulması, iletişimde gelişme olduğunu belirtir.

**Hemşirelik Girişimleri:** İşitme ve anlamayı kolaylaştıran yöntemler kullanılır. Odada gereksiz sesler azaltılır. Gürültü önlenir. Yüz yüze iletişim ve göz teması kurulur. Yavaş ve tane tane, yakından ve yüksek sesle konuşulur. Uygun geri bildirimler verilerek konunun anlaşılabilirliği belirlenir. İletişim için zaman ayrılır.

### **Hemşirelik Tanısı 16: Sosyal İzolasyon**

**Beklenen Sonuç:** Sahip olunan sosyal destekleri fark etme, kaynakları hakkında bilgi sahibi olma ve yararlanabilme

**Hemşirelik Girişimleri:** İlgili risk faktörleri belirlenir ve kontrol altına alınır. Hastanın izolasyon nedenleri tartışılır ve açıklanır. Farklı sosyalleşme yöntemleri önerilir ve seçime yardım edilir. Sosyal destek sistemleri harekete geçirilir. Hasta bakımında destekleyici tutumlar devam ettirilir.

### **9-Cinsellik Üreme**

Hastanın enerji kaybı mevcuttur, halsizlik ve yorgunluk yaşamaktadır. Eşler arasında seksüel disfonksiyona oluşturabilir.

### **Hemşirelik Tanısı 17: Seksüel Disfonksiyon**

**Beklenen Sonuç:** Bireyin sağlıklı, normal, uyumlu bir cinsel örüntü sürdürebilmesi,

**Hemşirelik Girişimleri:** Açık, içten, güvenli bir ortam sağlanmalı, çiftlerin kendilerini ifade etmelerine fırsat verilmeli ve kendi içlerinde yaşadıkları problemleri belirlenmelidir. Cinsellikle ilgili duydukları korku ve endişeleri birbirlerine belirtmelidir. Çiftler ile konuşulup aralarındaki ortak problemler tespit edilir. Çiftleri karşılıklı anlayışla birbirlerine yaklaşmaları beklenir.

### **10-Stres - Başetme Toleransı**

Hasta “hastanede bulunmaktan, evinden eşinden çocuğundan ayrı olmaktan dolayı stres yaşadığını, bir an önce tedavinin bitmesi hastaneden ayrılmak istediğini belirtmiştir. Kanserin tedavisinin olmadığını, yapılan her bir girişimin süreci uzatmaya yönelik olduğunu belirtirken, moral ve motivasyonun hastalığın tedavisinde çok önemli rol oynadığının da farkında. Her ne olursa olsun mutlu kalmak ve moralinin yüksek olması gerektiğini” ifade etti. Yaşamının kontrolünü kaybetmek hastanın anksiyetesini arttırmakta ancak yapılan tedavi ve bakımlara güvenmektedir. Sürece ilişkin çaresizlik hissi yaşamakta olup başetme yöntemleri etkindir.

### **Hemşirelik Tanısı 18: Güçsüzlük**

**Beklenen Sonuç:** Kendisi tarafından kontrol edilebilecek faktörleri tanıması, kendi bakımına tedavisine geleceğe ilişkin kararlar vermesi,

**Hemşirelik Girişimleri:** Hastanın güç yada kontrol gereksinimlerini değerlendirilir. Hastanın güçsüzlüğünü arttıran durumlar veya etkileşimler tanımlanır. Kendisini çaresiz ve suçlu hissettiren şeylerin neler olduğunu paylaşma konusunda cesaretlendirilir. Güçsüzlük yaşamasının ilişkilerini, rol ve sorumluluklarını, boş zaman aktivitelerini nasıl etkilediği araştırılır. Uygulanan tedavi ve bakımlardan önce hastaya bilgi verilir. Tedavi sonuçları hakkında hasta bilgilendirilir. Hastanın durumundaki gelişimleri görmesi sağlanır. Hastanın kendi kendine olumlu karar verebilmesi ve bakımlarına katılabilmesi için cesaretlendirilir ve başarılı olduğu şeylere yönlendirilir, başarısı tebrik edilir ve yeterli doyumu yaşaması sağlanır. Hastanın karar verme yeterliliği değerlendirilir. Çevresi ile ilgili kontrol hastaya verilmelidir. Hasta karar vermeye katılmalıdır. Verilen kararlarla ilgili duygu, algı ve korkularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. Korkuları ve endişelerini paylaşılır.

## 11- Değer -İnanç

Hasta Müslüman ve hastalığın, yaratıcısı tarafından dünyada işlediği günahların affedilmesi için geldiğine inanmaktadır. Bu yüzden şükretmektedir. Kendisine emanet edilen canın bedeninden ayrılacağını düşünüyor. Hastalığın geçeceğine inanmakta ve çaresizlik hissettiğinde dikkat dağıtma yöntemini kullanmaktadır.

### Hemşirelik Tanısı 19: Spritüel Sıkıntı

**Beklenen Sonuç:** Spritüel/manevi distres bulguları göstermemesi, Gelecekle ilgili ümit duygusunu, manevi huzura ulaşmayı ve çatışmalarının çözümüne ulaşması

**Hemşirelik Girişimleri:** Bireyin değer ve inançları doğrultusunda manevi (spiritual) gereksinimleri belirlenmeli, manevi bakımına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmeye teşvik edilmeli, manevi gereksinimlerini karşılayacak uygun ortam sağlanmalıdır. Hastaya önyargısız bir davranış sergilenir. Manevi gereksinimlerinin karşılanmasında hastaya yardımcı olunur. Ortamda sessizlik ve mahremiyet sağlanır. Sağlığı için sakıncalı olmayan ritüellerin gerçekleştirilmesi için kişi cesaretlendirilir. Kişinin dinsel görevlerini yerine getirmesi için ihtiyacı olan objeler ailesinden veya yakınlarından temin edilir.

## 20- Ortak Problemler

Hastada gelişen problemin hekimle birlikte çözümlenmesi gereklidir.

### Ortak Problem Alanı: Gastrointestinal Sistem

### Ortak Problem Tanısı 20: GİS Kanama Riski

**Beklenen Sonuç:** GİS kanama oluşmaması, hastada kanamaya bağlı semptomların gelişmemesi

**Hemşirelik Girişimleri:** Hastanın GİS kanama bulguları yakından izlenir. Sıvı elektrolit ve kan değerleri (biyokimya, tam kan sayımı) izlenir, hipovolemi semptom ve bulguları (terleme, solukluk, çarpıntı, halsizlik, hipotansiyon, taşikardi ve şok gibi) yakından izlenir. Vital bulguları sık değerlendirilir. Günlük aldığı ve çıkardığı izlemi yapılır. Hasta ve yakınları GİS kanama belirti ve bulguları açısından bilgilendirilir. Gerekirse oksijen tedavisi, kan transfüzyonu, sıvı tedavisi, kusmuk ve gaitanın makroskopik ve mikroskopik incelemesi, hekim istemine göre yapılır.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, mide kanseri bulunan palyatif bakım sürecindeki bir olgunun sorunlarının çözümüne yönelik olarak Marjory Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli" ve NANDA hemşirelik tanıları kullanılarak bakım planı hazırlanmış ve uygulanmıştır. Kanser, beraberinde getirdiği sağlık sorunlarının yanı sıra, maddi ve manevi yönden uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren bir hastalıktır. Kanser tanısı almak hastanın, bir yandan fiziksel sorunlar ile baş etmeye çalışmasına, diğer taraftan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşamasına neden olmaktadır. Günümüzde palyatif bakım, ağrının hafifletilmesi, konforunun artırılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için tüm hastalarda olabildiğince erken dönemlerde başlatılan bir süreçtir (şekil 1) (Kahveci ve Gökçınar,2014; Sucaklı, Koşar, 2016; Uzelli Yılmaz, Akın Korhan, Khorshid, 2017). Bu doğrultuda palyatif bakım kliniğinde izlenen mide kanserli olguda var olan ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, anksiyete, güçsüzlük, sosyal izolasyon, manevi sıkıntı gibi semptomların hafifletilmesine

odaklanılmıştır. Kanser hastalarının semptomları büyük acılara ve ağrılara neden olan olabilir. Kanser ağrıları şiddetli hissedilen ve ilaçlarla çok fazla dindirilemeyen ağrılardır. Bu nedenle hastanın uzun süreli olarak ağrı yaşaması yorucu ve yıpratıcı bir süreçtir (Kahveci ve Gökpınar, 2014; Strömngren, Sjogren, Goldschmidt, Petersen, Pedersen, Groenvold, 2006; Şenel, Oğuz, Koçak, Karaca, Kaya, Kadioğulları, 2016). Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının en az orta şiddette ve daha fazla ağrı yaşadığı ve hastalarda ağrıyı dindirmek için güçlü opioid ilaçların yoğun olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Yamaguchi, Narita, Morita, Kizawa, Matoba, 2012; Strömngren, Groenvold, Petersen, Goldschmidt, Pedersen, Spile, 2004; Breivik, Cherny, Collett, Conno, Filbet, Foubert, 2009). Olgunun ağrı değerlendirmesi 8 düzeyindedir ve şiddetli olarak ağrı yaşamaktadır. Uygulanan tedavi ve bakımlar, hastanın ağrısının bir miktar azaltarak, rahatlamasını sağlamaktadır. Ağrı birçok yaşam fonksiyonunu da etkilemektedir. Ağrı uykuyu, iştahı, aktiviteyi olumsuz etkileyerek hastanın fiziksel, fizyolojik, emasyonel durumunu bozar. Olgunun bakımı ağrının en kısa sürede dindirilmesi ve hastanın rahatlatılması temel hedefi doğrultusunda yapılmıştır.

Olguda kanserin ve kemoterapi tedavisinin bir komplikasyonu olarak GİS sistemi etkilenmektedir. Palyatif hastalar GİS sorunlarını sıklıkla yaşarlar ve mide kanserinde bu durum daha yoğundur (Kahveci ve Gökpınar, 2014; Strömngren, vd., 2006). Palyatif hastaların beslenme ve sıvı elektrolit desteği almaları hem fizyolojik, hem de psikolojik açıdan önemlidir. Olguda, GİS kanama öyküsü, bulantı ve kusma bulunmaktadır. Olgunun normal beslenmesi ve sıvı elektrolit dengesi sağlanmaya çalışılmıştır. Sıvı dengesizliğine özellikle dikkat edilmiştir. Diyetisyenle görüşülerek durumuna uygun sevdiği gıdalarla beslenmesi ve yeterli sıvı alması sağlanmıştır. Olgumuz bir takım risklerle karşı karşıyadır. Tekrar GİS kanaması geçirebilir, enfeksiyon gelişebilir, ağız içinde yaralar ve vücudunda bası yaraları oluşabilir. Özellikle kanama ve enfeksiyon gerçekleşirse, meydana gelen olumsuz sonuçlar nedeniyle beklenen yaşam süresini kısalabilir. Kemoterapinin oluşturduğu bu riskler için tüm ekip dikkatli davranılmalı hasta yakından izlenmelidir (Kahveci ve Gökpınar, 2014; Elçigil, 2012; Strömngren, vd., 2006). Hem hastane ortamında hem de ev ortamında hastaya özen gösterilmeli ve bu risklere karşı korunmalı ve dikkat edilmelidir. Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi burada önemlidir. Hasta yakınlarının palyatif ekibe ulaşması, rahat soru sorması, bilgi alması sağlanmıştır. Ekip iletili ile kaygıları azaltılmıştır. Olguda aktivite intoleransı, yorgunluk, güçsüzlük semptomları görülmektedir. Palyatif kanser hastalarında sıklıkla bu semptomlar görülür Bu semptomlar başka semptomların görülmesine de neden olurlar. (Kahveci ve Gökpınar,2014; Elçigil, 2012; Strömngren, vd., 2006). Hasta aktivite intoleransı, yorgunluk ve güçsüzlük nedeniyle kendi özbakımını yapamıyor, hijyenik ihtiyaçlarını karşılayamıyor ve dini ibadetlerini yerine getiremiyor. Kendi bakımını yapmakta zorlanan hasta başkasına bağımlı hale gelebiliyor, manevi sıkıntı yaşıyor. Palyatif bakımda uzun süreli olarak yaşam kalitesini azaltan durumlarda hastanın sosyal ve manevi desteğe olan gereksinimi daha da artar. Hasta ve ailesi bu süreçte birlikte ele alınmalı ve aile desteklenmelidir. Manevi ve sosyal desteğin sürdürülmesi ve spiritüel bakımının yapılması bu aşamada son derece önemlidir. Palyatif hastalarda gerektiğinde spiritüel destek için din adamlarından yardım alınabilir. Palyatif hastanın yaşadığı bedensel, psikososyal ve spiritüel semptomlar birbiriyle ilişkidir, dolayısıyla bakım holistik yaklaşımla olmalıdır (Elçigil, 2012). Hemşireler holistik bakış açısı ile hastanın sorunlarını tanılamada ve gereksinimlerini karşılamada primer rol ve sorumluluklara sahiptir. Palyatif bakım, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için tüm hastalara hastalığın olabildiğince erken dönemlerinde başlar. Hastanın bakımı, palyatif klinik sonrasında evinde aynı özenle devam etmeli ve hastanın yaşam sonuna huzurlu ulaşmasına katkı sağlamalıdır. Palyatif olguda hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal, ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ile semptomların kontrol edilmesine, ağrının en

aza indirilmesine ve bakımın hasta ailesini de içerecek şekilde kapsayıcı olması sağlanmıştır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Palyatif klinikte Mide Korpus Antrum Ca tanısı ile tedavi edilen olgu, Gordon'un FSÖ Modeline göre toplam 11 alanda 19 hemşirelik tanısı ve bir ortak tanı belirlenmiştir. Olgu bir hafta boyunca izlenmiş ve hemşirelik bakımı uygulanmış ve hastanın belirlenen problemleri çözülmeye çalışılmıştır. Olguda FSÖ modeli ile NANDA tanıların kullanılması, verilerin toplanmasında, gereksinimlerin belirlenmesinde ve bakımın uygulanmasında sistematik şekilde nitelikli hemşirelik bakımının sunulması sağlanmıştır. Palyatif kanser hastalarında yaşam kalitesine katkıda bulunmayı amaçlayan profesyonel holistik bakım önceliklidir. Palyatif hastalara hemşirelik sürecinin NANDA tanıları ile sistematik ve planlı olarak uygulanmasının; bakımın kalitesini artırmaya; bakım sonuçlarını geliştirmeye; hastanın yaşam kalitesini artırmaya; palyatif ekip iletişiminin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Alacalı, M. (2012). Mide kanseri, mide kanseri taramaları ve mide kanserinden korunma. *Ankara Medical Journal*, 12(4) :195-198.
- Arslan, M., Albaş, S., Küçükerdem, H. S., Pamuk, G., Can, H. (2016). Vizüel analog skala ile kanser hastalarında palyatif ağrı tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Family Practice & Palliative Care*, 1(1), 5-8.
- Aşti, T., Karadağ, A.(2011) Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri (çev: Perry, AG., Potter PA. Elsevier Mosby. ) Adana. Adana Nobel Kitapevi.
- Aşti, T., Karadağ, A.(2019) Hemşirelik Esasları - Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul. Akademi Kitapevi.
- Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara Z.G.(2017) Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Biol L.(2013) Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 10. Baskı, İzmir. Berke Ofset Matbaacılık.
- Berman, A., Snyder, S, J., Kozier, B., Erb, G.(2008) Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing Concept, Process And Practice. 8th. Edition. New Jersey. Pearson International Edition.
- Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., de Conno, F., Filbet, M., Foubert, A.J.vd.(2009).Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*, 20(8):1420–33.
- Çaycı, H, M., Erdoğan, U, E., Çantay, H., Orman, S., Akar, M., Demirci, H. (2017). Mide kanseri deneyimlerimiz: Tanı ve tedavide geç mi kalıyoruz?. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 16(1), 6-11.
- Destek, S., Gül, V. O., Kapran, Y., Balık, E., Buğra, D., Akyüz, A. (2019). Mide Kanseri Gelişiminde Duodenogastrik Reflünün Rolü: Siklooksijenaz-2 İnhibitörlerinin ve Balın Önleyici Etkilerinin Deneysel Olarak Araştırılması. *Fırat Tıp Dergisi*, 24(1) : 6-13.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54: 329- 334. doi:10.5455/gulhane.30582.
- Eren, H., Durmuş İskender, M. (2019). Kemoterapi alan mide kanserli bir vakanın Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hemşirelik bakımı. *Selçuk Medical Journal*, 35(1), 58-62.
- Erdemir, F. (2012) Hemşirelik Tanıları El Kitabı (çeviri). Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Kahveci, K., Gökçınar, D. (2014) Palyatif Bakım. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi.
- Kapucu, S., Akyar, İ., Korkmaz, F.(2018). Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 11. Baskıdan Çeviri. Ankara. Pelikan Kitapevi.
- Strömrgren, A. S., Groenvold, M., Petersen, M. A., Goldschmidt, D., Pedersen, L., Spile, M., ... Sjogren, P. (2004). Pain characteristics and treatment outcome for advanced cancer patients during the first week of specialized palliative care. *Journal of Pain And Symptom Management*, 27(2), 104-113.
- Strömrgren, A. S., Sjogren, P., Goldschmidt, D., Petersen, M. A., Pedersen, L., Groenvold, M. (2006). Symptom priority and course of symptomatology in specialized palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 31(3), 199-206.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018. T.C. Sağlık Bakanlığı 2020.
- Sucaklı, M. H., Koşar, Y. (2016). Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 34-39.

- Şenel, G., Oğuz, G., Koçak, N., Karaca, Ş., Kaya, M., Kadıoğulları, N. (2016). Palyatif bakım kliniğinde yatan kanser hastalarında ağrı tedavisi ve opioid kullanımı. *Ağrı*; 28(4):171–176 doi: 10.5505/agri.2016.07830.
- Uzelli Yılmaz, D., Akın Korhan, E., Khorshid, L. (2017). Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2968-2980. doi:10.14687/jhs.v14i3.4828.
- Yamaguchi, T., Narita, M., Morita, T., Kizawa, Y., Matoba, M. (2012). Recent developments in the management of cancer pain in Japan: education, clinical guidelines and basic research. *Japanese journal of clinical oncology*, 42(12), 1120-1127.
- WHO, 2019. World health statistics overview 2019.
- WHO, 2018. All Cancers. International Agency for Research on Cancer 2018.
- WHO, 2020. Turkey Burden of Cancer. Cancer Country Profile 2020. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/,2020>